

PLAIE DES TENDONS FLÉCHISSEURS

Comprendre la lésion, la réparation et le rôle de l'orthèse

Docteur Alexandre Kilinc

Chirurgie de la main • Paris, Jouvenet et SOS Main Quincy

Plus d'infos :

docteur-kilinc.com/flechisseur



À RETENIR

Vous venez d'être victime d'une plaie d'un tendon fléchisseur. Il s'agit d'une lésion sérieuse qui nécessite une chirurgie spécialisée, une rééducation précoce et régulière ainsi que des soins de cicatrice. Une participation rigoureuse est essentielle pour limiter les adhérences, la raideur et le risque de rupture secondaire de la suture.



1 Pourquoi cette lésion est-elle particulière ?

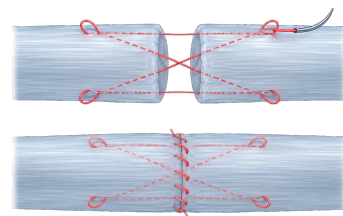
Les tendons fléchisseurs relient les muscles de l'avant-bras aux doigts et circulent dans une gaine appelée canal digital. Le contact entre le tendon et cette gaine est très étroit. Lors de la cicatrisation, le tendon peut coller à la gaine : ce sont les adhérences. Elles empêchent le tendon de glisser correctement et peuvent provoquer une raideur du doigt.

Une section complète entraîne une perte de flexion active : le doigt atteint reste anormalement étendu. Les plaies de la zone II sont particulièrement exposées aux adhérences. Une plaie tendineuse peut également être partielle : le patient conserve alors une mobilité faussement rassurante, car le tendon fragilisé reste exposé à un risque de rupture secondaire.

2 Que fait le chirurgien pendant l'intervention ?

Le chirurgien répare le tendon par une technique spécifique. La suture associe un point central en cadre, de type Kessler, McLarney ou apparenté, et un surjet périphérique. L'objectif est d'obtenir une réparation à la fois solide et fine afin de permettre le glissement du tendon dans sa gaine.

Même si la suture est stable, elle reste fragile pendant les premières semaines. La mobilisation est donc introduite progressivement, selon un protocole précis, sans effort ni mouvement non autorisé.

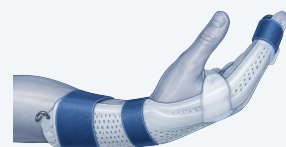


Cadre central et surjet périphérique

3 Pourquoi faut-il porter une orthèse ?

Une orthèse dorsale maintient le poignet et les doigts dans une position protégée afin de diminuer la tension sur la réparation. Elle est confectionnée sur mesure par un orthésiste ou un thérapeute de la main.

Elle est habituellement portée environ 45 jours, selon les consignes du chirurgien, y compris la nuit. Elle peut être desserrée pendant les séances et permet les mobilisations prescrites. Ne la modifiez jamais vous-même.



Orthèse dorsale de protection

Le bon équilibre : faire bouger le tendon assez tôt pour limiter les adhérences, mais sans dépasser la résistance de la suture afin d'éviter la rupture de la réparation. L'orthèse de protection doit être portée rigoureusement.

RÉÉDUCATION ET RÉCUPÉRATION

Faire glisser le tendon sans compromettre la réparation

Docteur Alexandre Kilinc

Chirurgie de la main • Paris, Jouvenet et SOS Main Quincy

Plus d'infos :

docteur-kilinc.com/flechisseur



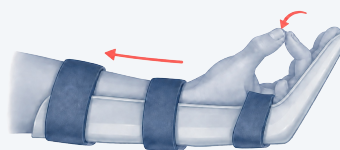
4 Quel est le principe de la rééducation ?

La mobilisation active correspond au mouvement réalisé par le patient grâce à la contraction de ses muscles. La mobilisation passive correspond au mouvement du doigt réalisé par le thérapeute ou par l'autre main, alors que les muscles restent détendus. Les exercices autorisés dépendent de la solidité de la réparation et des lésions associées. La rééducation peut être effectuée selon un protocole MAPP (mobilisation active précoce protégée) ou un protocole de type Duran. Votre chirurgien prescrira le protocole le plus adapté à votre situation.

Mobilisation passive



Mobilisation active



PROGRESSION HABITUELLE

Dans le protocole MAPP, la mobilisation active débute précocement afin de limiter au mieux les adhérences. Elle doit obligatoirement être accompagnée par un rééducateur. Si cet accompagnement n'est pas possible, un protocole de type Duran sera privilégié.

Dans le protocole de Duran, la mobilisation progresse du passif vers l'actif aidé, puis l'actif contrôlé. Les exercices contre résistance ne commencent qu'après environ 2 à 3 mois, sur autorisation. Le calendrier peut être adapté en cas de réparation nerveuse ou artérielle associée.

5 Durée, adhérences et complications

Durée et arrêt de travail

Rééducation : deux à six mois. Arrêt de travail : un à six mois, selon la profession et la main atteinte. L'orthèse est portée environ 45 jours. La reprise des charges, du sport, du bricolage et de la conduite est validée par le chirurgien.

Si des adhérences se forment

Les adhérences limitent le glissement et peuvent raidir le doigt. La rééducation est poursuivie. Sans amélioration après quatre à six mois, une échographie ou une IRM peut distinguer adhérences et lâchage. Une libération du tendon (ténolyse) peut être discutée.

Lâchage de la suture tendineuse

Au cours des premières semaines, la suture peut se rompre ou se lâcher : la flexion active disparaît brutalement et le doigt revient en position anormalement étendue. C'est une complication grave qui impose de contacter sans délai l'équipe spécialisée. Une reprise chirurgicale précoce peut être nécessaire ; plus tard, la reconstruction peut devenir beaucoup plus complexe, parfois avec une greffe tendineuse en plusieurs temps. Sa prévention repose sur une surveillance étroite, une rééducation spécialisée bien accompagnée et l'implication du patient : port rigoureux de l'orthèse et respect strict des mouvements autorisés.

Autres complications possibles

Infection, algodystrophie, douleurs cicatricielles, raideur, difficulté d'enroulement du doigt, perte de sensibilité en cas de lésions nerveuses associées et retentissement socioprofessionnel...

En conclusion : une chirurgie spécialisée, une rééducation précoce et rigoureuse ainsi qu'une parfaite participation du patient permettent le plus souvent d'obtenir un résultat très satisfaisant.