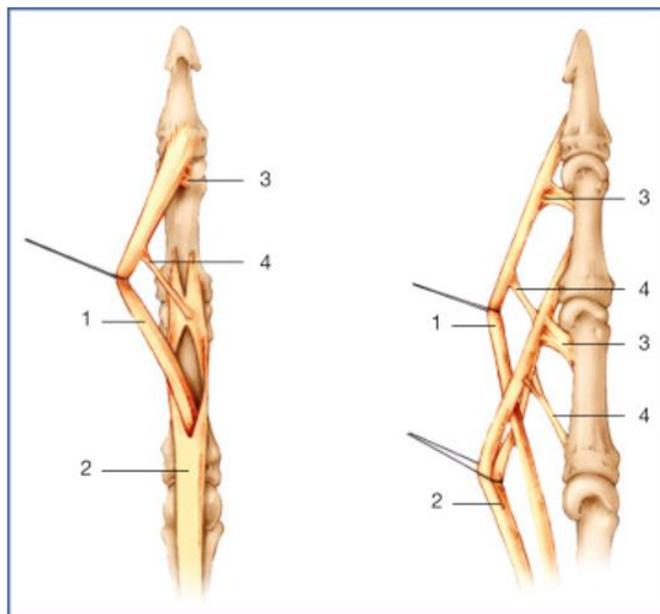


Fiche d'information

**REPARATION DES TENDONS FLECHISSEURS DES DOIGTS**

POURQUOI CETTE INTERVENTION ?

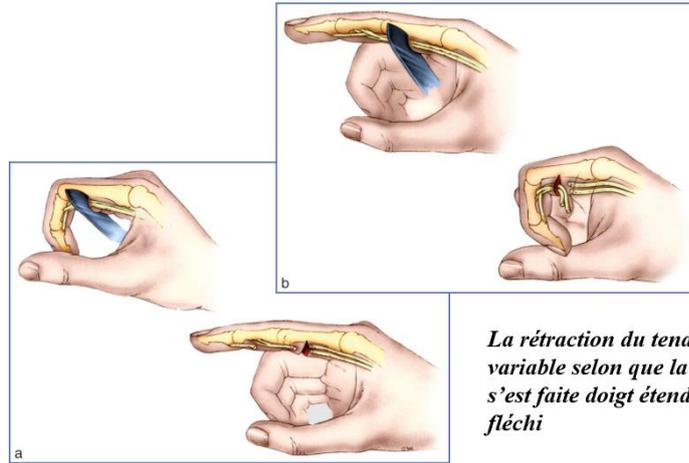
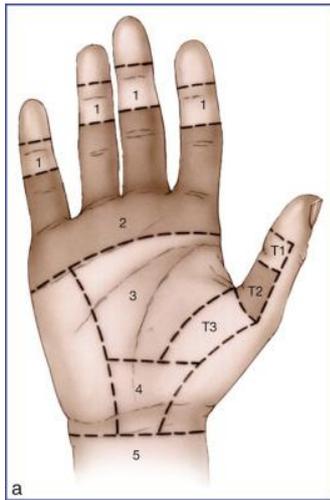
Les tendons fléchisseurs des doigts sont des sortes de câbles fibreux qui cheminent dans un système de gaines depuis la paume de la main jusqu'à l'extrémité des doigts. Le coulisement de ces tendons est assuré par un système de lubrification, la gaine synoviale qui secrète un liquide identique à celui qui lubrifie les articulations. Pour les doigts longs, il y a deux tendons fléchisseurs dans le canal digital : le « superficiel » qui s'insère sur la base de la 2ème phalange et le « profond » qui s'insère sur la base de la 3ème phalange. Ils coulisent donc l'un sur l'autre à l'intérieur du canal digital et vont assurer conjointement la flexion des doigts longs. Pour le pouce, il n'y a qu'un seul tendon fléchisseur.



*1 – fléchisseur profond 2 – fléchisseur superficiel  
3 et 4 - vinculas*

Le pronostic et le résultat du traitement des lésions tendineuses diffèrent selon le siège de la lésion. On divise la main en 5 zones distinctes qui caractérisent chacune la position des deux tendons fléchisseurs entre eux et leur relation avec les structures adjacentes. Les plaies en zone 2 sont les plus délicates à traiter car les deux tendons sont à l'intérieur de leur gaine et le risque d'adhérences est majeur.

La section d'un tendon fléchisseur entraîne, bien sûr, un déficit de mobilité du doigt concerné, mais cette section peut n'être que partielle. Dans ce cas, si le diagnostic n'est pas fait, le tendon va finir par s'effiloche et se rompre secondairement, rendant sa réparation beaucoup plus délicate et aléatoire.



