

Conduite diagnostique et thérapeutique du médecin traitant face au ressaut digital

MARWA SHAMS^a, JUSTINE LATTION^a et Dr SÉBASTIEN DURAND^a

Rev Med Suisse 2023; 19: 994-7 | DOI: 10.53738/REVMED.2023.19.827.994

Le ressaut digital est un signe clinique présent dans de multiples pathologies. Le doigt à ressort en est de loin la cause la plus fréquente. Le médecin traitant ne doit pas ignorer les nombreuses pathologies pouvant mimer ce diagnostic et les multiples formes de doigt à ressort. Le but de cet article est d'orienter le médecin traitant dans sa conduite diagnostique et thérapeutique face à un ressaut digital.

Diagnostic and therapeutic guidelines of trigger fingers for general practitioner

The jumping finger is commonly found clinical finding in various pathologies. However, trigger finger is the main cause. Therefore, the general practitioner should be aware of the differential diagnoses of jumping finger and the multiple presentation of trigger finger. This article aim is to guide the general practitioner diagnose and cure trigger finger.

QU'EST-CE QU'UN RESSAUT DIGITAL?

Afin de faciliter la démarche diagnostique et thérapeutique, nous proposons un arbre décisionnel qui permettra au médecin généraliste de reconnaître le doigt à ressort parmi les différents diagnostics différentiels et de réaliser une première prise en charge (figure 1).

Le ressaut digital se caractérise par un temps d'arrêt dans le mouvement de flexion ou d'extension d'un doigt, suivi de la reprise du mouvement qui s'achève de manière brusque lorsque l'obstacle a été surmonté.¹

L'expérience nous montre qu'il est important dans un premier temps de confirmer le ressaut digital et de ne pas le confondre avec un blocage sans ressaut dont les causes sont multiples et parmi lesquelles nous pouvons citer:

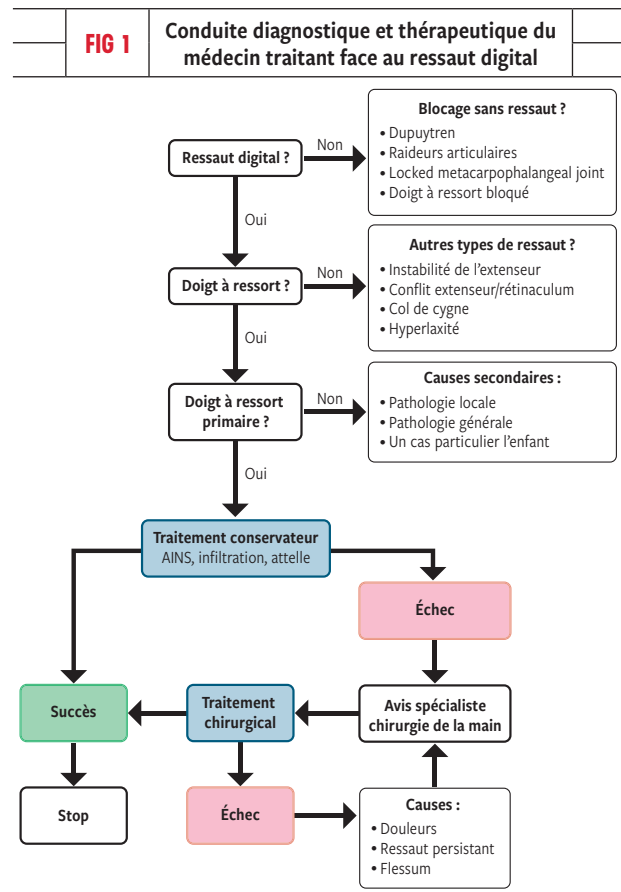
- Les raideurs digitales (post-traumatiques ou arthrosiques).
- La maladie de Dupuytren, fibrose rétractile de l'aponévrose palmaire entraînant une rétraction et une flexion progressive et irréductible des doigts. La palpation d'une bride et la présence d'un blocage complet de l'extension permettent d'en faire le diagnostic.²
- Le blocage de l'articulation métacarpo-phalangienne (locked

metacarpo-phalangeal joint). Dans cette pathologie peu fréquente, et à la différence du doigt à ressort bloqué, il n'y a pas d'antécédent de ressaut et il existe une complète liberté des articulations interphalangiennes.³

