

Rééducation après entorse de doigt.

Généralités

- **Pourquoi de la rééducation après une entorse de doigt ?**

Pour **ne pas perdre la fonctionnalité de la main +++**.

Le risque de séquelles (raideur et douleur) est très important.
Conserver les capacités de préhension et d'utilisation.

- **Particularités :**

Les IPP (Inter-Phalangienne-Proximale) des doigts longs sont les articulations les plus sujettes aux entorses et luxations au niveau de la main.

Pour les IPP et IPD des doigts longs le traitement est généralement orthopédique.

- **Objectifs de la rééducation ?**

Pour les doigts longs : **Ne pas laisser s'installer la raideur +++ (flessum IPP et perte de flexion de l'IPD).**

- Lutter contre l'œdème.
- Entretenir le glissement tendino-périosté.
- Entretenir la souplesse capsulo-ligamentaire.
- Lutter contre la douleur.

Tout cela sans nuire à la cicatrisation tissulaire, garante de la stabilité !

- **Quelle rééducation ?**

La plus précoce possible +++

Généralités

- **Pourquoi de la rééducation après une entorse et luxations de doigt ?**

Pour **ne pas perdre la fonctionnalité de la main +++**.

Le risque de séquelles (raideur et douleur) est très important.

Conserver les capacités de préhension et d'utilisation.

- **Particularités :**

Les IPP (Inter-Phalangienne-Proximale) des doigts longs sont les articulations les plus sujettes aux entorses et luxations au niveau de la main.

Pour les IPP et IPD des doigts longs le traitement est généralement orthopédique.

- **Objectifs de la rééducation ?**

Pour les doigts longs : **Ne pas laisser s'installer la raideur +++ (flessum IPP et perte de flexion de l'IPD).**

- Lutter contre l'œdème.
- Entretenir le glissement tendino-périosté.
- Entretenir la souplesse capsulo-ligamentaire.
- Lutter contre la douleur.

Tout cela sans nuire à la cicatrisation tissulaire, garante de la stabilité !

- **Quelle rééducation ?**

La plus précoce possible +++

Rééducation après entorse ou luxation d'IPP

Doigts longs

- **Définitions :**

Entorse = Lésion générée par un déplacement très bref, non permanent, de l'articulation au-delà de la limite des amplitudes articulaires physiologiques. Ce déplacement provoque un étirement voire une déchirure d'un ou plusieurs éléments capsulo-ligamentaires.

Luxation = lésion caractérisée par le déplacement permanent des deux surfaces articulaires d'une articulation entraînant la déchirure d'un ou plusieurs éléments capsulo-ligamentaires.

=> Une fois que la luxation est réduite, le traitement rééducatif s'apparente à celui d'une entorse.

- **Importance de la rééducation :**

- **Eviter raideur irréversible du doigt+++** (flessum de l'IPP et perte de flexion de l'IPD).
- Eviter exclusion du doigt.

- **Deux types d'entorse possibles :**

Soit latérale, soit palmaire. Le traitement chirurgical est exceptionnel (arrachement d'un volumineux fragment osseux ou laxité latérale majeure).

Les entorses de la plaque palmaire représentent le traumatisme articulaire le plus fréquent de la main.

- **Trois types de luxation possibles :**

Dorsale, latérale et palmaire (rare). La luxation dorsale est de loin la plus fréquente, elle s'accompagne d'une déchirure de la plaque palmaire et d'une rupture plus ou moins importante d'un ou des ligaments latéraux.

- **Recommandations avant la rééducation :**

- Insister sur l'importance des mobilisations précoces +++. (rééducation précoce = résultat meilleur et plus rapide...).
- Insister sur l'importance du port de la syndactylie +++ (meilleure attelle dynamique qui existe). Elle autorise la cicatrisation ligamentaire sans compromettre la mobilité normale du doigt.
- Prévenir le patient que l'IPP peut rester douloureuse (choc et froid) et volumineuse longtemps (voire séquelle).

Rééducation après entorse ou luxation d'IPP

Doigts longs

Principe de rééducation :

La rééducation des entorses et des luxations dorsales et latérales des IPP est pratiquement identique. **Flexion et extension complètes sont autorisées d'emblée** (en fonction de l'œdème et de la douleur).