*La rétraction du tendon est variable selon que la section s'est faite doigt étendu ou fléchi*

**C'est pourquoi, même si en apparence elle paraît anodine, toute plaie de la main en regard d'un tendon fléchisseur doit être explorée soigneusement en milieu chirurgical**

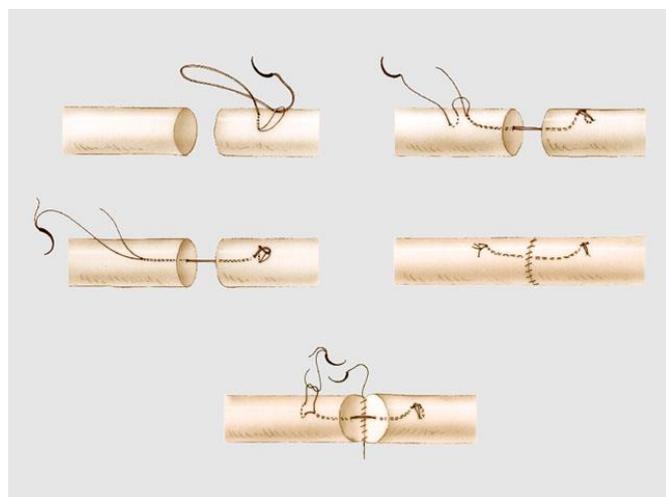
### COMMENT SE DEROULE L'INTERVENTION ?

#### **L'intervention :**

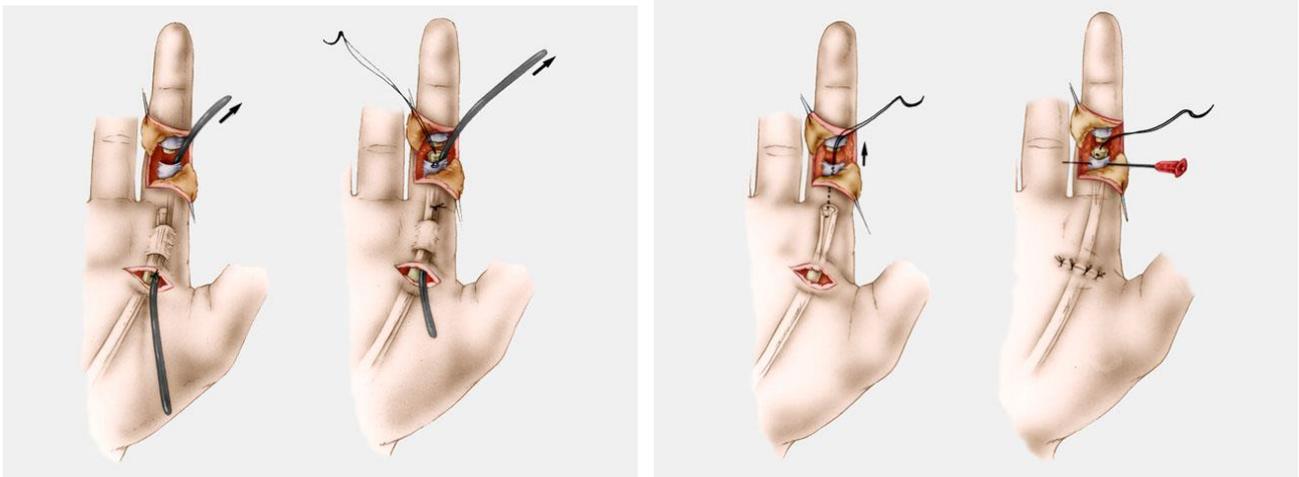
- **L'hospitalisation** : elle se déroule en ambulatoire, sur une demi-journée. Votre sortie se fera une à deux heures après l'intervention.
- **L'anesthésie** : elle se fait sous anesthésie locorégionale (bloc plexique) qui garantira une indolence complète de votre membre opéré dans les heures qui suivront l'intervention.
- **Le geste chirurgical** : on va nettoyer, débrider et parer la plaie en commençant par les angles. Cela permet de faire un bilan de la blessure pour ne pas ignorer une lésion nerveuse ou vasculaire par exemple, associée à celle du tendon fléchisseur. Le second temps de l'opération consiste à retrouver l'extrémité proximale du tendon qui, sous l'effort de flexion lors du traumatisme, a pu remonter très haut dans la gaine des doigts, jusqu'à la paume, voire au poignet. Dans ce cas, une contre-incision sera nécessaire pour la récupérer et la redescendre dans le canal digital, au niveau de la lésion initiale. La suture sera assurée par des fils spécifiques. Le système de glissement des poules et gaines du canal digital sera également réparé de façon soignée afin d'optimiser le coulisement de la suture tendineuse.



