

# RUPTURE SOUS CUTANEE DE L'APPAREIL EXTENSEUR EN ZONE 3

Serge Rouzaud

Institut Aquitain de la Main – 56, allée des Tulipes 33600 Pessac

## ► Particularités de la rééducation :

La récupération de la flexion digitale ne doit pas se faire au détriment du verrouillage en extension active de l'IPP

## ► Immobilisation :

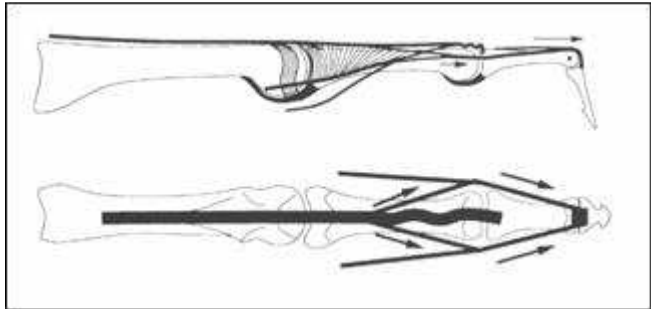
Orthèse 24h/24h pendant 6 semaines, IPP en extension stricte ( MP-IPD libres ). Puis orthèse de port nocturne et lors des activités à risques, 15 jours supplémentaires

La zone 3 correspond à l'interphalangienne proximale. La rupture concerne donc la bandelette médiane en amont de la zone de trifurcation (zone 4) de l'appareil extenseur en bandelette médiane et bandelettes latérales. Au niveau digital, l'appareil extenseur forme une véritable aponévrose digitale d'extension, en raison de l'intrication entre l'appareil extenseur extrinsèque et les intrinsèques (interosseux et lombricaux). Ainsi lors d'une rupture sous cutanée il n'y a pas de remonté proximale du tendon comme on peut le voir sur un fléchisseur. De ce fait, la simple immobilisation digitale en extension suffit à rapprocher les 2 extrémités tendineuses ; la cicatrisation faisant le reste.

Les principes de base de l'immobilisation et de la rééducation, nous sont donnés par le « losange de Stack ».

La flexion de l'IPD entraîne un glissement distal des bandelettes latérales et donc du tendon extenseur principal sur le dos de P1.

Ce glissement distal assure une détente de la bandelette médiane en zone 3.



De ce constat, il ressort :

**1/ l'immobilisation ne doit concerner que l'IPP en extension. L'IPD doit être libre, puisque sa flexion assure une détente de l'extenseur.**

**2/ Lors de la rééducation, la flexion de l'IPP doit toujours être précédée de celle de l'IPD pour assurer une moindre tension sur la zone de cicatrisation tendineuse.**

## ► Principes de bases, tout au long de l'immobilisation :

- port de l'orthèse : 6 semaines strictes, IPP en extension, IPD libre - l'orthèse ne doit jamais être enlevée, en dehors des soins d'hygiène cutanée, l'IPP devant être maintenue en extension stricte. L'ablation de l'orthèse doit être décidée par le chirurgien. Elle se fera progressivement. L'orthèse devra être remise toutes les nuits et lors des activités à risques (sport, bricolage..) durant 1 mois supplémentaire.

### ▶ **Principes de récupération de la flexion, à la levée de l'immobilisation : J45**

Le descriptif du losange de Stack nous donne les principes de bases de la rééducation. Toute sollicitation en flexion de l'IPP doit être précédée d'une flexion de l'IPD afin de réduire la tension sur la zone de cicatrisation tendineuse. La flexion passive présente un risque de diastasis tendineux. Il faut donc la proscrire jusqu'à la 10ème semaine.

■ **J45-J60** : Amplitudes de flexion active : 0° - 60°

La récupération de la flexion ne doit pas se faire au détriment de l'extension active. Un déficit d'extension active est du à une rupture partielle ou totale de la cicatrisation. Merci de nous ré adresser le patient sans attendre, pour une reprise de l'immobilisation stricte.

■ **J45 ...** : Ao l'amplitude n'est plus limitée, mais sa récupération doit être progressive. Si à la 10ème semaine, l'amplitude obtenue n'est pas au moins de 90°, la récupération de la flexion doit être intensifiée par des postures. Si nécessaire, une orthèse de posture peut être réalisée (merci de nous ré adresser le patient sans attendre pour la confection de l'appareillage)

### ▶ **Sollicitation active de l'extension :**

L'extension active doit être sollicitée dès le début de la rééducation, afin de :

- vérifier le verrouillage actif en extension, donc la tenue de la cicatrisation.
- solliciter le glissement tendineux et assurer un modelage des adhérences.
- J75... : L'électrostimulation peut être débutée.

Pas d'extension contre résistance avant la 10ème semaine.

Contrairement à la flexion qui doit être renforcée pour optimiser le maintien, l'extension n'assure que l'ouverture nécessaire au lachage de la prise.

### ▶ **Auto-rééducation (enseignée par le kinésithérapeute) :**

5 à 6 fois par jour, le patient doit réaliser des exercices lui même :

- assouplissement en flexion : maintien de la flexion avec appui sur l'ongle (triple flexion) : 5'
- flexion active, en débutant par l'extrémité du doigt : 20 fois
- mobilisations en extension
- ne pas exclure le doigt des activités quotidiennes

### ▶ **SURVEILLANCE**

#### ■ **Orthèse :**

- IPP en extension stricte pour 6 semaines
- IPD libre et entretien de la flexion
- ne pas mouiller : risque de macération

#### ■ **Risques :**

- de diastasis tendineux : perte de l'extension active de l'IPP (partielle ou totale)
- algoneurodystrophie : trouble inflammatoire, douleurs nocturnes...