La difficulté du diagnostic réside dans le fait qu'un ressaut digital (quelle qu'en soit la cause) peut se transformer en un blocage digital comme on l'observe dans le doigt à ressort à un stade avancé. L'anamnèse, comme les antécédents de ressaut, aide alors grandement à avancer dans le diagnostic.

CAUSES DE RESSAUT DIGITAL

Le doigt à ressort est la principale cause de ressaut digital. Il est la conséquence d'une inadéquation et d'un conflit entre le



^aService de chirurgie plastique et de la main, Département de l'appareil locomoteur, Hôpital orthopédique, Centre hospitalier universitaire vaudois, 1011 Lausanne
marwa.shams@chuv.ch | sebastien.durand@chuv.ch | justine.lattion@chuv.ch

diamètre des tendons fléchisseurs et celui du canal digital dans lequel ils coulisent, principalement au niveau de sa partie proximale, la poulie A1. Le ressaut est ressenti le plus souvent au niveau de la paume en regard de la tête métacarpienne, il est souvent accompagné de la présence d'un volumineux nodule de Notta.⁴ Il est présent lors de la flexion et/ou l'extension du doigt.

Le doigt à ressort est classé en cinq stades selon la classification de Quinell:

0. mobilisation normale.
1. Ressaut ressenti lors de la mobilisation.
2. Blocage réductible en actif.
3. Blocage réductible en passif uniquement.
4. Blocage irréductible.

Les autres causes de ressaut digital sont:

- L'instabilité de l'appareil extenseur au dos de l'articulation interphalangienne ou métacarpo-phalangienne. Ici, on observe et on palpe une luxation de l'appareil extenseur lors des mouvements de flexion/extension de l'articulation.⁵ Au niveau métacarpo-phalangien, l'instabilité est liée à une insuffisance du système stabilisateur de l'appareil extenseur. Au niveau de l'interphalangienne proximale, il peut être lié à l'instabilité d'une bandelette latérale sur un volumineux nodule de Bouchard dans le cadre arthrosique.
- Le ressaut lié à la déformation du doigt en col de cygne. Cette déformation est définie par une hyperextension de l'articulation interphalangienne proximale et un flessum de l'articulation interphalangienne distale. Le ressaut est lié au brusque passage des ligaments rétinaculaires obliques sur le tubercule latéral de la tête de la première phalange et la partie proximale du ligament collatéral. La déformation caractéristique du doigt signale l'origine du ressaut.
- Une cause plus rare de ressaut correspond au conflit entre un tendon extenseur et le rétinaculum des extenseurs. Ce conflit a lieu entre le bord distal épaissi du rétinaculum et un tendon extenseur.⁶ Ici aussi, la palpation du ressaut au dos du poignet affirme le diagnostic.

Enfin, le ressaut digital chez les patients hyperlaxes prend des formes très variées. Ce qui le caractérise est son déclenchement de manière volontaire et le fait qu'il soit indolore.⁷ Il ne nécessite aucun traitement.

CAUSES DE DOIGT À RESSORT

Le doigt à ressort primaire (idiopathique) touche le plus souvent la femme après 50 ans. Les forces de friction exercées entre les tendons fléchisseurs et la première partie de la gaine des fléchisseurs (poulie A1) provoquent un épaississement de la poulie et des tendons fléchisseurs entraînant le conflit.⁴ Il existe toutefois des formes secondaires de doigt à ressort.

Les formes secondaires peuvent être locales et dues à une lésion négligée d'un tendon fléchisseur entraînant la formation d'un nodule cicatriciel et d'un ressaut.⁸ Citons également les doigts à ressorts secondaires à une tumeur intratendineuse, une malformation ou une variation anatomique ou encore une ténosynovite infectieuse.