*Agrandissement de la plaie*



*Technique de suture*



### *Technique de récupération et de suture du tendon*

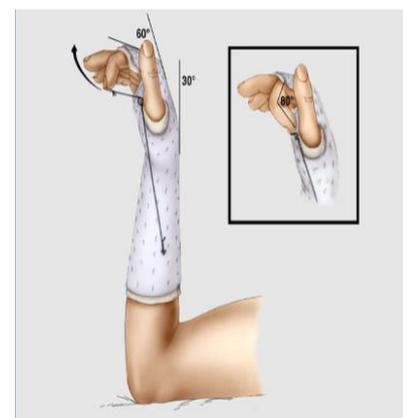
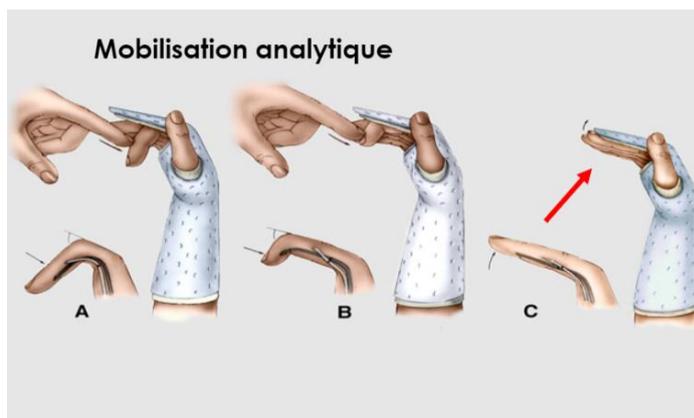
- Une section en zone 1 très distale sera réparée par une suture trans-osseuse, éventuellement appuyée sur la tablette de l'ongle
- l'existence d'une contusion ou d'un lambeau cutané précaire fait courir le risque de nécrose ou de désunion locale. Une perte de substance cutanée impose la couverture par un lambeau loco-régional.
- les lésions ostéoarticulaires témoignent d'un traumatisme important, source d'adhérences et de raideur. Le traitement doit permettre la mobilisation précoce.
- les lésions nerveuses sont fréquentes à tous les niveaux. Un doigt raide et insensible est très gênant pour la fonction globale de la main.
- les lésions vasculaires doivent être systématiquement réparées car une bonne vascularisation locale est un gage majeur d'un bon résultat trophique.

En fin d'intervention, une attelle maintenant le poignet et les doigts en flexion sera mise en place.

- **Votre départ** se fera une à deux heures après votre intervention après l'ablation. Nous vous remettons les différents documents et ordonnances nécessaires, ainsi qu'un arrêt de travail et un rendez-vous de contrôle fixé au bout de deux semaines.

### **Les suites de l'intervention :**

- Vous rencontrerez dans les jours suivants, un des orthésistes avec qui nous travaillons qui confectionnera une attelle adaptée sur le pansement : elle sera à conserver six semaines en permanence afin de permettre aux tendons de cicatriser. Il s'agit habituellement d'une coque limitant l'extension du poignet et des doigts ou dans certains cas (pour les réparations en zone 2) d'un appareillage plus sophistiqué avec système de rappel élastique des doigts (appareil de Kleinert).



- Dans tous les cas, une rééducation spécifique sera entreprise de manière à optimiser le coulisement de la réparation tendineuse. En effet, il faut ne pas trop tirer sur cette suture de façon à éviter une rupture secondaire mais, également, la mobiliser de façon à ce que le tendon puisse cicatriser sans « coller » aux structures périphériques. Ces adhérences sont, toutefois, inévitables mais peuvent être limitées par une rééducation adaptée.

La visite de contrôle a lieu après la 2<sup>ème</sup> semaine pour contrôler la cicatrisation cutanée, puis à la 6<sup>e</sup> semaine où on peut envisager d'enlever l'attelle ; toutefois, le tendon restera fragile jusqu'à trois mois et la rééducation se poursuivra au même rythme.

- Reprise d'activités : il faut au moins six semaines pour reprendre toutes les activités manuelles simples, et de trois à six mois pour des activités nécessitant plus de force. Ainsi en cas d'activité professionnelle, la reprise sera possible au-delà de six semaines pour une activité modérée (travail de bureau) mais pourra être différée de 3 mois voire plus pour des sollicitations plus importantes. Des activités de loisir modérées (jardinage, vélo) sont envisageables au-delà de deux mois.

### QUELS SONT LES RISQUES DE L'INTERVENTION ?

- ***Des risques non spécifiques :***

- un hématome peut survenir, qui se résorbe en général tout seul. Il peut exceptionnellement nécessiter une ponction évacuatrice ou un drainage chirurgical.

