



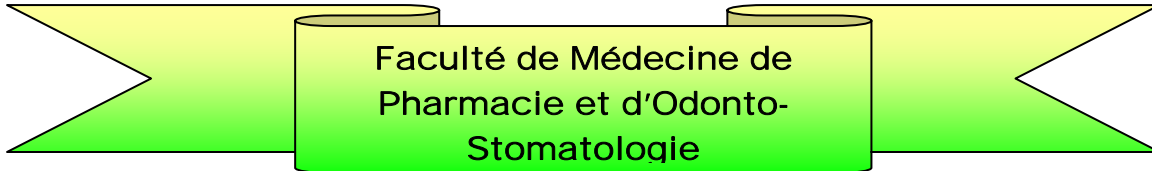
Ministère des Enseignements
Secondaire, Supérieur et de la
Recherche Scientifique

République du Mali

Un Peuple- un But- une Foi

~*~*~*~*~*~*~*~*~*

Université de Bamako



Année : 2007 - 2008

N° :.....

Titre

Etude épidémiologique et clinique des luxations
des doigts dans le service de Chirurgie
Orthopédique et traumatologique du CHU Gabriel
Touré.
A propos de 25 cas

Présentée et soutenue publiquement le...../...../2008
Devant la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto- Stomatologie

Par
Aminata SOUMARE

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'état)

Jury:

- . Président : Pr. Alhousseini Ag Mohamed
- . Membre : Dr. Abdoul Kadri Moussa
- . Co-directeur de thèse: Dr. Ibrahim Alwata
- . Directeur de thèse : Pr. Abdou Alassane Touré

<p>FACULTÉ DE MÉDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO- STOMATOLOGIE</p> <p>ANNÉE UNIVERSITAIRE 2007-2008</p>

DOYEN: **ANATOLE TOUNKARA** - PROFESSEUR

1^{er} ASSESSEUR: **DRISSA DIALLO** - MAÎTRE DE CONFERENCES

2^{ème} ASSESSEUR: **SÉKOU SIDIBÉ** - MAÎTRE DE CONFERENCES

SECRÉTAIRE PRINCIPAL: **YENIMEGUE ALBERT DEMBÉLÉ** -
PROFESSEUR

AGENT COMPTABLE: **MADAME COULIBALY FATOUMATA TALL** -
CONTRÔLEUR DES FINANCES

LES PROFESSEURS HONORAIRES

Mr Alou BA	Ophtalmologie
Mr Bocar SALL	Orthopédie Traumatologie - Secourisme
Mr Souleymane SANGARÉ	Pneumo-phtisiologie
Mr Yaya FOFANA	Hématologie
Mr Mamadou L. TRAORÉ	Chirurgie Générale
Mr Balla COULIBALY	Pédiatrie
Mr Mamadou DEMBÉLÉ	Chirurgie Générale
Mr Mamadou KOUMARE	Pharmacognosie
Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine interne
Mr Aly GUINDO	Gastro-entérologie
Mr Mamadou M. Keita	Pédiatrie
Mr Siné Bayo	Anatomie. Pathologie. Histoembryologie
Mr Sidi Yaya Simaga	Santé Publique
Mr Abdoulaye Ag Rhaly	Médecine Interne
Mr Boulkassoum Haidara	Législation
Mr Boubacar Sidiki Cissé	Toxicologie
Mr Massa Sanogo	Chimie Analytique

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R. & PAR GRADE

D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS

Mr Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Abdou Alassane TOURE	Orthopédie Traumatologie
Mr Kalilou OUATTARA	Urologie
Mr Amadou DOLO	Gynéco Obstétrique
Mr Alhousseini Ag MOHAMED	ORL
Mme SY Assitan SOW	Gynéco-Obstétrique
Mr Salif DIAKITE	Gynéco-Obstétrique
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie-Réanimation
Mr Djibril Sangaré	Chirurgie Générale Chef de D.E.R.
Mr Abdel Kader Traoré dit Diop	Chirurgie Générale

2. MAÎTRE DE CONFERENCES

Mr Abdoulaye DIALLO	Ophtalmologie
Mr Gangaly DIALLO	Chirurgie Viscérale
Mr Mamadou TRAORÉ	Gynéco-Obstétrique
Mr Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
Mr Sékou SIDIBÉ	Orthopédie -Traumatologie
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie-Reanimation
Mr Tieman COULIBALY	Orthopédie-Traumatologie
Mme TRAORÉ J. THOMAS	Ophtalmologie
Mr Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie
Mme DIALLO Fatimata S. DIABATÉ	Gynéco-Obstétrique
Mr Nouhoum ONGOÏBA	Anatomie & Chirurgie Générale
Mr Sadio YENA	Chirurgie Générale
Mr Youssouf COULIBALY	Anesthésie -Réanimation

3. MAÎTRES ASSISTANTS

Mr Issa DIARRA	Gynéco -Obstétrique
Mr Samba Karim TIMBO	ORL
Mme TOGOLA Fanta KONIPO	ORL
Mr Zimogo Zié Sanogo	Chirurgie Générale
Mme Djénéba DOUMBIA	Anesthésie / Réanimation
Mr Zanafon OUATTARA	Urologie
Mr Adama SANGARE	Orthopédie- Traumatologie
Mr Sanoussi BAMANI	Ophtalmologie

Mr Doulaye SACKO	Ophtalmologie
Mr Ibrahim ALWATA	Orthopédie - Traumatologie
Mr Lamine TRAORE	Ophtalmologie
Mr Mady MACALOU	Orthopédie/ Traumatologie
Mr Aly TEMBELY	Urologie
Mr Niani MOUNKORO	Gynécologie/ Obstétrique
Mr Tiémoko D. COULIBALY	Odontologie
Mr Souleymane TOGORA	Odontologie
Mr Mohamed KEITA	ORL
Mr Bouraïma MAIGA	Gynécologie- Obstétrique
Mr Yousouf Sow	Chirurgie Générale
Mr Djbo Mahamane Diango	Anesthésie - Réanimation
Mr Moustapha Touré	Gynécologie

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS

Mr Daouda DIALLO	Chimie Générale & Minérale
Mr Amadou DIALLO	Biologie
Mr Moussa HARAMA	Chimie Organique
Mr Ogobara DOUMBO	Parasitologie- Mycologie
Mr Yénimégué Albert DEMBÉLÉ	Chimie Organique
Mr Anatole TOUNKARA	Immunologie
Mr Bakary M. CISSE	Biochimie
Mr Abdourahamane S. MAÏGA	Parasitologie
Mr Adama DIARRA	Physiologie
Mr Mamadou KONE	Physiologie

2. MAÎTRES DE CONFERENCES

Mr Amadou TOURE	Histoembryologie
Mr Flabou BOUGOUDOGO	Bactériologie – Virologie
Mr Amagana DOLO	Parasitologie Chef de D.E.R
Mr Mahamadou CISSE	Biologie
Mr Sékou F. M. TRAORE	Entomologie médicale
Mr Abdoulaye DABO	Malacologie – Biologie Animale
Mr Ibrahim I. MAÏGA	Bactériologie – Virologie

3. MAÎTRES ASSISTANTS

Mr Lassana DOUMBIA	Chimie Organique
Mr Mounirou BABY	Hématologie

Mr Mahamadou A. THERA	Parasitologie
Mr Moussa Issa DIARRA	Biophysique
Mr Kaourou DOUCOURE	Biologie
Mr Bouréma KOURIBA	Immunologie
Mr Souleymane DIALLO	Bactériologie/ Virologie
Mr Cheick Bougadari TRAORE	Anatomie pathologie
Mr Guimogo Dolo	Entomologie moléculaire médicale
Mr Mouctar Diallo	Biologie parasitologie
Mr Abdoulaye Touré	Entomologie moléculaire médicale
Mr Boubacar Traoré	Parasitologie. Mycologie

4. ASSISTANTS

Mr Mangara M. BAGAYOKO	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Djbril SANGARE	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Bocary Y. SACKO	Biochimie
Mr Mamadou BA	Biologie, Parasitologie Entomologie Médicale
Mr Moussa Fané	Parasitologie. Entomologie

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS

Mr Mamadou K. TOURE	Cardiologie
Mr Mahamane MAÏGA	Néphrologie
Mr Baba KOUMARE	Psychiatrie Chef de D.E.R.
Mr Moussa TRAORÉ	Neurologie
Mr Issa TRAORÉ	Radiologie
Mr Hamar A. TRAORÉ	Médecine Interne
Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie
Mr Moussa Y. MAIGA	Gastro-entérologie Hépatologie
Mr Somita KEITA	Dermato-Léprologie
Mr Boubacar Diallo	Cardiologie
Mr Toumani Sidibé	Pédiatrie

2. MAÎTRES DE CONFERENCES

Mr Bah KEITA	Pneumo- Phtisiologie
Mr Abdel Kader TRAORÉ	Medicine Interne
Mr Siaka SIDIBÉ	Radiologie
Mr Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
Mr Mamady KANE	Radiologie
Mr Sahare FONGORO	Néphrologie
Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie

Mr Bou DIAKITE
Mr Bougouzié SANOGO
Mme SIDIBE Assa TRAORE
Mr Adama D. Kéita

Psychiatrie
Gastro-entérologie
Endocrinologie
Radiologie

3. MAÎTRES ASSISTANTS

Mme TRAORE Mariam SYLLA
Mme Habibatou DIAWARA
Mr Daouda K Minta
Mr Kassoum SANOGO
Mr Seydou DIAKITE
Mr Arouna TOGORA
Mme Diarra Assétou SOUCKO
Mr Boubacar TOGO
Mr Mahamadou TOURE
Mr Idrissa A. CISSE
Mr Mamadou B. DIARRA
Mr Anselme KONATE
Mr Moussa T. DIARRA
Mr Souleymane DIALLO
Mr Souleymane COULIBALY
Mr Soungalo DAO
Mr Cheick Oumar GUINTO

Pédiatrie
Dermatologie
Maladies Infectieuses
Cardiologie
Cardiologie
Psychiatrie
Médecine interne
Pédiatrie
Radiologie
Dermatologie
Cardiologie
Hépto-gastro-entérologie
Hépto-gastro-entérologie
Pneumologie
Psychologie
Maladies infectieuses
Neurologie

D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEURS

Mr Gaoussou KANOUTE
Mr Ousmane Doumbia
Mr Elimane Mariko

Chimie Analytique, **Chef de D.E.R**
Pharmacie chimique
Pharmacologie

2. MAÎTRES DE CONFERENCES

Mr Drissa DIALLO
Mr Alou KEITA
Mr Benoît Yaranga KOUMARE
Mr Ababacar I. Maiga

Matières Médicales
Galénique
Chimie analytique
Toxicologie

3. MAÎTRES ASSISTANTS

Mme Rokia SANOGO
Mr Yaya KANE

Pharmacognosie
Galénique

Mr Saibou MAIGA
Mr Ousmane KOITA
Mr Yaya Coulibaly

Législation
Parasitologie Moléculaire
Législation

D.E.R. SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEURS

Mr Sanoussi KONATE

Santé Publique, **Chef de D.E.R**

2. MAÎTRES DE CONFERENCES

Mr Moussa A. MAÏGA

Santé Publique

3. MAÎTRES ASSISTANTS

Mr Adama DIAWARA

Santé Publique

Mr Hamadoun SANGHO

Santé Publique

Mr Massambou SACKO

Santé Publique

Mr Alassane A. DICKO

Santé Publique

Mr Mamadou Souncalo TRAORE

Santé Publique

Mr Hammadoun Aly Sango

Santé Publique

Mr Seydou Doumbia

Epidémiologie

Mr Samba Diop

Anthropologie médicale

Mr Akory AG Iknane

Santé Publique

4. ASSISTANTS

Mr Oumar THIERO

Bio statistique

Mr Seydou DIARRA

Anthropologie médicale

CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mr N'Golo DIARRA

Botanique

Mr Bouba DIARRA

Bactériologie

Mr Salikou SANOGO

Physique

Mr Boubacar KANTE

Galénique

Mr Souleymane GUINDO

Gestion

Mme DEMBELE Sira DIARRA

Mathématiques

Mr Modibo DIARRA

Nutrition

Mme MAÏGA Fatoumata SOKONA

Hygiène du Milieu

Mr Mahamadou TRAORE

Génétique

Mr Yaya COULIBALY

Législation

Mr Lassine SIDIBE

Chimie Organique

ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr Doudou BA

Pr Babacar FAYE

Pr Mounirou CISSE

Pr Amadou Papa Diop

Pr Lamine GAYE

Bromatologie

Pharmacodynamie

Hydrologie

Biochimie

Physiologie

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

Remerciements

Je rends grâce à Dieu le tout puissant, le miséricordieux et à son prophète MOHAMED (PSL) de m'avoir permis de voir le jour, de grandir et de pouvoir accomplir ce travail. Qu'Allah nous protège, nous guide et illumine ce travail.

Dédicaces

Je dédie ce travail :

- **A mon père feu Moulaye Ismail Soumaré**, cher papa, tu nous as toujours donné une éducation très stricte, tu nous as toujours dit cher papa que seul le travail libère l'homme, que le premier mari d'une femme est son diplôme. Trouves ici cher papa la consécration de tes efforts et de ta bénédiction. Nous prions le tout puissant pour que ton âme repose en paix.

- **A mes mamans Oumou Diallo et Tata Soumaré** : chères mamans, vous avez toujours été à côté de nous pendant les moments de joies et de peines. D'après un dicton « on ne choisit pas ses parents ni sa famille » certes mais si le choix m'avait été donné je n'aurais pas mieux choisi, ce travail est le fruit de tous vos efforts. Soyez certaines de ma reconnaissance, de ma gratitude et de mon immense amour, je prie le bon Dieu pour qu'il vous accorde longue vie pour que vous puissiez partager les bienfaits et le bénéfice de ce travail avec moi.

- **A mon cher et tendre époux Mr Mamadou Dembélé** : ce travail est le fruit de ta patience et de tes sacrifices ; le fruit de l'intérêt que tu as porté à mes études. En témoignage de ma reconnaissance et de mon affection, je ne trouverai jamais assez de mots pour t'exprimer toute ma tendresse et tout mon amour.

- **A la famille Soumaré**: Goumbou, Nara, Bamako, merci pour tout ce que vous avez fait pour moi.

- **A la famille Diallo** : Nara, Goumbou, Bamako

- **A la famille Gakou** : Goumbou, Nara, Bamako.

- **A la famille Bah** : Nara, Bamako.

- **A la famille Dembélé** : Bamako, Kita.

Merci pour vos soutiens moraux et matériels pendant mes études à la faculté.