Les formes secondaires peuvent être liées à une pathologie générale telle que la polyarthrite rhumatoïde,¹ le diabète,⁹ l'amylose, les mucopolysaccharidoses, les pathologies microcristallines, l'hypothyroïdie, l'ochronose, l'acromégalie.

Un cas particulier correspond au doigt à ressort chez l'enfant. Sa prévalence est maximale aux alentours de 1 an (3 pour 1000). Le pouce est touché dans 8 cas sur 10. Il est également dû à une inadéquation entre la taille des fléchisseurs et de sa gaine mais la cause du phénomène reste inconnue.¹⁰

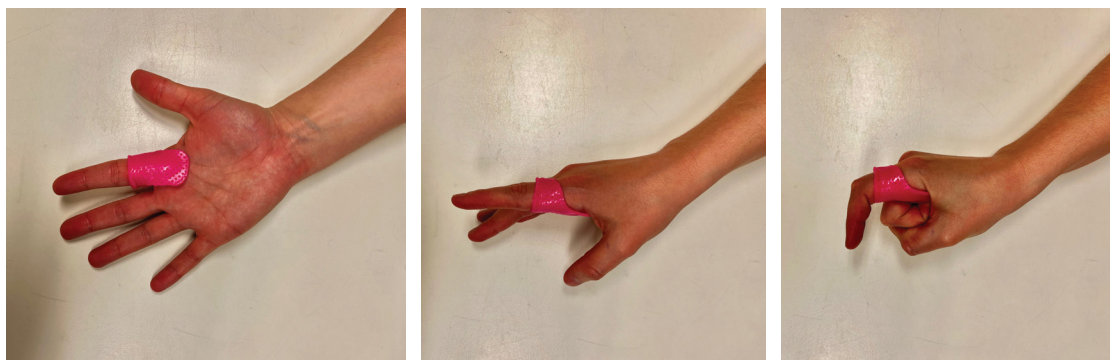
TRAITEMENT DU RESSAUT DIGITAL

Nous insisterons ici sur le traitement du doigt à ressort primaire, là où l'intervention du médecin traitant est fondamentale. Pour tous les autres ressauts ou en cas de blocage, l'avis d'un spécialiste de la main est très souvent nécessaire.

Dans le cas d'un doigt à ressort primaire, lorsque le ressaut est présent, un premier traitement conservateur peut être mis en place par le médecin généraliste. L'immobilisation par une attelle (**figure 2**), confectionnée en ergothérapie qui empêche la flexion de l'articulation métacarpo-phalangienne du doigt et donc le ressaut,¹¹ l'acupuncture,¹² les ultrasons, la thérapie par ondes de choc font partie des nombreux traitements qui ont été proposés, mais leur efficacité reste variable et il est difficile pour l'instant de les conseiller de façon

FIG 2 Attelle d'immobilisation

Ce type d'attelle, confectionnée en ergothérapie, empêche la flexion de l'articulation métacarpo-phalangienne du doigt et donc le ressaut.



formelle. Ces traitements alternatifs peuvent être proposés au patient qui ne souhaite pas d'infiltration ni de prise en charge chirurgicale dans un premier temps, tout en leur expliquant le peu de preuves existant sur leur efficacité. Le but de ces traitements étant de diminuer l'inflammation locale.

L'infiltration demeure le premier traitement avec un effet notable visible. Avec l'accord du patient, elle peut être effectuée en première intention, même s'il s'agit d'un geste invasif. L'infiltration de corticostéroïdes est effectuée en regard de la poulie A1. Il est important d'expliquer au patient que l'efficacité est souvent rapide mais parfois temporaire, avec un taux de récurrence de 30 % dans les 6 premiers mois et de 65 % à un an selon certaines études.¹³ Un nombre limité d'infiltrations, en moyenne 2 à 3, peut être réalisé sur le même site, car un nombre excessif d'injections peut fragiliser les tendons fléchisseurs et leur gaine et entraîner une rupture secondaire.¹⁴ Il est également important de préciser au patient les autres risques liés au geste, comme le risque d'infection. De ce fait, il doit toujours être effectué de manière stérile. Il existe également un risque de décoloration locale de la peau ou d'atrophie des tissus sous-cutanés.

