

2. Entorse de la MP du pouce

(sprain of metacarpophalangeal joint of the thumb/Skier's thumb)

Motif de consultation

- plainte au pouce (0) + douleur (1)

Anamnèse/interrogatoire

- choc ou chute sur le pouce (2), le plus souvent avec celui-ci en flex.-abd. (lésion préférentielle du LCL de la MP) (p. ex. chute en ski, coup de ballon au volley-ball)

Observation

- gonflement \pm important de la MP du pouce (fig. 5.2) (+ parfois rougeur et chaleur) (3)

Examen articulaire

- *palpation* : douleur d'interligne sur les côtés de MP (lig. collatéraux) (fig. 5.3), parfois en palmaire (fibrocartilage) (4)
- *mobilisation* : hypermobilité en inclinaison radiale ou ulnaire de la MP (test de l'élastique de Van Wetter) avec \pm d'ext. pour mettre en tension davantage le faisceau oblique (sur fibrocartilage) ou transverse (sur P1). Rotations sans information
- instabilité articulaire si entorse grave (atteinte des 2 faisceaux du lig.). Attention : grande variabilité interindividuelle de laxité de MP notamment en hyperext.

Examen musculaire

- néant
- palpation, contraction statique et étirement des tendons extrinsèques du pouce (sur MP immobilisée) = indolores (5)
- seule la contraction des muscles sésamoïdiens est \pm douloureuse par traction sur les sésamoïdes

Examen fonctionnel

- gêne à la mobilité du pouce (la plupart de prises sollicitent la MP) (6) \pm selon douleur et raideur/laxité du sujet

Diagnostic

- D : entorse du lig. collatéral radial ou ulnaire (3 degrés)
- LA : gêne lors des prises en force avec le pouce ou avec mobilité de MP
- RPS : diminution de dextérité manuelle (\pm importante selon stade)
- DD : rupture de la languette d'insertion du court extenseur du pouce, lésion de Stener (frottement ligamentaire avec ressort), fracture de Stener (base de P1), lésion d'un n. digital propre

Attitude thérapeutique

- *thérapie manuelle* : immobilisation relative \pm 2 semaines si bénin (strapping, orthèse), cryothérapie, MTP, électrothérapie (US)
- *médicale* : antalgiques, anti-inflammatoires, radiographie si suspicion de fracture. Si grave + lésions associées : parfois chirurgie

Remarques

- entorse médiale = la plus fréquente des entorses du pouce
- attention : si le malade se présente après qu'une personne non habilitée ait réduit une luxation de MP. Une douleur violente avec impotence totale doit faire penser à une mauvaise réduction (rupture faisceau ligamentaire sésamoïdien ou fibrocartilage s'interposant au niveau des sésamoïdes)
- formes bénignes souvent bien tolérées et n'inquiètent que par leur persistance \rightarrow raideur

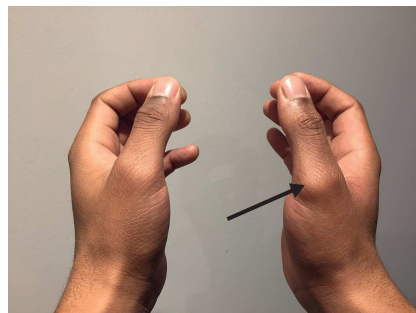


Figure 5.2



Figure 5.3

Bibliographie

- Adler T, Eisenbarth I, Hirschmann MT, Müller-Gerbl M, Fricker R. Can clinical examination cause a Stener lesion in patients with skier's thumb? A cadaveric study. *Clin Anat* 2012; 25(6) : 762–6.
- Anderson D. Skier's thumb. *Aust Fam Physician* 2010; 39(8) : 575–7.
- Bere T, Kruczynski J, Veintimilla N, Hamu Y, Bahr R. Injury risk is low among world-class volleyball players: 4-year data from the FIVB Injury Surveillance System. *Br J Sports Med* 2015; 49(17) : 1132–7.
- Liautaud M. Les entorses de l'articulation métacarpophalangienne du pouce. Grenoble : Mémoire DIU-GEMSOR; 1999.
- Mayer SW, Ruch DS, Leversedge FJ. The influence of thumb metacarpophalangeal joint rotation on the evaluation of ulnar collateral ligament injuries : a biomechanical study in a cadaver model. *J Hand Surg Am* 2014; 39(3) : 474–9.
- McKeon KE, Gelberman RH, Calfee RP. Ulnar collateral ligament injuries of the thumb : phalangeal translation during valgus stress in human cadavera. *J Bone Joint Surg Am* 2013; 95(10) : 881–7. 15.