- **A mes tantes, oncles, belles sœurs :** Merci pour vos multiples encouragements, soutiens et bénédictions.

J'aurai voulu partager ce moment avec mon homonyme feu **Aminata Diallo**, mais Dieu en a décidé autrement. Tu peux être sûre que tes bénédictions m'ont été utiles. Merci tante que la terre te soit légère.

- **A mes frères et sœurs :** **Sambou Soumaré, Mahamadou Soumaré, Djibril Soumaré, Modibo Soumaré, Noumou Soumaré, Youmary Soumaré, Mamoutou Soumaré, Ibrahima Soumaré, Mohamed Soumaré, Ismaïl Soumaré, Hamou Soumaré, Wandé Soumaré, Binta Soumaré, Niagalé Soumaré PAIX à son âme, Oumou Soumaré, Assa Soumaré, Hawa Soumaré et Sokona Soumaré.**

Je souhaite que Dieu nous donne longue vie pour pouvoir encore partager plein de bonheur ensemble, merci pour tout.

- **A mes cousins et cousines**

Je ne citerai pas de noms pour ne pas en oublier, je vous remercie tous de m'avoir aidé, soutenue et encouragé.

- **A mes amis (es) :**

Djena Maiga, feu **Korotoum Kéita** paix à son âme, **Madame Soumaré Salimata Baro, Mariam Diakité, Diami Fané, Oumar A Dolo.**

Merci pour votre concours pendant les moments difficiles.

- **A mes collègues de promotion :** merci pour la qualité de vos collaborations, vos soutiens moraux. Votre courtoisie me laisse un bon souvenir à la faculté.

Trouvez ici mes profonds respects et mes remerciements sincères.

- **A tous les étudiants en fin de cycle du service de chirurgie, orthopédique et traumatologique du CHU Gabriel Touré** principalement à mon équipe de garde, merci à vous tous pour votre bonne collaboration pendant ces quelques années.

- **A Dr Bamadio Salah** pour son soutien intellectuel durant la préparation de ma thèse.

- **Aux Dr Adama Sangaré et Pr Tiéman Coulibaly**, merci d'avoir participé à ma formation et à l'amélioration de ce travail, soyez certains de ma gratitude et de ma reconnaissance.

- **A tout le personnel du service de traumatologie du CHU Gabriel Touré.**
- **A tout le personnel du lycée Ibrahima Ly.**
- **A tous ceux qui liront cette thèse** dans le but d'une documentation sur les luxations des doigts.
- **A tous les malades qui ont fait l'objet de cette étude** pour leur disponibilité.

HOMMAGES AUX HONORABLES MEMBRES DU JURY

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY :

PROFESSEUR ALHOUSSEINI AG MOHAMED

- ❖ Professeur titulaire d'ORL et de Chirurgie Cervico-Faciale ;
- ❖ Président de l'Ordre National des Médecins du Mali ;
- ❖ Président de la Conférence Francophone des Ordres des Médecins ;
- ❖ Président de la Société Malienne d'ORL et Chirurgie Cervico-Faciale ;
- ❖ Membre fondateur de la Société d'ORL d'Afrique Francophone et de la Société Panafricaine ;
- ❖ Ancien vice Doyen de la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie de Bamako ;
- ❖ Chef de Service d'ORL du CHU Gabriel Touré ;
- ❖ Chevalier de l'Ordre National du Mali ;
- ❖ Membre du Conseil Economique social et Culturel ;
- ❖ Chevalier de l'Ordre National du Sénégal.

Cher maître,

La spontanéité avec laquelle vous avez accepté de présider ce jury malgré vos multiples occupations prouve votre générosité et votre modestie.

Votre grande pédagogie à transmettre vos connaissances, vos qualités humaines et votre sens du respect pour votre prochain font de vous un Maître admirable.

Recevez, ici cher maître l'expression de notre reconnaissance.

A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY :

DR ABDOUL KADRI MOUSSA

- ❖ Diplômé du Certificat d'Etudes Spécialisées en Chirurgie à la FMPOS ;
- ❖ Praticien Hospitalo-Universitaire au service de Chirurgie Orthopédique et de Traumatologique du CHU Gabriel Touré.

Cher maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de juger ce travail.

Nous sommes émerveillés par votre simplicité, vos compétences scientifiques, vos qualités humaines, et l'amour du métier.

Soyez assuré de notre profonde reconnaissance.

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE :

DOCTEUR IBRAHIM ALWATA

- ❖ Chirurgien orthopédiste et traumatologue au CHU Gabriel Touré;
- ❖ Maître assistant à la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie;
- ❖ Ancien interne de Tours (France) ;
- ❖ Membre de la Société Malienne de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique SOMACOT ;
- ❖ Membre du comité scientifique de la revue ‘’ Mali Médical’ ;
- ❖ Membre du bureau de l'Ordre National des Médecins du Mali.

Cher maître,

Nous sommes heureux que vous ayez accepté de Codiriger ce travail qui n'est autre que le vôtre.

Nous avons été émerveillés par votre simplicité et votre estime pour l'être humain.

Nous avons admiré vos qualités scientifiques et pédagogiques aussi bien en classe que tout au long de cette thèse.

Durant ce travail, nous n'avons en aucun moment manqué de votre disponibilité. Veuillez trouver ici cher maître l'expression de notre reconnaissance et de notre profonde gratitude.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE :

PROFESSEUR ABDOU ALASSANE TOURE

- ❖ Professeur titulaire de chirurgie orthopédique et traumatologique;
- ❖ Chef de service de chirurgie orthopédique et traumatologique du CHU Gabriel Touré;
- ❖ Directeur général de l'Institut National de Formation en Sciences de la Santé (INFSS);
- ❖ Ancien chef de DER de chirurgie de la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto- stomatologie ;
- ❖ Président de la Société Malienne de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique;
- ❖ Chevalier de l'ordre national du Mali.

Cher maître,

Vous nous avez fait un grand honneur en nous acceptant dans votre service et en nous confiant ce travail, nous espérons avoir été digne et à la hauteur de cette confiance.

Votre courage, votre amour pour le travail bien fait, votre disponibilité et votre sens social élevé font de vous un Maître admirable et un exemple.

Permettez-nous cher maître de vous en remercier, tout en vous rassurant que nous ferons bon usage de tout ce que nous avons appris à vos côtés.

LISTE DES ABBREVIATIONS

AVP: Accident de la Voie Publique

CBV : Coups et blessures volontaires

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

EMC : Encyclopédie Médico-Chirurgicale

HGT : Hôpital Gabriel Touré

IPD : Inter Phalangienne Distale

IPP : Inter Phalangienne Proximale

IRM : Imagerie par Résonance Magnétique

MP : Métacarpo- phalangienne

SOFCOT : Société Française de Chirurgie Orthopédique et de Traumatologie

SOMACOT : Société Malienne de chirurgie orthopédique et de traumatologie

SOTCOT : Société Tunisienne de Chirurgie Orthopédique et de Traumatologie.

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION ET OBJECTIFS- - - - -	1
II. GENERALITES- - - - -	4
1. Rappel anatomique de la main - - - - -	5
1.1. Les faces de la main : - - - - -	5
1.2. Les doigts - - - - -	5
1.3. Les os de la main : - - - - -	5
1.4. Les articulations de la main : - - - - -	8
1.5. Les muscles de la main : - - - - -	11
1.6. Les tendons de la main : - - - - -	14
1.7. Les vaisseaux de la main : - - - - -	18
1.8. Les nerfs des doigts : - - - - -	18
1.9. Les mouvements de la main : - - - - -	20
2. Luxation des doigts : - - - - -	21
2.1. Etiologies : - - - - -	21
2.2. Mécanisme : - - - - -	21
2.3. Classification : - - - - -	21
2.4. Etude anatomo-clinique : - - - - -	26
2.5. Les lésions associées : - - - - -	26
2.6. Diagnostic : - - - - -	26
2.7. Les examens complémentaires : - - - - -	27
2.8. Traitement des luxations des doigts :- - - - -	27
III. NOTRE ETUDE : - - - - -	30
1. Matériels et méthode : - - - - -	31
2. Résultats : - - - - -	35
3. Commentaires et discussions : - - - - -	48
IV. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS : - - - - -	52
V. BIBLIOGRAPHIE ET ANNEXES : - - - - -	55

I. INTRODUCTION ET OBJECTIFS

1- INTRODUCTION

Une luxation est un déplacement permanent des surfaces articulaires d'une articulation.

Quand ce déplacement est total, il s'agit d'une luxation complète, quand il est partiel on parle de subluxation [9].

La situation de la partie distale par rapport à la partie proximale du membre permet de la caractériser [15].

Les luxations des doigts : on distingue :

- la luxation métacarpophalangienne : c'est un déplacement permanent de la tête du métacarpien par rapport à la cavité glénoïde de la phalange correspondante ;
- la luxation interphalangienne proximale : c'est un déplacement permanent de la tête de la phalange proximale par rapport à la cavité glénoïde de la phalange moyenne correspondante ;
- la luxation interphalangienne distale : c'est un déplacement permanent de la tête de la phalange moyenne par rapport à la cavité glénoïde de la phalange distale correspondante.

La main est l'organe réel de la préhension ; elle y est bien adaptée par ses articulations multiples, et son appareil musculaire complexe dont le pouce, pourvu chez l'être humain d'une « brillante individualité », joue un rôle particulièrement important [1].

En effet c'est la main qui fait de l'artisan ou de l'ouvrier ce qu'il est et par là même lui assure sa subsistance, c'est la main qui fait l'œuvre de l'inventaire.

La main se termine par cinq appendices indépendants constituant les doigts [10].

Les luxations des doigts touchent toutes les tranches d'âge et peuvent survenir aussi bien chez l'homme que chez la femme.

Au Mali peu d'études ont été faites sur les luxations des doigts. Par contre plusieurs études sur les luxations des doigts ont été effectuées dans les pays tels que :

La France [2, 12, 22,24], la Tunisie [26].

Actuellement avec la modernisation de la vie, les luxations des doigts se rencontrent de plus en plus fréquemment avec souvent des séquelles invalidantes. De ce fait il devient intéressant de mener une étude sur les luxations des doigts observées dans le service de chirurgie orthopédique et de traumatologie du CHU Gabriel Touré.

2- OBJECTIFS

Objectif général :

- étudier les luxations des doigts dans le service de chirurgie orthopédique et traumatologie du CHU Gabriel Touré.

Objectifs spécifiques :

- déterminer les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des luxations des doigts ;
- évaluer les résultats du traitement des luxations des doigts ;
- proposer des recommandations pour une meilleure prise en charge des luxations des doigts.

II. GENERALITES

1- Rappel anatomique de la main :

La main est un organe hautement différencié de la préhension et du tact. Elle termine le membre supérieur.

La main se termine par 5 doigts. On lui décrit :

1.1- Les faces de la main :

1.1.1- La face antérieure de la main ou paume présente 3 saillies qui déterminent un creux, il s'agit de :

- **l'éminence thénar** qui occupe le côté supéro-externe de la région palmaire. Elle est formée par les muscles qui se rendent au pouce ;

- **l'éminence hypothénar** qui occupe la partie supéro-interne de la région palmaire. Elle est formée par les muscles qui se rendent au petit doigt.

Le bourrelet digito-palmaire qui occupe la partie inférieure de la paume.

1.1.2- La face dorsale de la main est sillonnée de veines. On perçoit à travers sa peau les saillies verticales des métacarpiens recouverts des tendons extenseurs et les sillons verticaux correspondant aux espaces interosseux.

1.2- Les doigts : sont au nombre de 5. On leur donne les noms en allant du bord radial au bord cubital : le 1^{er} doigt est le pouce, le 2^{ème} doigt est l'index, le 3^{ème} doigt est le médus, le 4^{ème} doigt est l'annulaire, et le 5^{ème} doigt est l'auriculaire. Chaque doigt porte un ongle sur la partie terminale de sa face dorsale [27].

1.3- Les os de la main : [1, 5, 21,27] (fg n°1) la main comprend 27 os disposés en trois segments : le carpe, le métacarpe, et les phalanges ainsi que les os sésamoïdes.

1.3.1- Le carpe :

Il constitue le squelette du poignet, et est formé de huit os courts disposés sur deux rangées : (fg n°1)

- l'une supérieure comprenant quatre os : le scaphoïde, le semi-lunaire, le pyramidal, le pisiforme ;

- l'autre inférieure comprenant quatre os aussi : le trapèze, le trapézoïde, le grand os qui est le plus volumineux des os du carpe, et l'os crochu.

Dans l'ensemble, ces os forment une gouttière à concavité antérieure où glissent les tendons fléchisseurs des doigts. Chaque os présente six faces.

Une face antérieure, une face postérieure ; ces deux sont rugueuses et

correspondent aux faces palmaire et dorsale de la main.