L'infiltration de corticostéroïdes peut se faire en cabinet. Après badigeonnage antiseptique local, une anesthésie locale sous cutanée est réalisée par injection de quelques millilitres de lidocaïne à 1 % (Rapidocain) à l'aide d'une aiguille de petit calibre (25 G). Une ampoule de 1 ml de bétaméthasone (Diprophos : 5 mg de dipropionate de bétaméthasone + 2 mg de phosphate sodique de bétaméthasone) est ensuite injectée en sous-cutané au contact de la gaine des fléchisseurs et de la poulie A1.

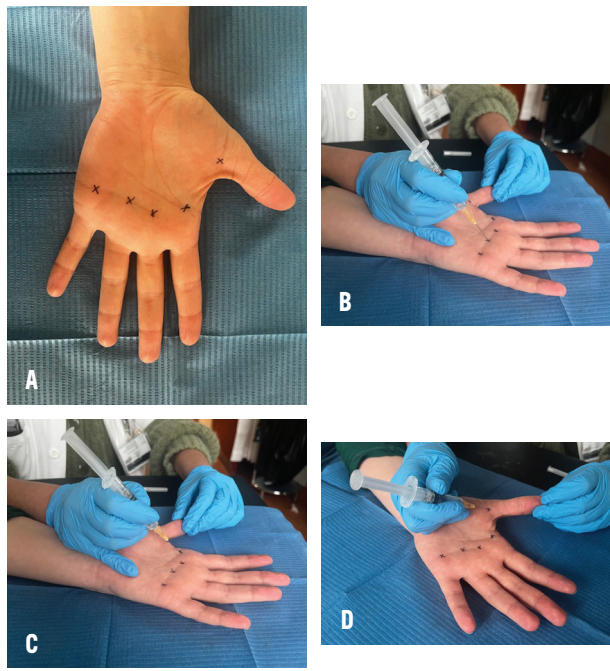
Le site d'injection est situé en regard de la partie médiane de la gaine des fléchisseurs, au niveau du pli palmaire transverse distal pour les trois derniers doigts, du pli palmaire transverse proximal pour l'index et du pli palmo-digital pour le pouce (figure 3). Un pansement sec sera mis en place pour 24 heures. Le patient doit être prévenu que le doigt ou la main peuvent être douloureux pendant 48 heures après une infiltration.

En cas de récurrence après infiltration ou si le patient souhaite une solution définitive, une intervention chirurgicale sera proposée. Elle consiste dans la majorité des cas en une section de la poulie A1 par des techniques variées (à ciel ouvert, percutanée, sous échographie).¹⁵ Dans certains cas (patient diabétique, doigt à ressort bloqué ou diminution franche de la mobilité active et passive) ou du fait de certaines constatations peropératoires (défaut de coulisement des fléchisseurs malgré l'ouverture de la poulie A1), une résection d'une partie du tendon fléchisseur superficiel pourra être réalisée. Dans la majorité des cas, il n'y a pas de traitement complémentaire après chirurgie sauf pour les ressauts à un stade avancé (par exemple, stade 4 de Quinell) pour lesquels des séances d'ergothérapie pourront être prescrites.

Si malgré l'opération du doigt à ressort, le patient présente toujours un ressaut, il faudra envisager une autre cause de ressaut ou un ressaut sur une autre poulie (rare). Enfin, si malgré l'opération le patient présente des douleurs ou un

FIG 3	Sites d'injection lors d'infiltrations de corticostéroïdes
--------------	---

A: sites d'injection au niveau des poulies pour les différents rayons; B: sites d'injection pour les rayons 3, 4 et 5; C: site d'injection pour le 2^e rayon; D: site d'injection pour le 1^{er} rayon.



flessum résiduel même après 3 mois de rééducation, un nouvel avis spécialisé sera nécessaire.

