**Fiche information du Dr Denis Mathieu**

La Ténosynovite

des tendons fléchisseurs

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Le doigt à ressort ou ressaut

**Définition**

Le doigt à ressort est la conséquence d’un **conflit entre le tendon fléchisseur et sa**

**gaine** à la base du doigt.

Il se traduit par des **douleurs** avec un **accrochage** caractéristique ou un **blocage**

complet du doigt en extension ou en flexion, principalement au réveil.

Dans les formes anciennes, il peut exister une raideur articulaire en flexion de

l’articulation intermédiaire (interphalangienne proximale ou IPP), et les tendons

peuvent également s’abîmer au point de nécessiter une réparation spécifique.

L’affection touche plutôt le pouce, le 3è et le 4è doigt, mais tous les doigts peuvent

être atteints.

**Diagnostic**

Le diagnostic repose essentiellement sur la clinique et les examens complementaires

sont en général peu utiles.

Le plus souvent le doigt à ressort est dû à une **inflammation ou un épaississement**

**de la gaine synoviale** qui entoure le tendon fléchisseur.

Cette **synovite** peut créer un véritable **nodule** intratendineux un peu comme une

olive.

A chaque fois que le nodule passe l’entrée du canal digital *(appelée Première poulie*

*A1 sur le schéma)*, lorsque le doigt passe de la flexion à l’extension, il se produit un

accrochage perceptible par le patient et l’entourage.





Cet épaississement est favorisé par les gestes répétitifs, plus rarement par les

maladies rhumatismales comme la polyarthrite rhumatoïde.

Le canal carpien peut être considéré comme un facteur favorisant.

Il existe des cas plus rares : le doigt à ressaut apparaissant après une plaie partielle

d’un tendon fléchisseur (nodule cicatriciel) et la forme chez l’enfant.

**Les formes évoluées.** Sans traitement, le tendon fléchisseur s’effiloche et se

dilacère pour aboutir dans les formes les plus évoluées à une rupture du tendon. Une

raideur articulaire peut aussi survenir, laissant une séquelle définitive.

**Le pouce à ressort du petit enfant (>3 ans).** Le pouce se présente en flexion ou

extension permanente et souvent indolore. La main est utilisé sans difficulté par

l’enfant. Ce tableau apparaît souvent dans la première année. Dans un premier

temps l’abstention est la règle (trois mois).

**Le traitement médical**

On réalise une **infiltration de corticoïdes** en regard du nodule.

L’efficacité est rapide (quelques jours) mais **souvent temporaire**.

Les infiltrations peuvent être répétées une ou deux fois maximum car la cortisone

peut à la longue fragiliser le tendon et entraîner une **rupture secondaire**. Il y a

également un risque (très faible) d’infection.

Le doigt ou la main peuvent être douloureux pendant 48 heures après une infitration.

**Le traitement chirurgical**

Il est proposé après échec du traitement médical. L’opération est le plus souvent

réalisée **sous anesthésie locorégionale**, **en ambulatoire**.

Par une incision dans la paume, à la racine du doigt, la gaine du tendon est ouverte

et le tendon fléchisseur est libéré.

Il s’agit d’une chirurgie rapide et peu douloureuse. Le résultat est habituellement

**radical et définitif.** La mobilisation est immédiate après l’intervention.

Un appareillage peut être prescrit lorsque le doigt est raide.

**Conseils pratiques**

La cicatrisation s’obtient en une quinzaine de jours. Quelques pansements sont

nécessaires, les fils tombent tous seuls. Le patient peut se laver les mains après une

semaine.

L’activité est reprise selon le type d’occupation, en général après 10 à 20 jours. Il est

fortement recommandé de **bouger le doigt opéré**.

Cette mobilisation doit être entreprise **le jour même de l’opération** par le patient luimême

pour récupérer au plus tôt toute la flexion et surtout toute l’extension du doigt.

Une difficulté à étendre le doigt est possible et peut persister pendant plusieurs

semaines. Plus fréquente dans les formes anciennes avec tendon abîmé, elle

nécessite la mise ne place secondairement d’une **orthèse d’extension** (photo) qui

contribue à redresser le doigt pour éviter la raideur.

Dans ce cas, une rééducation est prescrite.

Exemple d’orthèse dynamique d’extension



Utile pour lutter contre le flexum de l’IPP

**COMPLICATIONS**

*« Il n’existe pas d’acte chirurgical sans risque de complication secondaire ». Toute*

*décision d’intervention doit être prise en connaissance de ces risques, dont le*

*chirurgien se doit de vous avoir informé.*

**Complications communes à la chirurgie de la main**

**Infection nosocomiale:** elle est rare et se maîtrise aisément lorsque le diagnostic

est précoce. La prise d’antibiotiques et une nouvelle intervention est parfois

nécessaire.

**Hématome *:*** *le diagnostic doit être précoce, la reprise chirurgicale est également*

*parfois nécessaire.*

**Algodystrophie** : Il s’agit d’un « dérèglement » de la douleur alors qu’il n’y a aucun

problème sous jacent. Sa survenue est indépendante du type de chirurgie et peut

survenir même après une simple immobilisation. La main devient gonflée,

douloureuse, et s’enraidit progressivement. L’évolution peut être très longue. Des

séquelles sont possibles (douleurs résiduelles, raideur des doigts et /ou du poignet,

parfois de l’épaule). Le traitement est difficile et fait appel à des produits spécifiques

et à de la rééducation.

**Accident d’anesthésie :** du plus simple au plus grave, y compris le décès (1 décès

sur 100 à 150000 anesthésies en France).

**Complications spécifiques du doigt à ressort**

**Raideur du doigt :** se voit surtout dans les formes anciennes. La rééducation et

l’appareillage sont nécessaires.

**Extension du phénomène à d’autres doigts :** le conflit du tendon fléchisseur avec

sa gaine survient plus fréquemment.

**Récidive :** rare, elle se traite par infiltration et très rarement une ré intervention.

**Douleurs persistantes** parfois tenaces, elles se rencontrent lorsqu’il existe une

synovite importante. Le repos et un traitement anti-inflammatoire prolongé peut être

utile.

**Un syndrome du canal carpien** peut survenir, qui témoigne en fait de l’extension du

phénomène de synovite tendineuse au canal carpien.