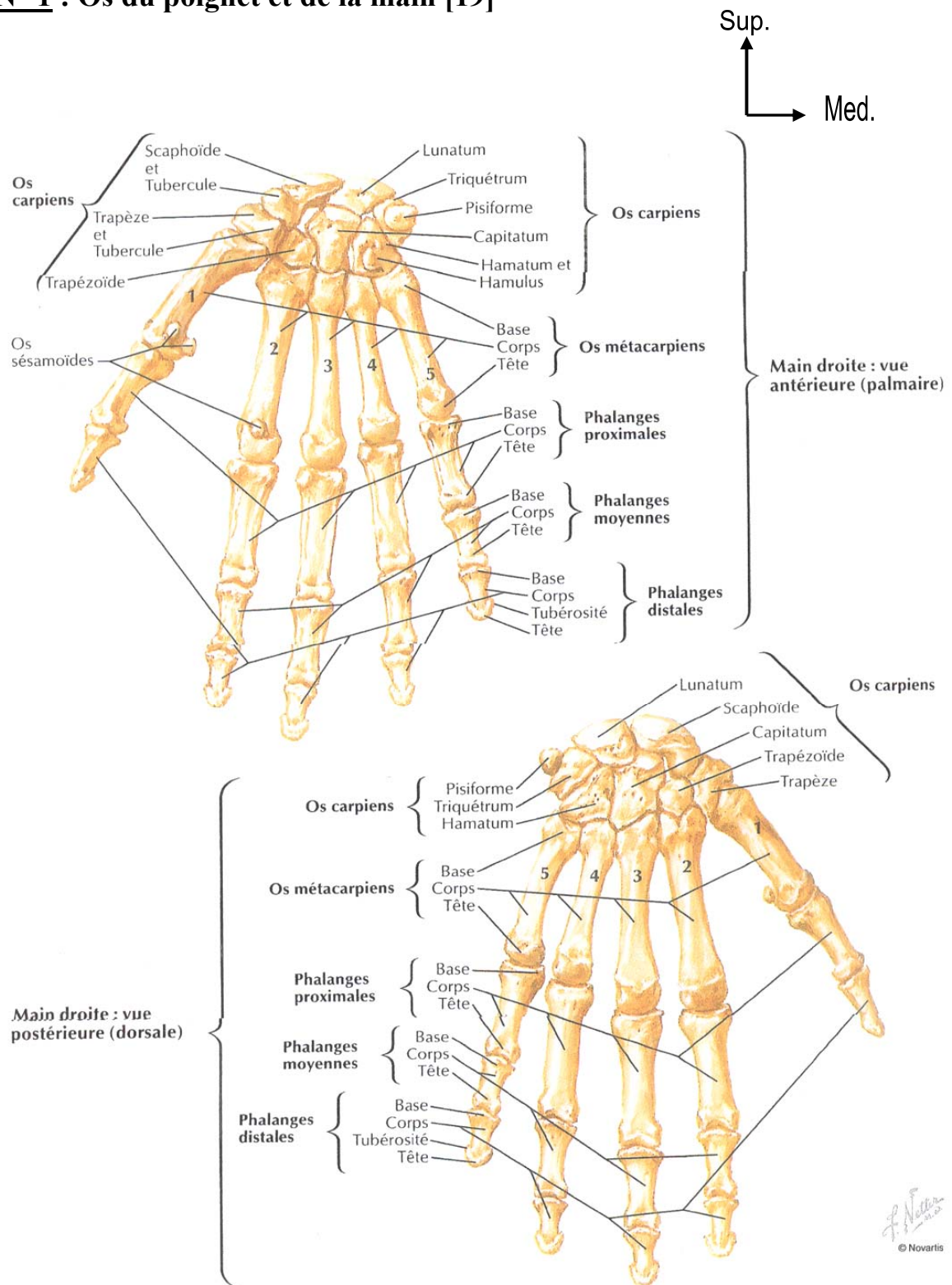
Une face supérieure, une face inférieure, deux faces latérales, celles-ci sont articulaires, à l'exception des faces latérales extrêmes des os placés aux extrémités des deux rangées.

Les os du carpe forment une arche de pont fortement creusée en avant et fermée par le ligament annulaire du carpe qui se fixe sur les os périphériques, ainsi est constitué le massif carpien où s'engagent les tendons fléchisseurs des doigts, le grand palmar et le nerf médian.

DEVELOPPEMENT : [27]

Les points d'ossification enchondrale apparaissent tous après la naissance : pendant la première année (le plus souvent au cours du troisième mois) pour le grand os et l'os crochu et au cours des deuxième et troisième années pour le pyramidal. Chez les filles, le point pyramidal apparaît au début de la deuxième année alors que chez les garçons il apparaît au plus tôt après le trentième mois. Le point d'ossification du semi-lunaire apparaît entre la troisième et la sixième année, ceux du scaphoïde entre la quatrième et la sixième année. Le pisiforme se forme entre la huitième et la douzième année.

Fig. N° 1 : Os du poignet et de la main [19]



1.3.2- Le métacarpe :

Il fait suite au carpe et est constitué par cinq os formant le squelette de la paume de la main, ces os limitent entre eux des espaces interosseux ; on les désigne en allant de dehors en dedans sous le nom de : premier métacarpien (M1), deuxième métacarpien (M2), troisième métacarpien (M3), quatrième métacarpien (M4), cinquième métacarpien (M5).

En dehors de ces caractères, chaque métacarpien est constitué de trois parties : une extrémité supérieure ou base avec une face supérieure articulaire, un corps, une extrémité inférieure articulaire.

DEVELOPPEMENT :[27].

Aussi bien pour les métacarpiens que pour les phalanges, il n'apparaît qu'un seul point d'ossification (périchondrale) de la diaphyse (au troisième mois de la vie intra-utérine). Dans les métacarpiens, les points épiphysaires apparaissent à l'extrémité inférieure au cours de la deuxième année, sauf le premier métacarpien où un tel point apparaît à l'extrémité supérieure dans les deuxième troisième années. Les points d'ossifications épiphysaires de toutes les phalanges sont uniquement proximaux.

1.3.3- Les Phalanges :

Elles constituent le squelette des doigts. Le pouce possède deux phalanges et les autres doigts possèdent trois phalanges [1]. On les désigne sous le nom de première phalange (P1), deuxième phalange (P2), et troisième phalange (P3) en allant du métacarpe à l'extrémité des doigts.

1.3.4- Les os sésamoïdes :

Ce sont des petits os en forme de grains de sésame, situés dans l'épaisseur de certains tendons ou au voisinage de certaines articulations de la main et du pied. Parmi les sésamoïdes de la main, deux sont constants et siègent sur la face palmaire de l'articulation métacarpophalangienne du pouce. Ces différents os sont reliés les uns aux autres par l'intermédiaire des articulations.

1.4- Les articulations de la main : [5, 10, 21].

Il existe 5 groupes d'articulations : carpiennes ; carpo-métacarpiennes ; inter-métacarpiennes; métacarpophalangiennes et interphalangiennes.

1.4.1- Les articulations carpiennes :

- **les articulations des os de la première rangée entre eux :**

Comprennent deux articulations :

- **l'articulation des trois os du condyle carpien :**

Dont les surfaces articulaires sont constituées par la face interne du scaphoïde, la

face externe du semi-lunaire et la face externe du pyramidal. Ce sont les

arthrodies. Leurs moyens d'union sont les ligaments interosseux, les ligaments palmaires et dorsaux, le ligament scapho-pyramidal qui s'étend de la face postérieure du scaphoïde à la face postérieure du pyramidal en croisant le semi-lunaire et la partie supérieure du grand os. Les synoviales dépendent de celle de l'articulation médio-carpienne.

- l'articulation piso-pyramidale : est une articulation condylienne.

Les surfaces articulaires de l'articulation piso-pyramidale sont constituées par la face antérieure pyramidale et la face postérieure du pisiforme. Les moyens d'union comportent une capsule articulaire et deux sortes de ligaments, les uns minces renforçant les parties latérales de la capsule et les autres placés à distance de la capsule : le ligament supérieur dépendant du ligament latéral interne, le ligament inféro-externe ou pisi-unciforme, le ligament inféro-interne ou pisi-cinquième métacarpien. La synoviale est isolée et communique avec la synoviale radio carpienne (fig n°1).

- **les articulations des os de la deuxième rangée:**

Elles sont au nombre de trois, ce sont des arthrodies. Les surfaces articulaires sont constituées par la face interne du trapèze, les faces interne et externe du trapézoïde et du grand os, la face externe de l'os crochu. Les moyens d'union sont les ligaments interosseux, les ligaments palmaires et dorsaux qui s'étendent transversalement. La synoviale est un prolongement de la medio carpienne.

- l'articulation medio carpienne_:

Elle réunit les trois os du condyle carpien et les quatre os de la deuxième rangée du carpe, c'est un double condyle inversé.

Les moyens d'union sont : une capsule, s'insérant au pourtour de l'articulation, les ligaments palmaires (face antérieure du grand os au scaphoïde et le pyramidal), le ligament dorsal ou ligament pyramido-trapèzo-trapèzienne, le ligament latéral interne qui s'étend du pyramidal à l'apophyse unciforme de l'os crochu, le ligament latéral externe qui va du tubercule scaphoïdien à la face externe du trapèze. La synoviale tapisse la capsule et émet en haut et en bas des prolongements.

1.4.2- Les articulations carpo-métacarpiennes :

Sont au nombre de deux : celle du pouce et celle des quatre derniers métacarpiens.

▪ **L'articulation carpo-métacarpien du pouce :**

C'est une articulation par emboîtement réciproque, les surfaces articulaires sont inversement conformées et constituées par la facette inférieure du trapèze et celle de la première phalange. Les moyens d'union sont constitués par la capsule et plusieurs faisceaux ligamentaires dont le plus important est le ligament postéro-interne qui croise l'articulation obliquement de haut en bas et d'arrière en avant.

▪ **L'articulation carpo-métacarpienne des quatre derniers métacarpiens :**

Est constituée d'une série d'arthrodies formant dans l'ensemble une articulation très complexe par emboîtement réciproque. Les surfaces articulaires sont constituées par les facettes inférieures concaves du trapèze, du trapézoïde et du grand os, la base du troisième métacarpien, la partie inférieure de l'os crochu s'articule avec le reste des quatrième et cinquième métacarpiens. Il existe une capsule commune mince renforcée par les ligaments palmaires au nombre de sept, les ligaments dorsaux au nombre de cinq, et les ligaments interosseux.

1.4.3- Les articulations intermétacarpiennes :

Elles concernent les extrémités supérieures des quatre derniers métacarpiens (face interne du deuxième métacarpien les faces interne et externe du cinquième métacarpien). Les ligaments interosseux palmaires et dorsaux constituent avec une capsule les moyens d'union.

1.4.4- Les articulations métacarpophalangiennes :

- **les articulations des quatre derniers doigts :** leur surfaces articulaires sont constituées par la tête du métacarpien et la cavité glénoïde de la phalange correspondante, ce sont des arthrodies comprenant une capsule très lâche renforcée de ligaments latéraux, le ligament transverse, l'inter métacarpien palmaire unit les faces antérieures de chaque articulation.

- **L'articulation métacarpophalangienne du pouce :**

Présente la même disposition générale que les précédentes mais a des particularités. La surface articulaire du premier métacarpien est plus large en avant qu'en arrière et comprend un champ phalangien pour la cavité glénoïde de la phalange et un champ sésamoïdien qui répond au fibrocartilage glénoïde renfermant dans son épaisseur 2 os sésamoïdes.

1.4.5- Les articulations interphalangiennes :

Sont des articulations trochléennes, elles sont au nombre de deux pour chaque doigt sauf le pouce. L'extrémité inférieure de la phalange proximale a la forme d'une poulie et l'extrémité supérieure de la phalange placée au dessous de l'interligne présente une crête médiane mousse et de chaque côté une cavité glénoïde ; le fibrocartilage glénoïde agrandit la surface articulaire inférieure moins étendue dans le sens antéropostérieur, la capsule, les ligaments ont les mêmes caractéristiques que l'articulation métacarpophalangienne.

Cette chaîne ostéoarticulaire est mise en mouvement par les muscles et les tendons.

1.5- Les muscles de la main [5,21] : se répartissent en trois groupes: moyen, externe, et interne, situés dans quatre loges (hypothénarienne, thenarienne, palmaire moyenne et palmaire profonde).

- ✓ **Le groupe externe ou muscles de l'éminence thénar** : sont au nombre de quatre situés à la partie externe de la main et annexés au pouce. Ils sont superposés de la superficie vers la profondeur dans l'ordre suivant : le court abducteur du pouce qui porte le pouce en avant et en haut, l'opposant du pouce qui porte en avant et en dedans le premier métacarpien et l'oppose aux doigts ; le court fléchisseur du pouce qui porte le pouce en dedans et en avant, l'adducteur du pouce qui porte le pouce en avant et en dedans.

- ✓ **Le groupe moyen** : est constitué par les muscles lombricaux et les muscles interosseux :

- **Les muscles lombricaux** : sont au nombre de quatre et surtout annexés aux tendons fléchisseurs profonds. Le premier et le deuxième lombrical naissent du bord externe du premier et du deuxième tendon fléchisseur, le troisième et le quatrième lombrical naissent des bords des deuxième, troisième et quatrième tendons fléchisseurs entre lesquels ils sont placés. Ils sont fléchisseurs de la première phalange et extenseur des deuxième et troisième phalanges ; constituent les muscles de la loge palmaire profonde (fig n°3).

- **Les muscles interosseux** : occupent les espaces inter métacarpiens et constituent les muscles de la loge palmaire moyenne.

D'après leur situation on distingue les interosseux palmaires et les interosseux dorsaux.

- * **Les interosseux dorsaux** sont courts, prismatiques, triangulaires et au nombre de quatre on les désigne sous le nom de premier, deuxième, troisième et quatrième interosseux dorsal en allant du pouce au petit doigt, ils écartent les doigts.

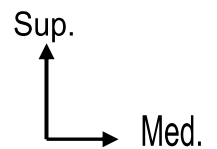
- * **Les interosseux palmaires** sont également au nombre de quatre mais sont plus petits que les interosseux dorsaux. Le premier interosseux

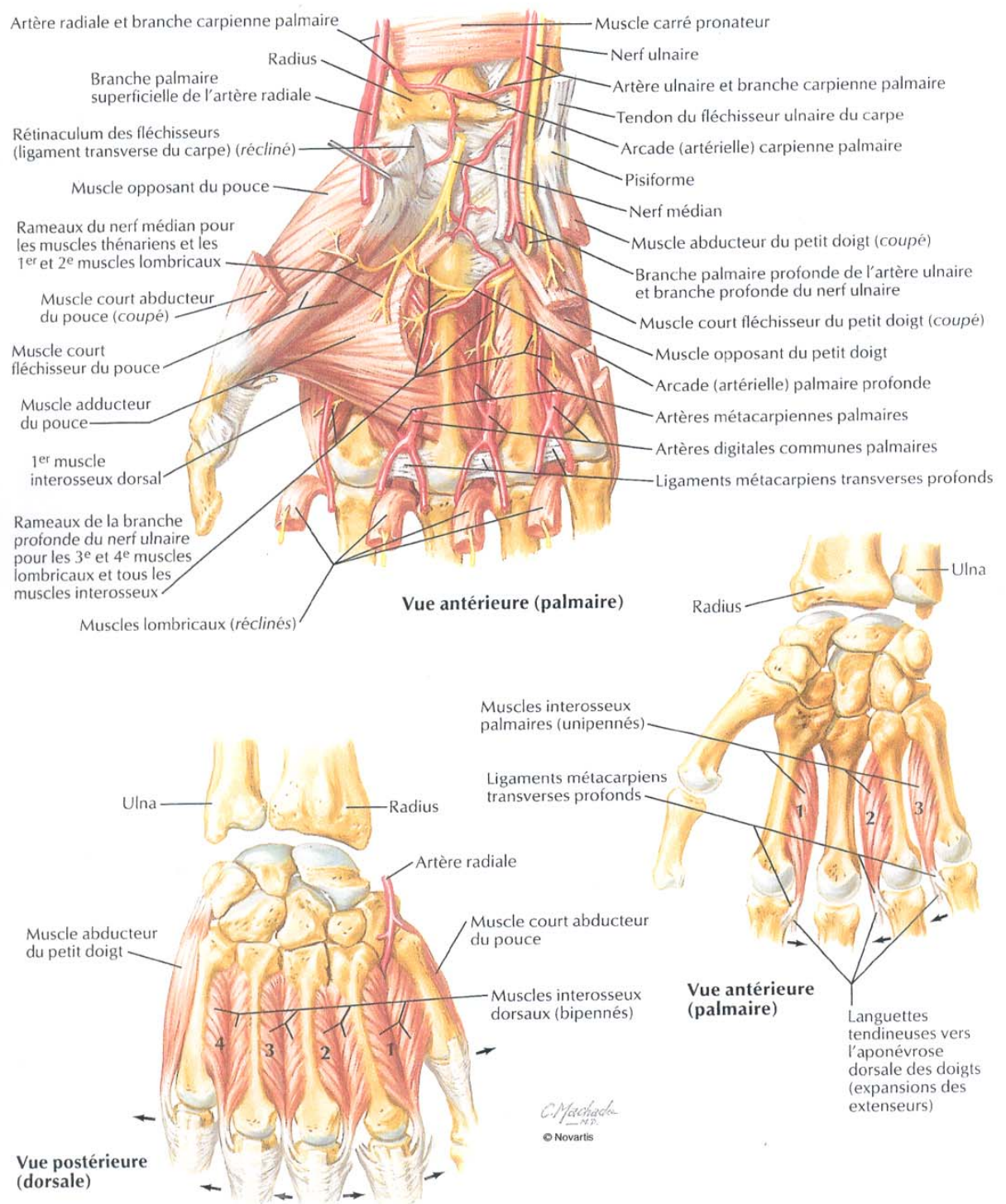
a une insertion plus complexe il naît de la partie supérieure du premier métacarpien, de l'extrémité supérieure du deuxième métacarpien, d'une arcade fibreuse qui s'étend de la base du premier métacarpien au trapèze ; les interosseux palmaires rapprochent les doigts.