CONCLUSION

Le doigt à ressort est une pathologie très fréquente et un traitement initial peut être facilement instauré par le médecin de premier recours. Il faut cependant garder à l'esprit les nombreux diagnostics différentiels du ressaut digital afin d'orienter le patient vers une consultation spécialisée si cela est nécessaire.

Conflit d'intérêts: Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

IMPLICATIONS PRATIQUES

- L'examen clinique est l'élément fondamental, indispensable dans l'analyse d'un ressaut digital afin de pouvoir différencier les différentes causes.
- Une fois le diagnostic de doigt à ressort retenu, une infiltration est un premier traitement qui peut s'effectuer chez le médecin traitant.
- En cas de doute sur le diagnostic ou d'échec de traitement, le patient sera dirigé vers une consultation spécialisée.

- 1 **Durand S, Daunois O, Gaujoux G, et al. Les doigts à ressort. *Chir Main*. 2011 Feb;30(1):1-10.
- 2 Shih B, Bayat A. Scientific understanding and clinical management of Dupuytren disease. *Nat Rev Rheumatol*. 2010 Dec;6(12):715-26.
- 3 Posner MA, Langa V, Green SM. The locked metacarpophalangeal joint: diagnosis and treatment. *J Hand Surg Am*. 1986 Mar;11(2):249-53.
- 4 Akhtar S, Bradley MJ, Quinton DN, Burke FD. Management and referral for trigger finger/thumb. *BMJ*. 2005 Jul;331(7507):30-3.
- 5 Ishizuki M. Traumatic and spontaneous dislocation of extensor tendon of the long finger. *J Hand Surg Am*. 1990 Nov;15(6):967-72.
- 6 Khazzam M, Patillo D, Gainor BJ. Extensor tendon triggering by impingement on the extensor retinaculum: a report of 5 cases. *J Hand Surg Am*. 2008 Oct;33(8):1397-400.
- 7 Hakim A, Grahame R. Joint hypermobility. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2003 Dec;17(6):989-1004.
- 8 Lee M, Jung YR, Lee YK. Trigger finger secondary to a neglected flexor tendon rupture. *Medicine (Baltimore)*. 2019 Jan;98(1):e13980.
- 9 Arkkila PET, Gautier JF. Musculoskeletal disorders in diabetes mellitus: an update. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2003 Dec;17(6):945-70.
- 10 Khoshhal KI, Jarvis JG, Uhthoff HK. Congenital trigger thumb in children: electron microscopy and immunohistochemical analysis of the first annular pulley. *J Pediatr Orthop B*. 2012 Jul;21(4):295-9.
- 11 Lunsford D, Valdes K, Hengy S. Conservative management of trigger finger: A systematic review. *J Hand Ther*. 2019 Apr-Jun;32(2):212-21.
- 12 Inoue M, Nakajima M, Hojo T, Itoi M, Kitakoji H. Acupuncture for the treatment of trigger finger in adults: a prospective case series. *Acupunct Med*. 2016 Oct;34(5):392-7.
- 13 *Guillén Astete CA, Rodríguez López R, García Montes N. Determinants of therapeutic success of corticoids injections in trigger finger syndrome. *Reumatol Clin (Engl Ed)*. 2021;S2173574321002197 .
- 14 Yamada K, Masuko T, Iwasaki N. Rupture of the flexor digitorum profundus tendon after injections of insoluble steroid for a trigger finger. *J Hand Surg Eur Vol*. 2011 Jan;36(1):77-8.
- 15 *Maillet J. Actualités dans le traitement du doigt à ressort. *Rev Rhum Monogr*. 2020 Jun;87(3):212-6.

* à lire

** à lire absolument