La différence tient au fait que pour les entorses et luxations latérales, il est nécessaire de veiller à ne pas provoquer de latéralité (choix du doigt attelle pour la syndactylie). La luxation palmaire (rare) se rééduque généralement comme une lésion fermée de l'extenseur en zone 3.



Rééducation après entorse ou luxation d'IPP

Doigts longs

PHASE 1 : de J0 à J30 = **récupération et entretien des amplitudes articulaires.**

Ce qu'il ne faut pas faire :

- Immobiliser le doigt
- Mobiliser les structures lésées au-delà des amplitudes physiologiques.

Recommandations :

- Lutter contre l'œdème et la douleur.
- Prévenir la raideur.
- Entretenir les plans de glissement tendineux.
- Récupérer la flexion et l'extension de l'IPP+++.
- Ne pas perdre la mobilité de l'IPD+++.

Attelles :

- Syndactylie le jour (la syndactylie se fait avec le doigt homolatéral à la lésion).
- Attelle statique pro-extension la nuit (si tendance au flexum).

Moyens :

- Massages, drainages.
- **Mobilisations actives immédiates, douces**, en flexion et extension complètes en tenant compte de la douleur et de l'œdème (IPP = extension +++ ; IPD = flexion +++).
- Vibrations.
- Ultra-sons.
- Stimulation électro-active douce des muscles fléchisseurs et extenseurs.
- Cryothérapie.

Rééducation après entorse ou luxation d'IPP

Doigts longs

Les attelles :

- > **Dynamique le jour = syndactylie pro-flexion** (un doigt tuteur mobilise le doigt traumatisé).
- > **Statique la nuit = tube pro-extension.**



Rééducation après entorse ou luxation d'IPP

Doigts longs

- Traitement de l'œdème : Utiliser la méthode **GREC**
 - **Glace** : Rafrâchir la zone traumatisée afin de diminuer l'inflammation et la douleur. Utiliser des compresses réfrigérées, des coldpack, des petits pois... Faire des applications assez longues, suffisamment efficaces, plusieurs fois par jour.
 - **Repos** : Eviter d'agiter la main ou le membre supérieur de façon intempestive. Par exemple, éviter de marcher bras balan. Mettre le bras en écharpe.
 - **Elévation** : Comme la pluie, les liquides vont toujours vers le bas. Positionner la main plus haut que le coude, lui-même plus haut que l'épaule pour favoriser le drainage de l'œdème.
 - **Compression** : bandage légèrement compressif (coheban®, gant...), drainage par pression-glissée.
- Traitement de la douleur :
 - **Massages**.
 - **Vibrations** . *"Les effets antalgiques de la stimulation vibratoire transcutanée (S.V.T.) reposeraient sur la mobilisation massive des afférences de gros diamètre en provenance des mécano-récepteurs cutanés, musculaires et tendineux ; ces mécano-récepteurs engendrent des flux afférents de fréquence très élevée, ce qui permettrait dans la théorie du « gate control » de bloquer au niveau de la moelle les informations douloureuses véhiculées par les fibres de petit calibre "*. (H. Neiger 1986)
Fréquence et amplitude de vibrations à utiliser = 100 hz et 0,2 mm (Lundeberg T. ; Spicher C. ; Roll J.P.).
"Low-magnitude vibration (0.3 mm), applied at a relatively high frequency (20–90 Hz), will increase the number and width of trabeculae, as well as enhance stiffness and strength of cancellous bone" . (C. Rubin 2004)
 - **T.E.N.S.**

Rééducation après entorse ou luxation d'IPP

Doigts longs

Mobilisations précoces +++

Plus la rééducation est précoce, meilleur et plus rapide est le résultat...



"I believe that many hands become stiff from a dangerous mixture: Overtreatment – 30 minutes
Disuse – 23½ hours

} **daily"**
(P. Brand 1990)



Rééducation après entorse ou luxation d'IPP

Doigts longs

PHASE 2 : après J30 = récupération de la fonctionnalité.

Ce qu'il ne faut pas faire :

- Arrêter la rééducation trop tôt.
- Solliciter le doigt à l'extrême avant deux mois sans protection.