✓ **Le groupe interne ou muscles de l'éminence hypothénar :**

Sont au nombre de quatre. On désigne de la surface vers la profondeur, le palmaire cutané qui plisse la peau de l'éminence hypothénar, l'adducteur de l'auriculaire porte le cinquième doigt en dedans et en avant, le court fléchisseur de l'auriculaire est fléchisseur du petit doigt, l'opposant de l'auriculaire porte le petit doigt en avant et en dehors et l'oppose au pouce.

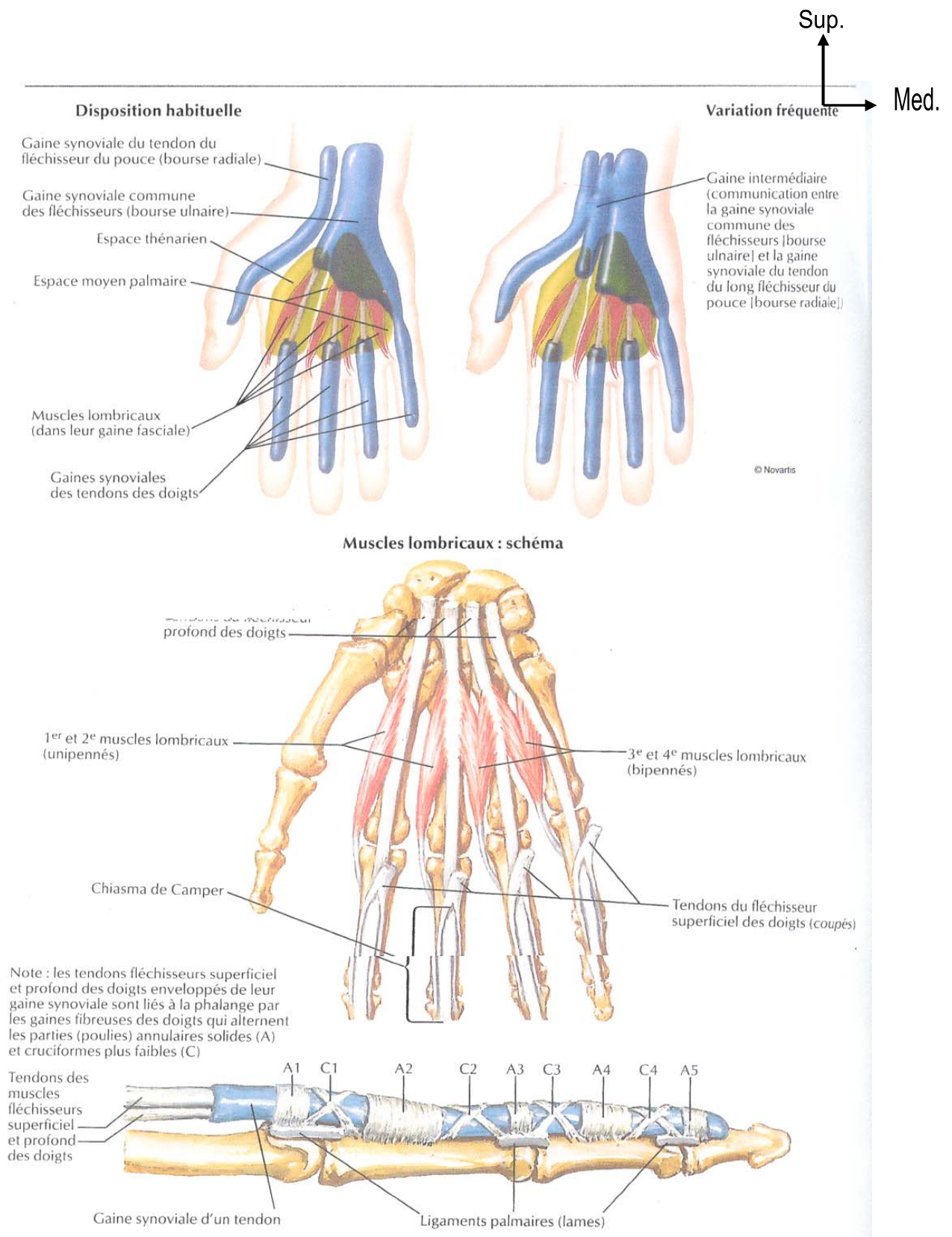
Fig. N°2 : Muscles intrinsèques de la main [19]





Note : les flèches indiquent l'action des muscles

Fig. N°3: Muscles lombricaux, bourses, gaines et espaces [19]



1.6- Les tendons de la main [1,5].

1.6.1- Les tendons fléchisseurs :

L'appareil tendineux fléchisseur des doigts comprend neuf tendons dont les corps musculaires sont situés à l'avant-bras. Le pouce possède un seul tendon (le long fléchisseur du pouce) qui s'insère sur la base de la deuxième phalange. Chaque doigt possède deux tendons fléchisseurs : le fléchisseur superficiel qui s'insère sur la base de la deuxième phalange et fléchit l'articulation interphalagienne proximale ; le tendon fléchisseur profond s'insère sur la base de la troisième phalange, il fléchit l'articulation interphalangienne distale.

La particularité de l'appareil fléchisseur des doigts repose sur l'existence du canal digital, c'est une gaine fibreuse inextensible qui s'étend du col du métacarpien jusqu'à la phalange distale. Cette gaine est tapissée intérieurement d'un feuillet synovial qui assure la nutrition et le glissement des tendons, elle présente des renforts fibreux ou poulies ayant un rôle capital dans l'efficacité mécanique des tendons lors de l'enroulement des doigts. La vascularisation est assurée par les vaisseaux musculaires sur le trois à quatre premiers centimètres, des vaisseaux nourriciers directs et une gaine au-delà des vaisseaux tendinopériostés sur les deux derniers centimètres. Au niveau du canal digital les vaisseaux sont appelés vinculum, ils réalisent un véritable méso filiforme comprenant un vinculum court et un vinculum long pour chaque tendon.

1.6.2- Les tendons extenseurs: se divisent en tendons extrinsèques et intrinsèques.

- **Les tendons extrinsèques** ont un corps musculaire situé au niveau de la loge postérieure de l'avant-bras (muscle extenseur commun des doigts, muscle extenseur propre du cinquième doigt, muscle long extenseur du pouce, muscle court extenseur du pouce).

- **Les tendons intrinsèques** dont le corps musculaire est situé au niveau de la main (les muscles interosseux palmaires et dorsaux qui s'insèrent sur les métacarpiens, les muscles lombricaux s'insèrent sur les fléchisseurs profonds des doigts longs).

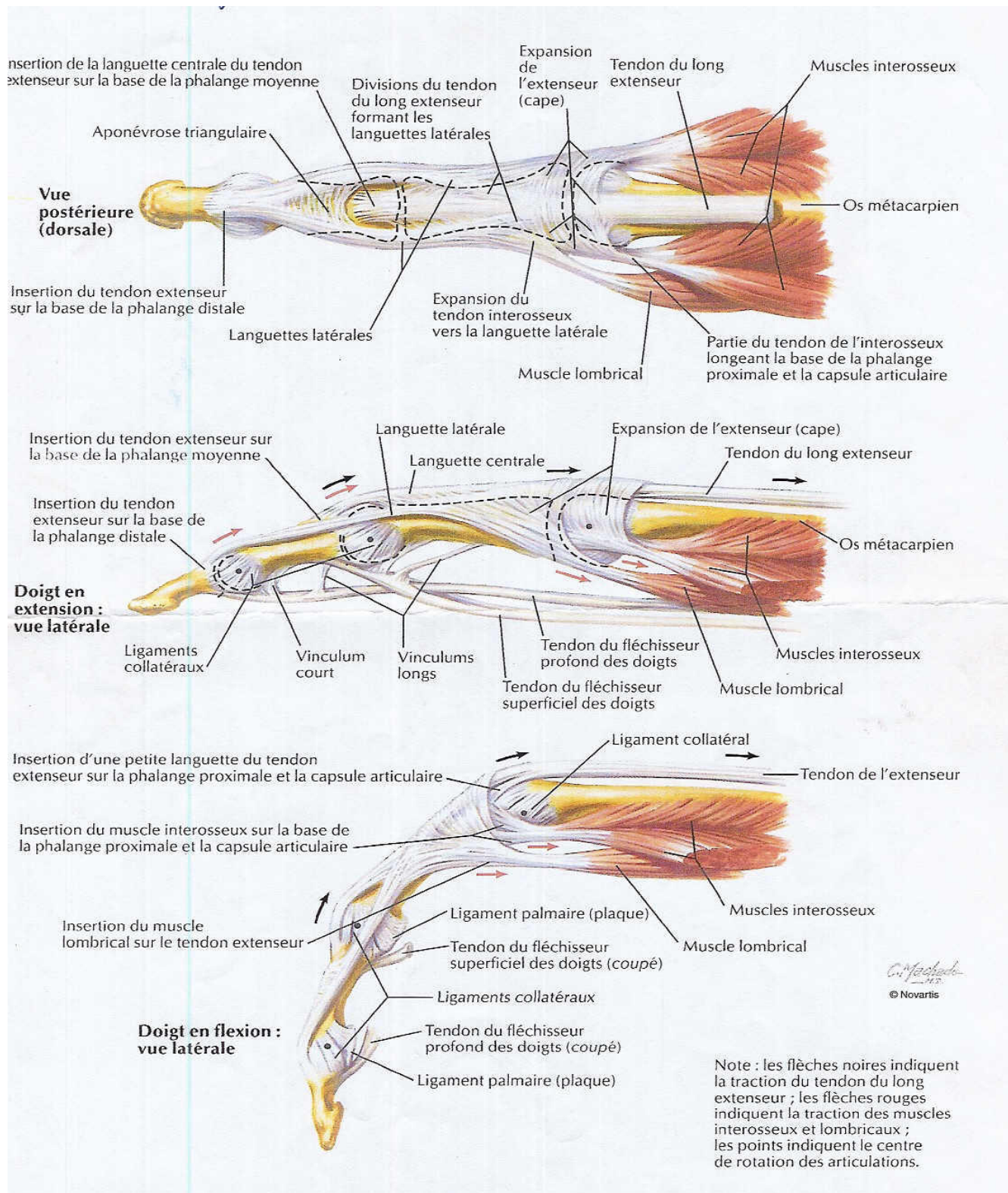
Les tendons extenseurs sont stabilisés au dos de la tête des métacarpiens grâce aux bandelettes sagittales qui se fixent sur les ligaments inter métacarpiens. L'appareil extenseur se divise en trois bandelettes (fig. n°4) :

- une bandelette médiane au niveau de la base de la deuxième phalange.
- deux bandelettes latérales qui se rejoignent à la deuxième phalange.
- une bandelette terminale au niveau de la base de la troisième phalange.

Les tendons extrinsèques à l'exclusion des extenseurs propres du deuxième et

du cinquième doigt reliés entre eux à la face dorsale des métacarpiens par des bandelettes tendineuses appelées junctura tendineuse interviennent dans l'exaction de la synchronisation des tendons extenseurs. Les ligaments retinaculaires font partie intégrante de l'appareil extenseur, relient les formations palmaires (gaine des tendons fléchisseurs à l'appareil extenseur).

Fig. N°4: Tendons des fléchisseurs et extenseurs des doigts [19]



1.7- Les vaisseaux de la main [1 ; 21] :

1.7.1- Les artères : sont constituées par l'arcade palmaire et dorsale du carpe.

L'arcade palmaire se divise en :

- **l'arcade palmaire profonde** : par l'intermédiaire de la première interosseuse palmaire, fournit les deux collatérales du pouce, et la collatérale externe de l'indexe.

- **l'arcade palmaire superficielle** ; par l'intermédiaire des quatre artères digitales, fournit la collatérale interne de l'indexe et les collatérales du médus, de l'annulaire et du petit doigt. Le type habituel est ainsi R3 –C3 (région de la paume de la main).

Sur leur trajet, les collatérales vascularisent les faces antérieure et postérieure des doigts, par des rameaux transversaux qui s'anastomosent sur la ligne médiane. A la face antérieure de la troisième phalange, les collatérales internes et externes se réunissent sous forme d'une arcade à concavité supérieure, vascularisent richement la pulpe et la région sous-inguéale.

- **l'arcade dorsale du carpe** (entre la radiale et la cubitale) par l'intermédiaire des interosseuses postérieures, ne vascularise guère que la racine des doigts parfois, de véritables artères collatérales dorsales naissent, et descendent en arrière jusqu'à la troisième phalange (fig n°5).