- La survenue d'une infection est toujours possible malgré les précautions d'asepsie rigoureuse et un nettoyage soigneux de la plaie. En effet, l'objet responsable de la blessure est forcément contaminé et a pu entraîner des bactéries à l'intérieur des tissus. Il vous est fortement déconseillé de fumer pendant la période de cicatrisation, le tabagisme augmentant de manière significative le taux d'infection.

- L'algodystrophie est un phénomène douloureux et inflammatoire encore mal compris. Elle est traitée médicalement et peut durer plusieurs mois (voire parfois des années), entraînant une prise en charge spécifique avec rééducation adaptée, bilans complémentaires et parfois une prise en charge spécifique de la douleur. Elle est imprévisible dans sa survenue comme dans son évolution et ses séquelles potentielles.

- ***Le lâchage secondaire de la suture:*** c'est un évènement qui se produit le plus souvent secondairement entre la 2<sup>ème</sup> et la 4<sup>ème</sup> semaine après la réparation. En effet, à ce stade, le tendon a commencé sa cicatrisation mais c'est la période pendant laquelle il est le plus fragile. Le lâchage de suture survient le plus souvent soit au cours d'un effort réflexe inopiné, soit au cours d'une manœuvre de rééducation. On envisagera une réparation immédiate (suture secondaire), ou une réparation différée de façon à travailler sur des tissus dont la cicatrisation est complète et correcte et qui ont repris une consistance et un aspect normal : soit suture secondaire, soit greffe tendineuse, soit un transfert tendineux à l'aide d'un tendon de voisinage.
- ***Les adhérences résiduelles et les raideurs:*** ce ne sont pas à proprement parler des complications mais des résultats incomplets ou imparfaits. Au cours de la cicatrisation tendineuse, des adhérences vont se produire autour de la suture dans le canal digital et ce, quelles que soient les précautions que l'on prend et quelle que soit la qualité de la rééducation. La survenue de ces adhérences est variable selon les individus mais également, selon le niveau où se situait la lésion du tendon (plus fréquente au niveau des doigts qu'au niveau de la paume ou du poignet). Dans près de 2/3 des cas, une intervention secondaire devra être réalisée, pour libérer les adhérences et permettre à nouveau un coulisement optimal du tendon dans sa gaine (ténolyse). Cette intervention devra être proposée tardivement, une fois que l'on est sûr que les tissus ont retrouvé une structure normale et ne sont plus inflammatoires. En pratique, on proposera une ténolyse au minimum 4 à 6 mois après la réparation initiale.

- *Les lésions associées*, osseuses vasculo-nerveuses ou cutanées ont leurs propres conséquences mais une action péjorative sur le résultat final.

**La liste n'est pas exhaustive et une complication particulièrement exceptionnelle peut survenir, liée à l'état local ou à une variabilité technique. Toutes les complications ne peuvent être précisées, ce que vous avez compris et accepté.**

**EN RÉSUMÉ** la section d'un tendon fléchisseur est une lésion grave, avec un risque majeur de conserver un déficit de mobilité. C'est pourquoi toute plaie de la main doit être explorée soigneusement en milieu chirurgical pour faire le diagnostic et réparer ces lésions car il existe des plaies partielles qui peuvent se rompre secondairement. Après l'intervention un appareillage est mis en place en post-opératoire pour détendre la suture et commencer une rééducation active en milieu spécialisé. La solidité finale du tendon n'est obtenue qu'au bout de 3 mois.

Les complications principales sont : l'infection, toujours possible en cas de plaie, le lâchage de la suture, qui se produit en général dans les premières semaines et plus tardivement, les adhérences cicatricielles gênant la fonction du doigt qui nécessitent dans certains cas une nouvelle intervention de ténolyse.

**QUELQUES QUESTIONS QUE VOUS DEVEZ VOUS POSER OU POSER À VOTRE CHIRURGIEN AVANT DE VOUS DÉCIDER POUR UNE INTERVENTION :**

Pourquoi me recommandez-vous cette chirurgie particulièrement ?

Y a-t-il d'autres solutions chirurgicales pour mon cas et pourquoi ne me les recommandez-vous pas ?

Si je ne me fais pas opérer, mon état va-t-il se dégrader ?

Comment se passe l'acte chirurgical et en avez-vous l'expérience ?

Quel est le temps opératoire ? Quelle est la durée de l'hospitalisation ?

Aurai-je beaucoup de douleurs et comment la traiter ?

Quels sont les risques et/ou complications encourus pour cette chirurgie ?

Quels sont les bénéfices pour moi à être opéré et quel résultat final puis-je espérer ?

Au bout de combien de temps pourrai-je reprendre mon travail ou mes activités sportives et quelle sera la durée totale de ma convalescence ?

Me recommandez-vous un second avis ?

Date de remise du document au patient (e) :

Date et signature du patient (e) :

*Pages précédentes à parapher*