Recommandations :

- Reprise des activités sportives ou "à risque" sous couvert d'une syndactylie.
- Rassurer le patient sur l'aspect pérenne de la douleur et de l'oedème de l'articulation.

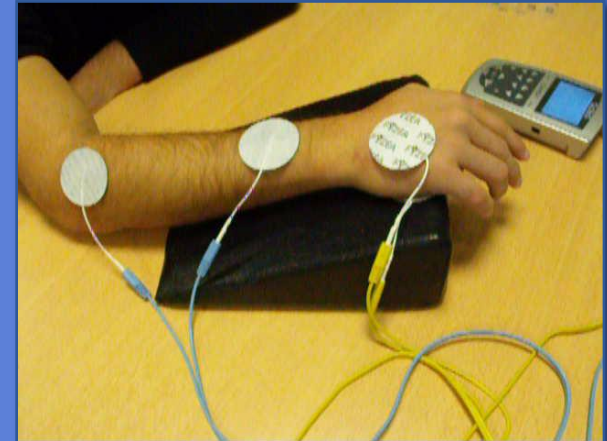
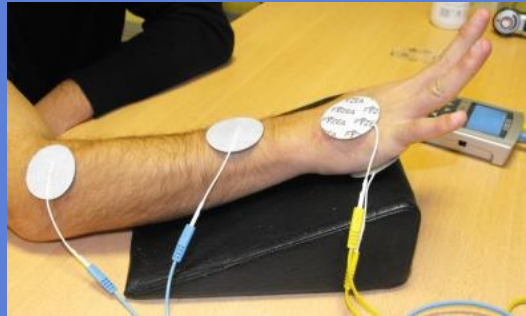
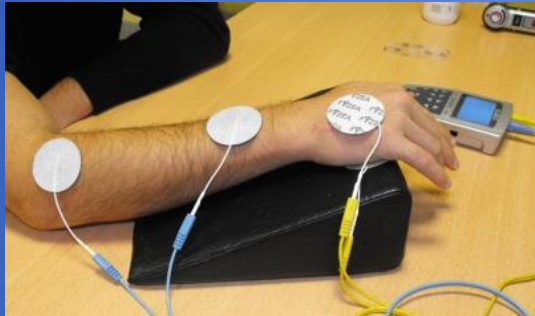
Moyens :

- Tout ce qui a été fait précédemment, plus :
- Travail actif contre résistance des doigts.
- Travail de proprioception.
- Travail spécifique lié à la profession, le sport ou les activités de loisirs du patient.
- Si besoin, s'aider d'une attelle de Capener pour récupérer l'extension.
- Si besoin, s'aider d'une attelle pro-flexion digitale pour récupérer l'enroulement du doigt.

Rééducation après entorse ou luxation d'IPP

Doigts longs

- Travail Electro-Actif



- Travail actif contre résistance progressive



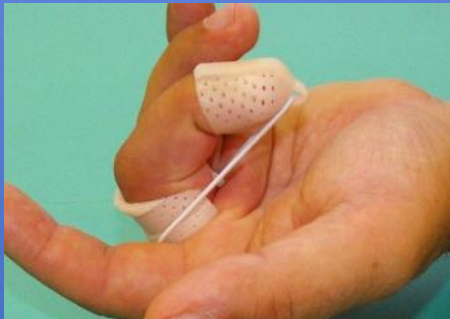
Rééducation après entorse ou luxation d'IPP

Doigts longs

Si impossibilité de tendre le doigt, utiliser une **Orthèse de Capener**



Si impossibilité de fléchir le doigt utiliser un **Dé de flexion**



Rééducation après entorse ou luxation d'IPP

Doigts longs

Cas de l'entorse ancienne ou négligée = raideur +++

"Très souvent méconnue, souvent mal traitée... Séquelles !" (C. Leclercq)

La prise en charge est longue et difficile.

Le risque de conserver une raideur est important.

La rééducation correspond à celle de la phase 2 de l'entorse fraîche à une différence près : les attelles dynamiques de récupération d'amplitudes ne sont plus facultatives elles deviennent impératives et sont un peu plus "musclées".



Fin !