1.7.2- Les veines [1,5] :

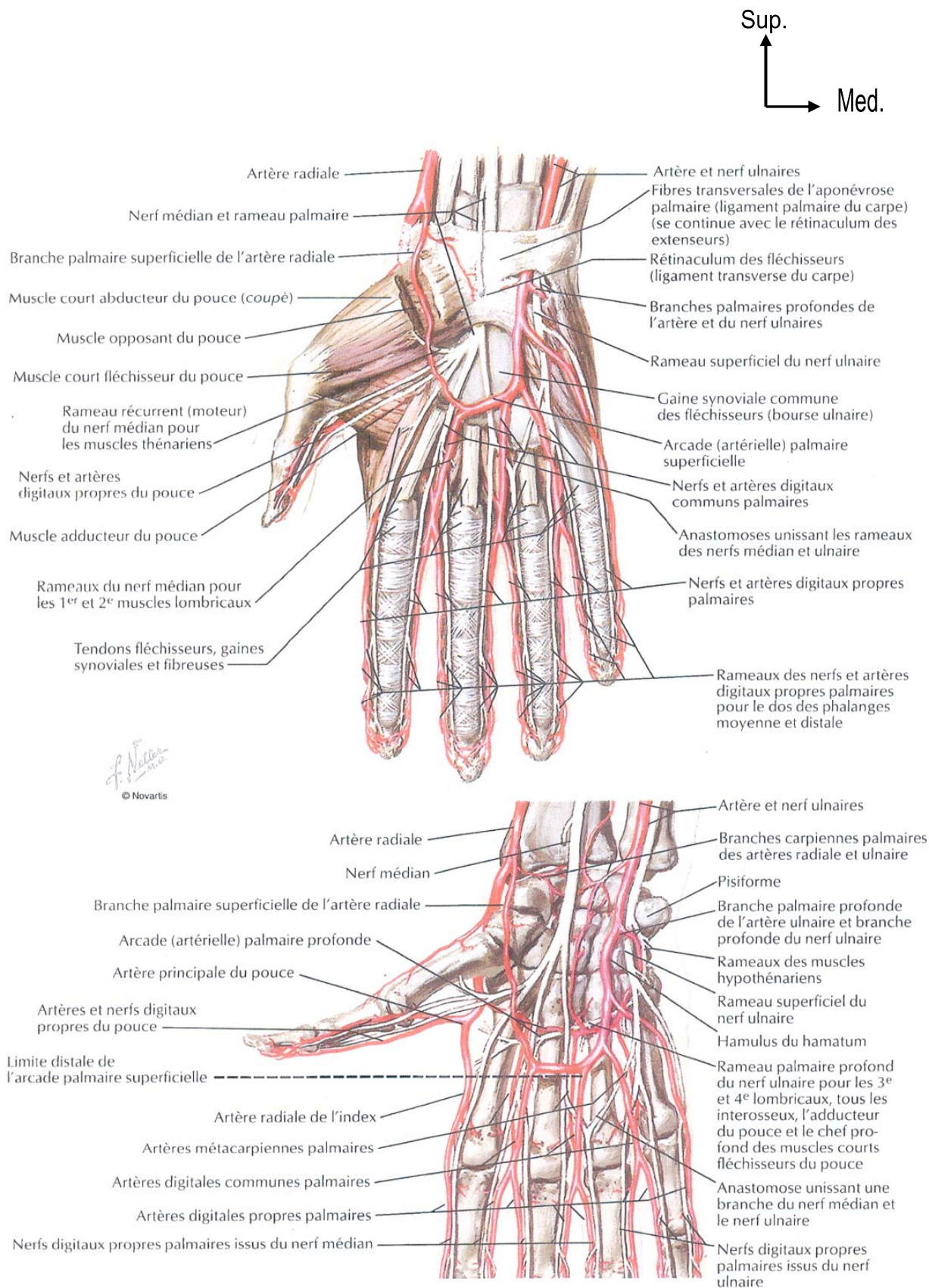
Plus développées sur la région postérieure des doigts, et relativement superficielles, remontent de chaque côté deux veines collatérales (externe et interne) depuis les bords latéraux de l'ongle. Des arcades veineuses plus ou moins plexi formes, les réunissent en arrière et en avant, plus denses en arrière qu'en avant.

Ces veines collatérales rejoignent les troncs ascendants sous-cutanés du dos de la main, plus particulièrement, les collatérales du pouce et la collatérale externe de l'indexe forment la veine céphalique du pouce (veina cephalica), et la collatérale interne du petit doigt forme la veine salvatell.

1.7.3- Les lymphatiques :

À partir d'un riche réseau, plus dense en avant, les lymphatiques se collectent de chaque côté des doigts sous la forme de troncs collatéraux externes, et deux troncs internes, qui suivent le trajet des veines, et rejoignent la région dorsale de la main [1].

Fig. N° 5 : Artères et nerfs de la main : vue palmaire [19]



1.8- Les nerfs des doigts [1] :

Chaque doigt reçoit quatre rameaux nerveux collatéraux, (deux palmaires et deux dorsaux) particulièrement importants du fait du rôle des doigts dans la sensibilité tactile.

1.8.1- Nerfs collatéraux palmaires: ou nerfs digitaux palmaires propres (nervi digitales palmaires proprii). Au nombre de dix, ils proviennent :

- **du nerf médian**, pour les sept premiers, du pouce à l'annulaire.
- **du nerf cubital**, pour les trois autres de l'annulaire au petit doigt.

Les collatéraux externes et internes longent latéralement les tendons fléchisseurs de chaque doigt, et se divisent au niveau de la troisième phalange en un filet pulpaire et un filet sous-unguéal.

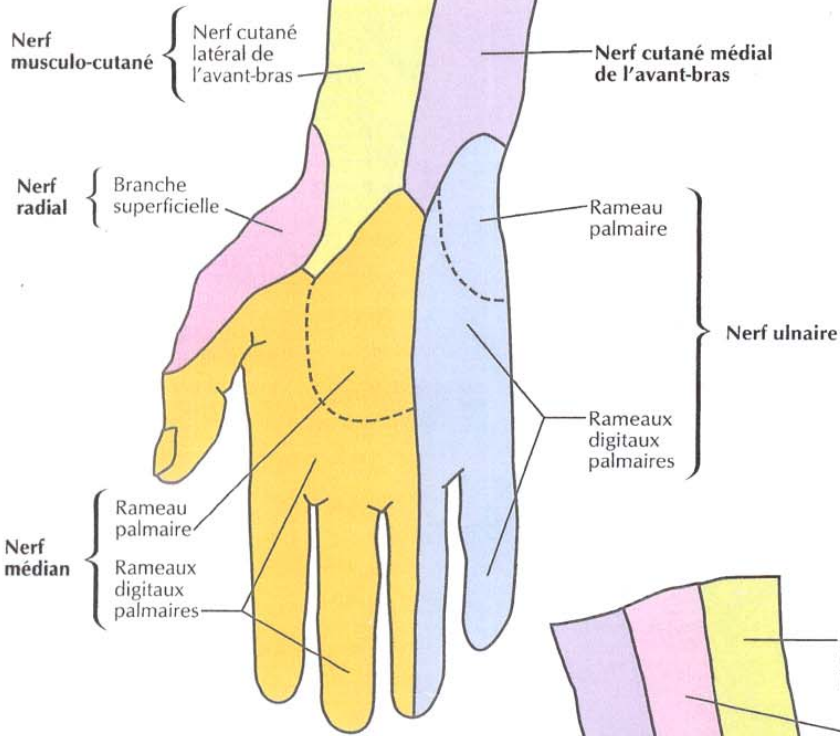
1.8.2- Nerfs collatéraux dorsaux ou nerfs digitaux dorsaux (nervi digitales dorsales) : également au nombre de dix, avec pour chaque doigt, un nerf externe et un nerf interne, ils proviennent d'une triple origine : le nerf radial, par la terminale moyenne de sa branche sensitive, donne les collatérales dorsales du pouce, innervé en totalité, et seulement externe et interne de l'index, et le collatéral du médius.

- **Le nerf Médian**, par des rameaux issus des collatéraux palmaires, innerve la face dorsale des deuxième et troisième phalanges : de l'index (bords externe et interne) ; du médius (bords externe et interne) ; de l'annulaire (seulement bord externe).
- **Le nerf cubital**, également à partir des collatérales palmaires, innerve : la première phalange du médius (seulement bord interne),
- **La première phalange** de l'annulaire (seulement bord externe), et donne les collatéraux dorsaux du quatrième espace : collatéral interne de l'annulaire ; collatéral externe du petit doigt ; collatéral interne du petit doigt (fig N°6).

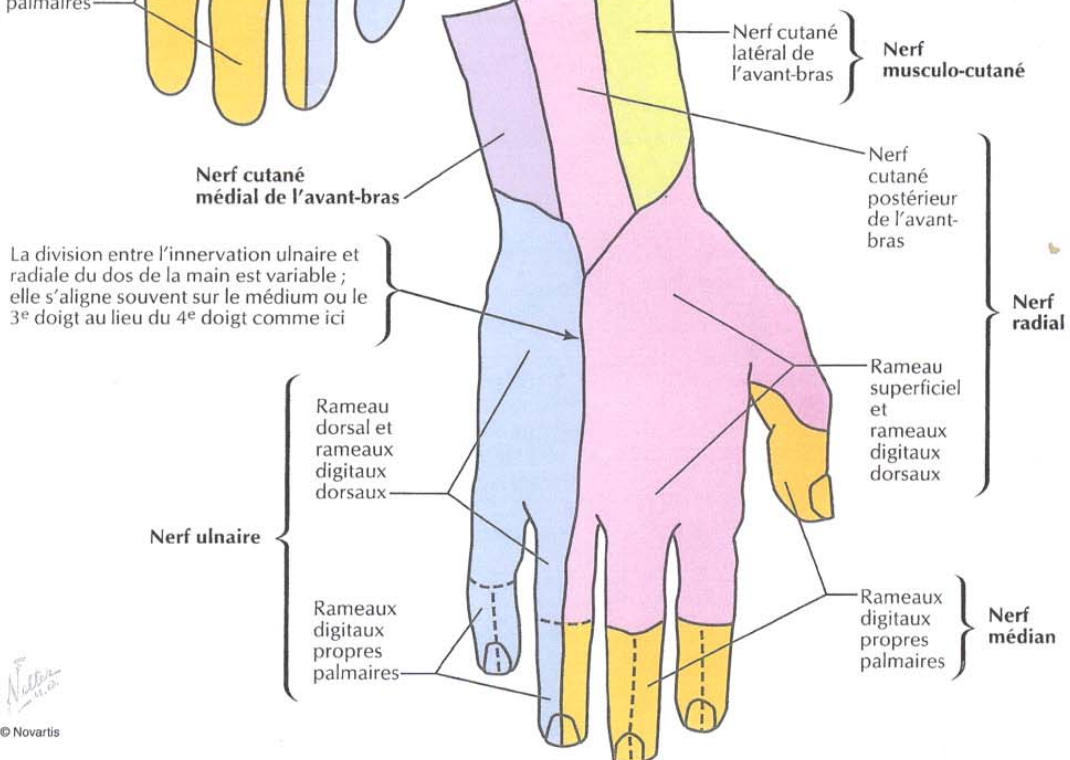
Fig. N° 6 : Innervation cutanée du poignet de la main [19]

Sup.
Med.

Vue antérieure (palmaire)



Vue postérieure (dorsale)



1.9- Les mouvements de la main [5 ; 6 ; 14]

1.9.1- Les mouvements du pouce:

Le pouce est mobilisé par trois articulations :

- **articulation trapézo- métacarpienne**: abduction 30° à 60°; adduction 30°;
- **articulation métacarpophalangienne**: flexion 40° et hyper extension de 40° à 60°;
- **articulation inter- phalangienne (IP)**: flexion 90° ; hyper-extension de 15°.

On peut décrire différents types de mouvements au niveau de la main :

- les mouvements d'opposition du pouce : ces mouvements peuvent être polici-digital, termino-terminal ou termino-latéral.
- les mouvements de préhension : ces mouvements peuvent être cylindriques ou sphériques.

1.9.2- Les mouvements des quatre derniers doigts:

Chacun de ces doigts est mobilisé par trois articulations au niveau desquelles se produisent des mouvements, ces articulations sont:

- **métacarpophalangienne (MP)**: flexion 90°, hyper extension 30° ;
- **inter phalangienne proximale** : IPP ; flexion 120°, extension 90°;
- **inter phalangienne distale** : IPD ; flexion 60°, extension 20°.

Les doigts peuvent effectuer des mouvements de flexion, d'extension écartement ou de rapprochement.

1.9.3- Les autres mouvements:

- les mouvements de préhension entre deux doigts;
- les mouvements de crochet effectués par quatre doigts.

2- LES LUXATION DES DOIGTS :

Les doigts sont exposés à des multiples traumatismes : professionnels, ménagers d'accidents de circulation, de sport.

Le taux annuel de ces lésions digitales est considérable même en cas de bénignité de certaines d'entre elles.

2.1- ETIOLOGIE :

Il s'agit essentiellement d'accident du travail, domestique, de sport, de la voie publique ou des coups et blessures volontaires.

2.2- MECANISME :

Dans la plupart du temps le mécanisme est direct, par la survenue d'un mouvement forcé qui entraîne le doigt en dehors de l'axe de la main[14] (hyper extension forcée, choc violent en hyper flexion etc).

2.3- CLASSIFICATION :

Nous pouvons les classer de la façon suivante :

- les luxations métacarpophalangiennes du pouce (luxation postérieure et antérieure du pouce) ;
- les luxations inter phalangiennes (luxation dorsale latérale et palmaire).

2.4- ETUDES ANATOMOCLINIQUES DES LUXATIONS DES DOIGTS [2, 22, 24]

2.4.1- Les luxations métacarpophalangiennes : celle du pouce est la plus importante.

