

CAS CLINIQUE

LUXATION TRAPÉZO- MÉTACARPIENNETRAITÉE PAR LIGAMENTOPLASTIE SELON PÉQUIGNOT

M. Nabih, F. Sangare, J. Amissi, F. Zifa, K. Raoufi ,
D. Bennouna, Y. EL. Andaloussi, A.R .Haddoune,
M. Fadili

Service de traumatologie orthopédie aile IV CHU Ibnou
Rochd Casablanca

Résumé

La luxation trapézo- métacarpienne est une lésion rare, nous rapportons un cas d'instabilité chronique de la trapézo-métacarpienne chez un patient de 25 ans suite un traumatisme directe traitée par ligamentoplastie selon la technique de Péquignot qui associe une ligamentoplastie par une bandelette tendineuse du long extenseur radial du carpe et du long abducteur du pouce dorsalisé associé à un embrochage en croix de la trapézo- – métacarpienne avec un recul de 18 mois. Nous allons discuter notre travail avec une revue de la littérature avec description de la technique et une comparaison avec d'autres travaux.

Mots clés : Luxation, articulation trapézo-
métacarpienne, Péquignot

Abstract

The trapezo-metacarpal joint is a rare lesion, we report a case of chronic trapezo-metacarpal instability, in a 25 years old patient due to a closed trauma, by ligamentoplasty according to the technique of Péquignot, which involves a fibrous strip of the tendon of the extensor carpi radialis longus and the abductor longus of the thumb associated to a surgical treatment for the trapezometacarpal joint by the K-wires on a cross racking, the follow up was 18 months. We will discuss our work by describing the technique and in comparison to other authors' work.

Keywords: Dislocation, trapezo-metacarpal joint,
Péquignot

INTRODUCTION

Les luxations de l'articulation trapézo- métacarpienne non ou mal traitées sont à l'origine de l'instabilité de cette articulation qui entraîne inévitablement la rhizarthrose.

Nous rapportons un cas d'instabilité chronique de la trapézo- métacarpienne traitée par ligamentoplastie selon la technique de Péquignot et, nous discutons les procédés thérapeutiques proposés dans la prise en charge de cette lésion rare.

OBSERVATION CLINIQUE

Il s'agit d'un patient âgé de 25 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, maçon de profession, victime d'un accident de travail remontant à 6 mois avec chute d'une hauteur de 2 mètres à point d'impact au niveau de la main gauche, poignet en extension et la première commissure ouverte entraînant un traumatisme fermé de la main gauche avec douleur et impotence fonctionnelle. Le diagnostic de luxation trapézo-métacarpienne a été retenu qui a été traitée par immobilisation plâtrée pendant 3 semaines. Ensuite le patient a été perdu de vue, puis a reconsulté 6 mois plus tard pour une douleur en regard de la trapézo- métacarpienne. L'examen clinique ayant objectivé une instabilité dorso-radiale du pouce gauche.

La radiographie standard réalisée selon les incidences de Kapandji [fig1] a confirmé le diagnostic d'instabilité chronique de la trapézo-métacarpienne sans lésions ostéo-cartilagineuses associées. Le traitement chirurgical consistait en une ligamentoplastie par une bandelette tendineuse du long extenseur radial du carpe et du long abducteur du pouce dorsalisé selon la technique de Péquignot [fig2] associée à un embrochage en croix de la trapézo-métacarpienne [fig3,4].

Au recul de 18 mois, le patient ne présentait plus de douleur, la mobilité du pouce était comparable à celle du côté opposé et la congruence articulaire était bonne.

DISCUSSION

La luxation trapézo- métacarpienne est une lésion rare, bien que décrite depuis très longtemps, elle a la particularité d'une physiopathologie et d'un traitement original, elle est source d'instabilité du pouce et de rhizarthrose elle touche exclusivement les hommes avec des variances d'âge entre 20 et 40 ans [1], elle est le résultat des chocs en général peu violents, suite à un accident de la voie publique ou une chute avec réception sur la main en extension et pouce en adduction, le plus souvent isolée elle pose le problème de diagnostic différentiel avec la fracture de Bennett [2], l'association à d'autres lésions peut entraîner des retards diagnostiques.