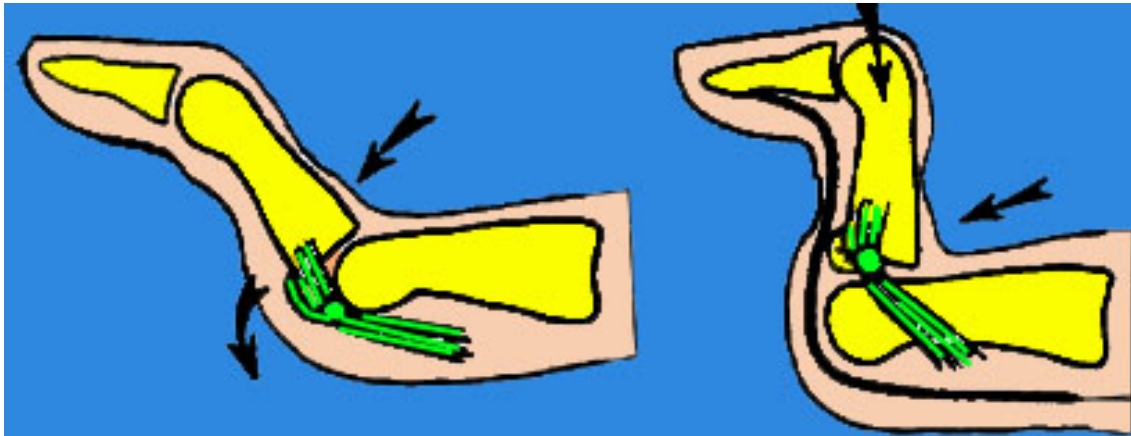
Il existe un parallélisme avec les autres luxations métacarpophalangiennes. On distingue :

- **les luxations antérieures** plus rares représentent 10% des luxations métacarpophalangiennes qui se voient surtout après un traumatisme direct dorsal de la première phalange sur une articulation métacarpophalangienne fléchie. Elles s'accompagnent d'une rotation externe du premier métacarpien qui facilite le diagnostic clinique.
- **les luxations postérieures** : sont bien connues depuis la mémoire de Faraboeuf qui a insisté sur l'importance de la sangle sésamoïde. On peut décrire 3 degrés :
- **les luxations incomplètes** dans lesquelles les sésamoïdes quittent le champ inférieur de la tête du métacarpien et se placent sur le champ phalangien, elle est caractérisée par la déformation en Z à angle obtus.
- **les luxations complètes** dans lesquelles la sangle sésamoïde est passée en arrière sur le col métacarpien et qui se caractérise par une déformation en Z à angle droit.

- **les luxations complexes** dans lesquelles la phalange s'est placée longitudinalement si bien que cliniquement la déformation est moins importante.

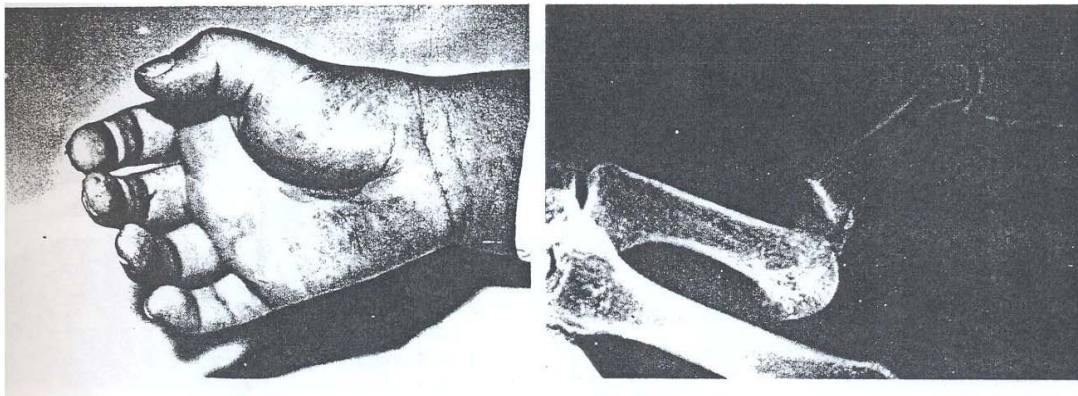


Luxation métacarpophalangienne postérieure du pouce



Luxation postérieure de la métacarpophalangienne du pouce. Forme simple complète : aspect clinique (pouce en Z) (a) et radiographique (b).

LUXATIONS DES DOIGTS



2.4.2- LES LUXATION INTER-PHALANGIENNES DU POUCE :

Elles sont très rares que les luxations métacarpophalangiennes, le diagnostic est évident et la réduction facile.

❖ **les luxations interphalangiennes** : trois types de déplacements sont possibles :

- **la luxation dorsale** : c'est la plus fréquente des luxations interphalangiennes proximales, elle s'accompagne d'une désinsertion de la plaque palmaire sur la base de la deuxième phalange et d'une déchirure complète ou incomplète, voire une rupture d'un des ligaments latéraux en fonction de l'importance du déplacement. La déformation est évidente, intervenant après un choc violent en hyper extension. Il existe habituellement une composante de rotation de la deuxième phalange par rapport à la première.

- **La luxation latérale** : le mécanisme de survenu est le choc latéral, survenant sur un doigt en extension. Le ligament latéral principal est rompu avec une déchirure partielle de l'insertion distale de la plaque palmaire.

- **La luxation palmaire** : ces lésions rares surviennent au cours d'un violent traumatisme en hyper flexion associée à une composante latérale. La tête de la première phalange passe à travers les bandelettes latérales, formant ainsi une véritable boutonnière.



Luxation latérale de L'IPP

LUXATIONS DES DOIGTS

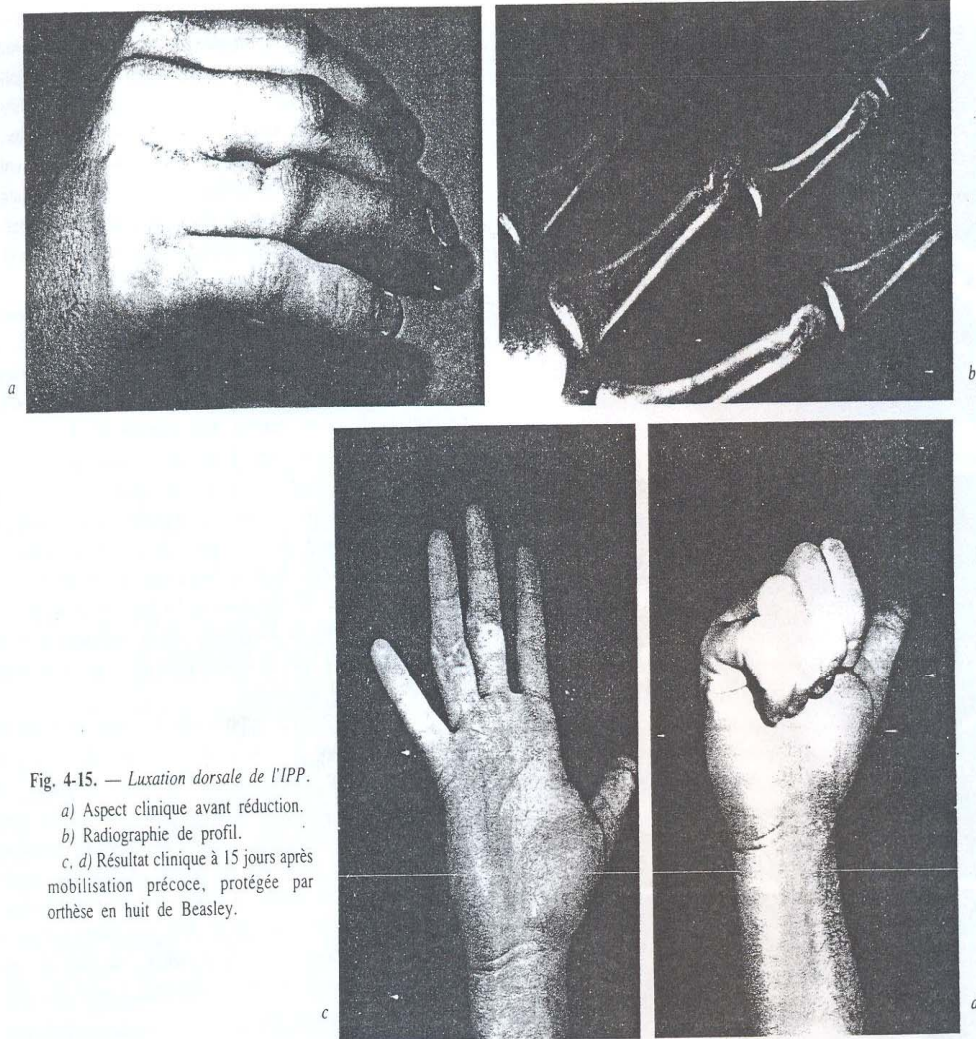


Fig. 4-15. — Luxation dorsale de l'IPP.
a) Aspect clinique avant réduction.
b) Radiographie de profil.
c, d) Résultat clinique à 15 jours après mobilisation précoce, protégée par orthèse en huit de Beasley.

2.5- Les lésions associées [3]

Elles sont fréquentes, on distingue :

- **les lésions ligamentaires** : il s'agit de lésions ligamentaires intercarpiennes, une instabilité du carpe doit être recherché.

- **les lésions osseuses** :

Plusieurs des os du carpe peuvent être fracturés comme dans le « navicula capitale fracture syndrome » associant fracture du grand os et du scaphoïde (fenton).

- **les lésions nerveuses** :

Il s'agit de pathologie canalaire médiocubitale et des algodystrophies.

- **autres lésions** :

Comme les traumatismes crâniens ; cervicaux ; les traumatismes des membres supérieurs et inférieurs etc.

2.6- Diagnostic :

Si la clinique a une place primordiale dans le diagnostic des luxations des doigts la radiographie est un élément fondamental dans la démarche diagnostique et thérapeutique de toutes lésions traumatiques de la main [10].

- ❖ **A l'examen clinique** on passe en revue les différents organes susceptibles d'être atteints au cours du traumatisme :

- les vaisseaux : on apprécie la violence du

Traumatisme (appuyer ou non) ; l'importance des réactions oedémateuses et ecchymotiques.

- les nerfs : on étudie la sensibilité par une aiguille en faisant une comparaison des deux mains, il faut apprécier la sensibilité des territoires cutanés des nerfs radial, cubital et médian, la motricité par l'opposition du pouce et l'action des inter-osseux.

- les tendons : dans ce cas on apprécie l'extension et la flexion des doigts.

- l'os : on apprécie les détaxations, les défauts de rotation, l'étude de la convergence des doigts, pour voir s'il y a une fracture associée. Pour faire un bon diagnostic l'examen ne doit pas se faire sous anesthésie.

2.7- Les examens complémentaires [4,11] :

- **La radiographie standard** : il faut pratiquer des clichés de face et de profil. En cas de douleur persistante faire répéter les clichés.

- **Le scanner (T D M)** : elle permet de visualiser avec une plus grande précision la luxation.

- **L'imagerie par résonance magnétique (I R M)** : elle permet d'apporter des renseignements sur les lésions, notamment musculaires, ligamentaires, capsulaires et cartilagineuses.

2.8- Traitement des luxations des doigts [2,7, 18, 20, 22,24, 28] :

a) **Traitement orthopédique** : il consiste à une réduction et une contention non sanglante, généralement il s'agit d'une réduction manuelle suivie d'une immobilisation par une manchette plâtrée pouce en opposition ;
immobilisation prenant la métacarpophalangienne du pouce ;
par attelle amovible réalisée sur mesure et permettant la reprise du travail précoce.

b) **Traitement chirurgical** : il consiste en une réduction à « ciel ouvert » ou sanglante.

La contention peut se faire par embrochage (simple ou double).

- **Luxation métacarpophalangienne**

Traitement orthopédique

- **La luxation postérieure :**

Les luxations postérieures incomplètes : la réduction est facile par traction de la première phalange dans l'axe, la sangle sésamoïdienne reprenant aisément sa position initiale.

Immobilisation : pendant 3 à 4 semaines.

Rarement l'existence d'une instabilité latérale impose l'intervention chirurgicale.

- **Luxations postérieures complètes :**

Le traitement orthopédique est indiqué en cas de stabilité latérale.

La réduction : s'effectue sous anesthésie locale. Il s'agit d'une manœuvre précise parfaitement décrite par Faraboeuf, pour empêcher l'incarcération des sésamoïdes. Elle comprend une légère traction et surtout une pression postérieure sur la phalange suivant l'axe du 1^{er} métacarpien. Il convient de garder la phalange à angle droit par rapport au métacarpien ainsi que le contact entre phalange et métacarpien. Ceci permet d'ouvrir la boutonnière et autoriser le passage vers l'avant de la sangle sésamoïdienne puis de la phalange. Le traitement chirurgical est indiqué en cas de rupture d'un ligament latéral interne ou externe.

- **Les luxations complexes** : sont difficiles à réduire sous anesthésie locale la tentative de réduction consiste à remettre la 1^{ère} phalange à 90 ° par rapport au métacarpien, ceci vise à replacer la plaque glénoïdienne et les sésamoïdes en avant de la phalange.

Le traitement chirurgical est impératif lorsque les sésamoïdes sont incarcérés ou en cas d'interposition capsulaire ou musculaire (long fléchisseur du pouce).

➤ **Les luxations antérieures :**

Sous anesthésie locale, la réduction se fait par traction douce dans l'axe. La radiographie de contrôle confirme la réduction, suivie des tests de stabilité. La tendance à la subluxation antérieure impose la réparation chirurgicale des éléments dorsaux lésés.

- **Les luxations interphalangiennes :**

La réduction est aisée par simple traction, le plus souvent faite par le blessé lui-même.

La rééducation des doigts post traumatique [17]

A- But : selon docteur Raymond Vilain sans la kinésithérapie « l'acte chirurgical ne serait que notion de l'esprit et non mouvement, l'action et non fonction ». Cette remarque est autant vraie pour toutes les rééducations de la main. La rééducation du doigt a pour but de lutter contre l'enraidissement articulaire, contre l'atrophie musculaire, de rétablir une coordination volontaire des mouvements professionnels, artistiques et expressifs.

B- Méthodes :

Elles varient avec la spécificité de la pathologie. Les plus utilisées sont : le massage, les mobilisations actives, les mobilisations passives et l'ergothérapie.

Le massage qui a une action vasodilatatrice et assouplissante, agit sur l'œdème en augmentant la respiration cutanée et en réintégrant dans le flux vasculaire, l'eau stagnante dans le tissu.

Il peut être entrepris dès que l'état de la peau le permet (ablation des fils, cicatrisation parfaite, absence de suintement). Les différentes techniques utilisées sont :

- ✓ Les manœuvres glissées portant sur les espaces interphalangiens proximaux et inter métacarpiens se font dans le sens de la circulation de retour.
- ✓ Les manœuvres de type pétrissage des muscles de l'éminence thénar portant à la fois sur la paume et le dos du 1^{er} métacarpien.
- ✓ Les manœuvres de type pression locale entre le pouce et les 4 doigts du kinésithérapeute.
- ✓ Les manœuvres glissées sur l'ensemble d'un doigt ou manœuvres dites « en doigt de gants », la pression est exercée par la pulpe des doigts de l'extrémité distale à l'extrémité proximale.
- ✓ Les manœuvres de friction transversale profonde sur les ligaments latéraux des articulations.

Les mobilisations actives : englobent tous les travaux des muscles et des tendons actifs et divisent en kinésithérapie active globale appréciant ce que le patient peut exécuter avec sa main et en kinésithérapie analytique pour stimulation des différentes contractions de la mobilisation active.

Les mobilisations passives et les mobilisations actives aidées.

L'ergothérapie : s'occupe de la réadaptation globale permettant la réhabilitation du patient vis-à-vis de lui-même et vis-à-vis des autres, tous les exercices réalisés par les patients sont centrés sur la façon de parvenir à l'élaboration d'un travail et non sur le résultat final. Les différentes activités en ergothérapie peuvent être :

* artisanale (menuiserie, tissage).

* poterie oblige à des mouvements fins des doigts.

Il existe d'autres activités comme la dactylographie, l'écriture, la peinture, le découpage etc.

2.9- Les complications et séquelles [10] :

La raideur : c'est la limitation de la mobilité entre deux segments digitaux, les raideurs post traumatiques comportent un facteur anatomique articulaire. Elles intéressent les articulations métacarpophalangiennes et les articulations interphalangiennes proximales. Les raideurs sont classées en deux catégories :

- selon l'attitude vicieuse et le secteur de mobilité déficitaire. On distingue : les raideurs en extension et les raideurs en flexions.

Au niveau de l'interphalangien proximal on distingue :

Les raideurs en extension entre 0 et 30° ; les raideurs dans le secteur utile entre 30 et 70° ; les raideurs en flexion entre 70 et 120°.

- selon le retentissement sur la fonction globale du doigt, on distingue : les raideurs simples unies ou biarticulaires ou tous les types de prises restent possibles, les raideurs complexes, séquelles des traumatismes, pluri digitales avec ou sans mutilations, les différentes prises sont compromises et la stratégie thérapeutique doit être globale. Les facteurs déterminants sont : l'immobilisation prolongée et ou incorrecte, l'œdème persistant, l'inflammation et la douleur.

I. III. NOTRE ETUD

1- Matériel et Méthode

1.1- Cadre de l'étude :

Notre étude a été réalisée dans le service de chirurgie orthopédique et de traumatologie du CHU Gabriel Touré.

1.1.1- Situation géographique du CHU GT :

L'Hôpital est situé au centre administratif de la ville de Bamako. Il est limité :

- à l'Est par le quartier Médina coura ;
- à l'Ouest par l'Ecole Nationale des Ingénieurs (ENI) ;
- au Nord par la garnison de l'Etat Major de l'armée de terre ;
- au Sud par le TRANIMEX qui est une société de dédouanement et de transit.

Dans l'enceinte de l'hôpital se trouvent :

- au Nord et au rez-de-chaussée du pavillon Bénitiéni FOFANA une unité du service de chirurgie orthopédique et de traumatologie;
- au Sud et en haut de la réanimation adulte, l'unité de la traumatologie annexe ;
- à l'ouest et au rez-de-chaussée du bureau des entrées, une unité du service de chirurgie orthopédique et traumatologique.

1.1.2- Les locaux du service de chirurgie orthopédique et de traumatologie:

Le service est structuré comme suit :

- Une unité de traumatologie annexe qui comprend :
 - un bureau pour le chef de service ;
 - un bureau pour le maître de conférences ;
 - un bureau pour un assistant chef de clinique ;
 - un bureau pour le Major;
 - une salle de garde pour les médecins en spécialisation de chirurgie ;
 - une salle de garde pour les internes ;
 - une salle de soins ;
 - un secrétariat.

- Une unité au pavillon Bénitiéni Fofana:

Qui comprend :

- un bureau pour un Assistant Chef de clinique ;
- un bureau pour le neurochirurgien ;
- un bureau pour le Major ;
- une salle de garde des infirmiers ;
- une salle de plâtre ;
- une unité de Kinésithérapie ;
- un bloc opératoire commun avec les autres services de chirurgie.

- Une unité au rez-de-chaussée du bureau des entrées qui

comprend trois bureaux pour les consultations externes.

1.1.3-Les activités du service de chirurgie orthopédique et de traumatologie :

Les activités du service de chirurgie orthopédique et de traumatologie sont organisées comme suit :

- les consultations externes ont lieu du lundi au jeudi et sont assurées par le Professeur, le Maître de conférence ; les Assistants chefs de clinique, les médecins en spécialisation de chirurgie ; les internes et les étudiants ;
- les consultations externes de neurochirurgie ont lieu du lundi au mercredi ;
- les interventions chirurgicales ont lieu tous les lundis, mardi, et mercredi,
- la programmation des malades à opérer à lieu tous les vendredis ;
- la visite des malades hospitalisés à lieu chaque jour par un Assistant et les autres personnels du service ;
- la visite générale a lieu chaque vendredi sous la direction du Professeur;
- un staff a lieu tous les vendredis après la visite générale pour discuter des cas intéressants et pour le compte rendu des gardes ;
- les activités de rééducation fonctionnelle ont lieu tous les jours ouvrables ;
- les activités de plâtrage ont lieu tous les jours ouvrables.

1.2- Type et période d'étude : il s'agit d'une étude prospective longitudinale qui s'étend sur 12 mois de janvier à Décembre 2007.

La population d'étude a été les patients présentant des luxations des doigts. Les patients ont été suivis tout au long de leur prise en charge.

II. 1.3- Critères d'inclusion :

Ont été inclus dans notre étude les patients qui présentaient une luxation du doigt, ayant été reçus et traités dans le service de chirurgie orthopédique et traumatologique du CHU Gabriel Touré ; les patients dont les dossiers étaient au complet.

1.4- Critères de non inclusion :

N'ont pas été inclus dans notre étude :

- les patients dont les dossiers étaient incomplets ;
- les patients n'ayant pas été suivis et traités dans notre service.

1.5- Supports et collecte des données :

Les données ont été recueillies à partir :

- des dossiers de consultation et de suivi des malades du service,
- des registres de consultation externe et d'hospitalisation,
- des fiches d'enquêtes.

1.6- traitement et analyses des données

Les données ont été saisies et analysées sur EXCEL et exportées vers Word 2003.

1.7- Critères d'évolution

L'évolution après le traitement a été évaluée selon les critères suivants :

- l'existence ou non de la douleur,
- la bonne récupération des fonctions des doigts (mobilité et sensibilité) ;
- la présence ou non des troubles trophiques (faiblesse musculaire)
- la présence ou non de raideur articulaire.

En fonction de ces critères d'évaluation nous pouvons classer le résultat du traitement en bon, assez bon, et mauvais.

- **Bon résultat**

Le bon résultat était caractérisé par :

- une indolence totale ;
- la récupération totale des fonctions de mobilité des doigts ;
- la conservation de la sensibilité des doigts ;
- l'absence de trouble trophique.

- **Assez bon résultat**

Ce résultat était caractérisé par :

- des douleurs occasionnelles ;
- la présence de trouble trophique mineur ;
- la conservation des fonctions des doigts.

- **Le mauvais résultat**

Le mauvais résultat était caractérisé par :

- des douleurs persistantes ;
- la présence de raideur articulaire ;
- l'absence des fonctions des doigts.

III.

IV.

2- LES RESULTATS

Nous avons analysé nos résultats en tenant compte des données épidémiologiques, anatomo-pathologiques, cliniques et thérapeutiques:

Tableau 1 : répartition des malades selon la tranche d'âge

Tranches d'âges (ans)	Fréquence absolue	Pourcentage
11-20	4	16
21-30	10	40
31-40	7	28
41-50	1	4
51-60	3	12
Total	25	100

La tranche d'âge de 21-30 ans a été la plus atteinte avec 10 cas soit 40% des cas.
L'âge moyen était 30,6 ans.
Les âges extrêmes étaient 11 et 57 ans.

TABLEAU 2 : Répartition des malades selon le sexe

Sexe	Fréquence absolue	Pourcentage
Masculin	20	80
Féminin	5	20
Total	25	100

Le sexe masculin a été prédominant avec 20 cas soit 80% des cas. Le sex ratio a été de 4 en faveur du sexe masculin.

TABLEAU 3 : Répartition des patients selon la profession

Profession	Fréquence absolue	Pourcentage
Elèves/Etudiants	7	28
Ouvriers	6	24
Fonctionnaires	4	16
Commerçants	3	12
Ménagères	2	8
Chauffeurs	2	8
Paysan	1	4
Total	25	100

Les élèves / étudiants ont été les plus touchés avec 7 cas soit 28 % des cas.

TABLEAU 4 : Répartition des patients en fonction de l'étiologie

Etiologie	Fréquence absolue	Pourcentage
AVP	8	32
Accident domestique	5	20
Sport	5	20
CBV	4	16
Accident de travail	3	12
Total	25	100

Les AVP ont été les plus fréquentes avec 8 cas soit 32% des cas.

TABLEAU 5 : Répartition des malades selon le mécanisme

Mécanisme	Fréquence absolue	Pourcentage
Direct	19	76
Indirect	6	24
Total	25	100

Le mécanisme direct a été le plus fréquent avec 19 cas soit 76% des cas.

TABLERAU 6 : Répartition des malades selon la durée de la luxation

Durée de la luxation	Fréquence absolue	Pourcentage
Récente ($\leq 24\text{H}$)	18	72
Ancienne ($> 24\text{H}$)	6	24
Récidivante	1	4
Total	25	100

La luxation récente a été la plus fréquente avec 18 cas soit 72% des cas.

TABLERAU 7 : Répartition des patients selon la nature et le type de luxation

Nature de la luxation	Type de la luxation	Fréquence absolue	Pourcentage
Fermée	Métacarpophalangienne	8	32
	Interphalangienne	6	24
Ouvrte	Métacarpophalangienne	8	32
	Interphalangienne	3	12
Total		25	100

Les luxations métacarpophalangiennes fermées et ouvertes ont été les plus représentées avec 32% des cas chacun.

TABLEAU 8 : Répartition des malades en fonction du siège de la luxation

Siège	Fréquence absolue	Pourcentage
Métacarpophalangienne	16	64
Interphalangienne proximale	3	12
Interphalangienne distale	6	24
Total	25	100

Les luxations métacarpophalangiennes ont été les plus représentées avec 64% des cas.

TABLEAU 9 : Répartition des patients en fonction des doigts atteints

Doigt atteint	Fréquence absolue	Pourcentage
Le pouce	13	52
L'index	3	12
Le médius	4	16
L'annulaire	1	4
L'auriculaire	4	16
Total	25	100

Le pouce a été le plus atteint avec 13 cas soit 52%.

TABLEAU 10 : Répartition des malades selon les lésions associées

Lésions associées	Fréquence absolue	Pourcentage
Traumatisme crânien	1	11,11
Fractures des phalanges	8	88,89
Total	9	100

Les fractures des phalanges ont été les lésions associées les plus représentées avec 8 cas soit 88,89%.

TABLEAU 11 : Répartition des malades selon le type de traitement

Type de traitement	Fréquence absolue	Pourcentage
Médico-orthopédique	19	76
Médico-chirurgical	6	24
Total	25	100

Le traitement le plus utilisé a été le traitement médico-orthopédique avec 76% des cas.

TABLEAU 12 : Répartition des malades selon le résultat du traitement

Résultat après le traitement	Fréquence absolue	Pourcentage
Bon	22	88
Assez bon	2	8
Mauvais	1	4
Total	25	100

Après le traitement les résultats ont été bons dans 88% des cas.

3-COMMENTAIRES ET DISCUSSION

Au cours de notre étude, nous avons eu quelques difficultés par rapport à la surveillance des malades et l'absence d'une étude antérieure sur les luxations des doigts au Mali.

Certains patients n'ont pas été revus après la réduction pour une consultation régulière.

3.1- Aspects épidémiologiques :

a) selon le sexe :

Dans notre étude nous avons observé une prédominance du sexe masculin avec 80% et un sex ratio de 4.

Cette prédominance masculine pourrait s'expliquer par le fait que les hommes sont plus actifs, donc plus exposés aux accidents ; nos données sont conformes à celles de DIASSANA. M [10] qui a trouvé une prédominance masculine avec 84 hommes, pour 16 femmes et un sex ratio de 5,25.

b) Selon l'âge :

La tranche d'âge de 21-30 ans a été la plus touchée avec 40%.

L'âge moyen était 30,6 ans.

Les âges extrêmes étaient 11 et 57 ans.

Ceci pourrait s'expliquer par le fait :

- que cette tranche d'âge correspond à la période où on est plus actif et moins prudent donc plus exposé aux différents accidents ;
- de la prolifération des engins à deux roues que les adolescents aiment alors qu'ils ne connaissent pas en général le code de la route, provoquant fréquemment des accidents de la circulation routière ;
- de l'inexpérience des jeunes travailleurs. Les mêmes constatations ont été faites par DIASSANA. M [10], TRIKI.F.E [26] qui ont trouvé chacun que la tranche d'âge de 20-30 ans était la plus touchée.

c) Selon la profession :

Dans notre étude les élèves et étudiants étaient les plus touchés avec 28% des cas.

Ceci pourrait s'expliquer par le fait :

- qu'ils constituent la couche la plus imprudente en milieu urbain.
- Ce résultat est contraire à ceux de :

- DIASSANA. M [10] qui a trouvé que les travailleurs manuels (artisans et techniciens) étaient les plus touchés à 23% des cas. Cette différence pourrait s'expliquer par le thème d'étude.
- TRIKI.F.E [26] qui a trouvé que la main de menuisier était la plus touchée.

d) Selon l'étiologie :

L'étiologie la plus fréquente était les AVP avec 32% des cas ce qui pourrait s'expliquer par :

- l'augmentation considérable des engins à deux roues ;
- la méconnaissance du code de la route ;

Ce résultat n'est pas conforme à ceux de TRIKI .F. E [26] et de DIASSANA. M [10] qui ont trouvé chacun que l'accident de travail était l'étiologie la plus fréquente avec respectivement 80% et 70%.

Cette différence pourrait s'expliquer par la taille de l'échantillon (25cas) et la période d'étude.

e) Selon le mécanisme :

Le mécanisme direct a été le plus souvent en cause dans notre étude avec 76% des cas, ceci pourrait s'expliquer par le fait qu'en cas de chute la réception est faite le plus souvent sur la main.

f) Selon la nature et le type :

Les luxations métacarpophalangiennes étaient les plus fréquentes de notre échantillon avec 64% des cas.

Ce résultat est conforme à ceux de DIASSANA. M [10] qui a trouvé une fréquence de 51%, cela pourrait s'expliquer par le fait que les 1^{ères} phalanges mobiles s'articulent avec les métacarpes qui sont presque fixes.

g) Selon le siège:

Le pouce a été le plus atteint avec 52% des cas, ce qui pourrait s'expliquer par le fait que le pouce est le doigt d'opposition qui est très mobile donc plus exposé aux agressions.

Ce résultat est supérieur à celui de DIASSANA. M [10] qui a trouvé une fréquence de 36,37% des cas.

Nous n'avons pas rencontré plus d'une luxation chez le même patient au cours de notre étude.

3.2- Bilan radiographique :

La radiographie standard de face et de profil de la main concernée constituait l'examen complémentaire de choix chez tous les patients.

Certains auteurs comme BUISSON. J, MORVAN. G [4] BARSOTI, J [3] et DRAPE. J.L [11] recommandent en plus de cette radiographie standard d'autres techniques : TDM, et IRM.

Nous n'avons pas pu réaliser ces derniers examens parce que la TDM était couteux pour nos patients et l'IRM n'existe pas au Mali.

3.3- Diagnostic :

Dans notre étude nous avons eu 64% de luxations métacarpophalangiennes, 12% de luxations interphalangiennes proximales, 24% de luxations interphalangiennes distales, ce résultat est supérieur à celui de DIASSANA. M [10] qui a eu 36, 37% de luxations métacarpophalangiennes, 9,09% de luxations interphalangiennes distales et 3% de luxations interphalangiennes proximales.

3.4- Aspect thérapeutique :

Le traitement médico-orthopédique a été le plus utilisé dans notre étude avec 76%, ceci pourrait s'expliquer par le fait que plus de la moitié des luxations étaient simples. Ces résultats se rapprochent de ceux de DIASSANA. M [10] qui a trouvé que le traitement orthopédique était employé dans 68% des cas.

Le traitement orthopédique consistait à réduire les luxations et à les immobiliser avec des bandes plâtrées. Cette immobilisation était de 3 semaines si la luxation est fermée.

Les cas de traitement médico-chirurgical ont été des parages en urgence avec mise en place d'une machette plâtrée soit en attelle soit avec fenêtre en regard de la plaie.

Tous les patients ont été régulièrement suivis jusqu'à la guérison et ils ont fait des radiographies de contrôle et une rééducation fonctionnelle.

Tous les patients ont reçu un traitement médicamenteux à base d'antalgique, d'anti-inflammatoire, d'antibiotique dans les luxations ouvertes. Tous les patients ont été revus avec un recul de 3 mois, leur évolution a été évaluée selon :

- la présence ou non de douleur ;
- une bonne récupération des fonctions des doigts ;
- la présence ou non de trouble trophique ;
- la présence ou non de raideur articulaire.

3.5- Résultat du traitement :

Nous avons observé dans notre étude 88% de bons résultats, 8% d'assez bons résultats et 4% de mauvais résultats. Ces résultats se rapprochent à ceux de DIASSANA. M [10] qui a eu 50% de bons résultats 14% de assez bons résultats et 36% de mauvais résultats.

L'évolution a été favorable dans 96% des cas.

Ce qui pourrait s'expliquer par le fait que généralement les luxations simples ne laissent pas des séquelles.

3.6- Selon les complications :

La raideur articulaire a été la seule complication avec 4% de cas : ces données sont proches de celles de DECOULX P, RAZEMON. J.P [7] qui ont trouvé que les raideurs articulaires étaient les complications les plus fréquentes.

IV. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

1- CONCLUSION

Au terme de notre étude nous pouvons conclure que :

Les luxations des doigts sont des affections traumatiques assez rares que l'on rencontre surtout chez les adolescents et les adultes jeunes soit 40% des cas.

Nous avons recensé 25 blessés présentant la luxation du doigt pendant notre période d'étude. Parmi ces 25 blessés :

- 16 présentaient des luxations métacarpophalangiennes ;
- 3 présentaient des luxations interphalangiennes proximales ;
- 6 présentaient des luxations interphalangiennes distales.

80% de nos blessés étaient du sexe masculin. Le pouce était le plus atteint avec 52%. La tranche d'âge la plus touchée était celle de 21-30 ans. Les principales étiologies retrouvées ont été :

- les AVP 32% ;
- les accidents domestiques 20% ;
- les accidents de sport 20% ;
- les CBV 16% ;
- les accidents de travail 12%.

Les signes cliniques étaient la douleur, l'œdème, la déformation et l'impotence fonctionnelle.

La radiographie standard de face et de profil de la main atteinte a constitué l'examen complémentaire de choix chez tous les patients.

Le traitement médico-orthopédique nous a donné un résultat satisfaisant dans 76% des cas.

2- LES RECOMMANDATIONS

Au terme de notre étude nous formulons les recommandations suivantes:

2.1- Au Ministère des travaux publics et des transports

- + La mise en place d'une bonne politique de prévention des accidents de la voie publique par :
 - la construction d'autoroutes, de pistes et trottoirs ;
 - l'aménagement des « points noirs » (carrefours non éclairés et/ou mal signalés
- la réfection des tracés des anciennes voies.
- + La surveillance rigoureuse des systèmes de sécurité des moyens de transport collectif et individuel par :
 - le contrôle programmé et improvisé des permis de conduire ;
 - le contrôle des visites techniques des véhicules.

2.2- Au Ministère de la santé :

- la formation de spécialistes en chirurgie de la main pour une meilleure prise en charge des accidentés, notamment les traumatismes de la main;
- le recyclage du personnel pour une meilleure prise en charge des accidentés de la voie publique;
- la dotation du service de traumatologie du CHU Gabriel Touré en matériels techniques permettant une prise en charge efficace des luxations en général et de celles des doigts en particulier.

2.3- A la Population:

- le respect du code de la route ;

- la consultation dans un centre de santé après un traumatisme des doigts ;
- le suivi du traitement et le respect des conseils du médecin ;
- éviter certaines pratiques telles que l'automédication et le traitement traditionnel compte tenu de leurs multiples préjudices.

V- REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES ET ANNEXES

A- REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

1. ALAIN B., CUILLERET J.
Anatomie Topographique, descriptive et fonctionnelle.
Le membre supérieur 3^e édition, Masson, Paris. 1987. P.40-43
2. ALNOT J.Y. LEROY P.
Entorse et luxation de la main et des doigts. Encycl. Méd. Chir..Paris. Appareil locomoteur, 1979. 14047. D10, 3.P
3. BARSOTTI. J, DUJARDIN. C, CANCEL. J
Guide pratique de traumatologie 5^{eme} édition, Paris, M MASSON, 2004. P.103-106
4. BUSSON. J, MORVAN. G
Poignet et main : Imagerie en orthopédie et traumatologie, Cahiers d'enseignement de la SOFCOT n° 29, 1988. P.400
5. CADY S, KRON B.
Anatomie du corps humain Fascicule.1 Anatomie descriptive fonctionnelle et topographique du membre supérieur, LIBRAIRIE MALOINE Paris 6^e, 1970. 23 EDITEUR
6. CAILLET. R
Collection de rééducation fonctionnelle et de réadaptation. LA MAIN MASSON, Paris 1978. P.228-230
7. DECOULX. P, RAZEMON. J. P
Traumatologie clinique, sémiologie chirurgicale de l'appareil moteur de l'adulte, PARIS MASSON, 1975. 250P

8. DE LA CAFFINIERE J.Y., ROUX J. P. sous la direction de TUBIANA R. Main. Nouveau traité de technique chirurgicale tome VII, membres et ceintures. Généralités membres supérieurs. Masson et Cie 1974. 533, 608.

9. DIANE M.

Luxation de la hanche : Etude épidémiologiques et prise en charge à L'HGT à propos de 35 cas. Thèse médecine, 2002 MALI ; Bamako- 71P, N°74.

10. DIASSANA. M

Aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des lésions traumatiques de la main. Thèse de Médecine, 1997-1998 MALI ; Bamako- 64P, N°49.

11. DRAPE. J. L; LEBLEVEC.G; GODEFROY.D; PESSIS. E ; MOUTOUNET. L ; CHEVROT. A

Imagerie normale du poignet et de la main. Radiographie ; arthrographie ; échographie.

EMC : Appareil locomoteur 1997. 30- 320- A- 10.

12. EATON R.G. Lésions récentes et anciennes des ligaments des doigts. In : traité de chirurgie de la main. TUBIANA R., Tome2, Masson, Paris 1984. 751-770.

13. HAMMER D. W., QUNTON D.N.

Dorsal fracture luxation of the proximal interphalangeal joint treated by extension block splintage.J.Hand surg. 1992, 17b, 586-590.

14. <http://Univertaps.Free.fr/anat.04.htm>

LA MAIN

15.<http://WWW-Sante.ujf-grenoble.fr/SANTE/hand/CHAPT23.HTM>

16. ISELIN. M ET ISELIN. F

Traité de chirurgie de la main. Editions Médicales Flammarion, 1967. P.320

17. MITZ V., NCQUET A.

Rééducation de la main post-traumatique.

Technique opératoire et kinésithérapie, Expansion scientifique Française 1985. P. 400

18. MONTANIER.F, DUPUY. M ; COSTANTINI. M (GRENOBLE FRANCE)

Traumatologie de la main et du poignet ([www.chez.com/ expressions généraliste \(SOIREES/DOCS/main/pages/main- doigt _htm](http://www.chez.com/expressions/generales/SOIREES/DOCS/main/pages/main-doigt.htm)

19. NETTER. F. H

ATLAS d'anatomie humaine 2^{ème} édition MASSON, 1997. P.10-20

20. PATEL. A ET HONNART.F

Abrégé de traumatologie 5^{ème} édition PARIS MASSON, 1998. P. 200-208

21. ROUVIERE. H

Anatomie humaine descriptive 12^{ème} édition, revue et augmentée par A DELMAR Tome 3 MASSON 1984. 774P

22. SCHERNBERG F. , ELZEN F., GILLIER P., GERARD Y.

Les luxations des articulations inter phalangiennes proximales des doigts longs: étude anatomo-clinique et déduction thérapeutique. Ann. Chir. Main, 1982, 1, n° 1, 18-28.

23. SCHERNBERG. F; HAISBOURE. A; GASTON. E

Fractures des os du carpe; E MC : Appareil locomoteur, 1997. P. 14- 046- B 10.

24. SEDEL L.

Luxations de l'articulation métacarpophalangienne du pouce et des doigts. In : Traité de chirurgie de la main, TUBIANA R., Tome2, 790-796, Masson, Paris, 1984.

25- TRAUMATISME DE LA MAIN

[http:// Soke. Free.fr/ corps/ main.htm](http://Soke.Free.fr/corps/main.htm)

26. TRIKI. F. E ; Table ronde de la SOTCOT (Société Tunisienne de Chirurgie Orthopédique et de Traumatologie)

Traumatismes complexes de la main 1-2 juin 1990, Tunisie

27. W. AHLE, H. LEONHARDT, W. PLATZER

Anatomie de l'appareil locomoteur

FLAMMARON MEDECINE – SCIENCES 2ème Edition 1980.

28. YOUMACHEV G.

Traumatologie et orthopédique 2è édition.

Edition Mir, URSS ,1981. P.139-144.

B- ANNEXES

1- FICHE SIGNALETIQUE

NOM : SOUMARE

PRENOM : AMINATA

TITRE DE LA THESE: Etude épidémiologique et clinique des luxations des doigts dans le service de chirurgie orthopédique et traumatologie du CHU Gabriel Touré à propos de 25 cas.

VILLE DE SOUTENANCE : Bamako

PAYS D'ORIGINE : MALI

LIEU DE DEPOT : Bibliothèque de la FMPOS

SECTEUR D'INTERET: Santé publique, traumatologie et orthopédie, rééducation fonctionnelle.

Résumé:

Nous avons rapporté les résultats d'une étude prospective longitudinale de 25 cas de luxation du doigt dans le service de chirurgie orthopédique et traumatologique du CHU Gabriel Touré sur une période de 12 mois.

Le sexe masculin était plus touché que le sexe féminin, les adultes jeunes étaient plus concernés que les autres tranches d'âge.

L'AVP constituait l'étiologie la plus fréquente avec 32%.

Les luxations métacarpophalangiennes étaient les plus retrouvées 64%.

Dans notre étude le traitement médico-orthopédique était le plus utilisé et ce traitement a donné de bons résultats.

MOTS CLES : luxation, doigt, épidémiologie, clinique.

2- FICHE D'ENQUETE

Dossier N°.....

A) Identité du malade. :

Nom Ethnie.....

Prénom Sexe : Masculin ☐ Féminin ☐

Age : Adresse :

Profession : Date de l'accident :

B) Consultation

B1 Date de consultation :

B2 Durée de la luxation :

1 Récente ☐

2 Ancienne ☐

3 Récidivante ☐

C) Etiologie :

- 1 Accident de travail ☐
- 2 Accident domestique ☐
- 3 Accident de Sport ☐
- 4 Accident de la voie publique ☐
- 5 Coups et blessures volontaires ☐
- 6 Autre (à préciser) ☐

D) Mécanisme de la luxation :

E) Signes

E1 Fonctionnels :

- 1 Douleur ☐
- 2 Impotence fonctionnelle ☐

***Examen physique :**

*** Inspection**

- Œdème ☐
- Ouverture cutanée ☐
- Déformation axiale ☐
- Raccourcissement ☐

***Palpation**

- Point douloureux exquis ☐

E2 radiologiques

*** Radiographie demandée :**

- 1 Radiographie de la main concernée face ☐
- 2 Radiographie de la main concernée profile ☐
- 3 Autre (à préciser) ☐

F) Type de luxation :

- 1 Métacarpophalangienne ☐
- 2 Inter-phalangienne ☐

G) Nature de la luxation :

- Luxation ouverte ☐

Luxation fermée ☐

*** côté atteint :**

Gauche ☐

Droite ☐

H) Doigt atteint

1 Le pouce ☐

2 L'index ☐

3 Le médus ☐

4 L'annulaire ☐

5 L'auriculaire ☐

I) Le siège de la luxation

1 Luxation métacarpophalangienne ☐

2 Luxation interphalangienne proximale (IPP) ☐

3 Luxation interphalangienne distale (IPD) ☐

J) Traitement adopté :

1 Chirurgie ☐

2 Orthopédie ☐

3 Médicaments ☐

4 Rééducation ☐

5 = 1+ 2+ 3 + 4 ☐

6 = 2+3 +4 ☐

7 Traditionnels ☐

8 Autres (à préciser) ☐

K) Résultat :

1 Bon ☐

2 Assez bon ☐

3 Mauvais ☐

L) Les lésions associées :

1 Fractures ☐

2 Ruptures ligamentaires ☐

3 Autres (à préciser) ☐

M) Les complications

1 Infections ☐

2 Raideurs ☐

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et je n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès sa conception.
Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.
Je le jure.