Le diagnostic clinique est évoqué devant une douleur et œdème de la base du pouce avec impotence fonctionnelle totale du pouce, une déformation en dos de fourchette de la colonne du pouce, Le déplacement est habituellement dorso-radial comme le rapportent Green et Rowlands [3], Péquignot et Coll [4]. La recherche du signe de Tillaux (mobilité en touche de piano) ne s'avère pas indispensable à cause la douleur et vu l'importance de bons clichés radiologiques.

Le bilan lésionnel est purement radiologique comme le rappelle Foucher en 1882 [5], seules les incidences de Kapandji [6,7] de face et profil permettent de faire le diagnostic, en visualisant l'interligne trapézo-métacarpien, l'incidence de face est réalisée avec un poignet en extension à 15° et une pronation à 30°, tandis que l'incidence de profil est réalisée main en extension à 30° et en pronation. Ces incidences de Kapandji permettent aussi d'apprécier la qualité de la réduction.

Les clichés en stress proposés par Eaton [8-9] permettent d'apprécier au mieux et de façon comparative la laxité articulaire ; ils sont réalisés en incidence de face, les deux pouces s'appuyant l'un contre l'autre par leur bord radial.

Le traitement n'est pas encore codifié, plusieurs techniques ont été décrites, Wiggins [10] a proposé une méthode chirurgicale simple par embrochage après réduction de la luxation.

D'autres proposent des techniques de reconstitution tendineuse, différentes procédures ont été proposées. Eaton-Littler [11,12] dans leur méthode propose la plastie d'un héli-fléchisseur radial du carpe laissé inséré sur M2 et tunnélisé à la base de M1 d'une façon perpendiculaire puis passe sous le tendon du long abducteur du pouce. Brunelli [5,13] propose une plastie du long abducteur du pouce par voie longitudinale centrée sur la tabatière anatomique, dans l'instabilité dorso-radiale par lésion du complexe ligamentaire dorsal. La ligamentoplastie au moyen des tendons du 1er radial et du long abducteur du pouce dorsalisé selon la technique de Péquignot [1] est une double ligamentoplastie dorsale et élastique, facile d'exécution, assure d'emblée la position d'équilibre du premier métacarpien et la congruence articulaire. D'autres techniques utilisent le court extenseur du pouce [14], le ligament annulaire antérieur du carpe [15,16], ou encore le long palmaire [17].

L'avantage de ses plasties périphériques est de stabiliser l'articulation sans diminuer ses amplitudes.

CONCLUSION

Les luxations trapézo-métacarpiennes sont des lésions rares, mais ne doivent pas passer inaperçues, évoluant vers la rhizarthrose. La technique de Péquignot, facile d'exécution, permet de traiter ce type de lésions avec de bon résultats fonctionnels.



Figure 1 : Radiographie montrant une luxation trapézo-métacarpienne



Figure 2: Image per-opératoire de la technique de Péquignot



Figure 3: Radiographie de la main face en post opératoire



Figure 4: Radiographie de profil de la main en post opératoire

REFERENCE :

1- PEQUIGNOT J.P., GIORDANO Ph., BOATIER C., ALLIEUY. Luxation traumatique de la trapézo-métacarpienne. *Ann Chir Main*, 1988, 7, n° 1, 14-24.

2- GEDDA K.O., MOBERG E. -- Réduction ouverte et ostéosynthèse de la soi-disant fracture de Bennett de l'articulation carpo-métacarpienne du pouce. *Acta OrthopScand*, 1953, 22, 3,249.

3- AULHORN E. On dislocation of the thumbcarpometacarpal joint and on dislocation of the thumbmetacarpal (Bennett's fracture). *Deutsche Zietschriftfür chirurgie*, 1905, 77.

4- BARMAKIAN JT. Anatomy of the joints of the thumb. *Hand Clinics*, 1992, 8, 683-691.

5- BRUNELLI G, MONINI L, BRUNELLI F : Trapeziometacarpal stabilisation in arthrosis. *Ital. J OrthopTraum*, 1988, 3, 363-368.

6-KAPANDJI A., MOATII E., RAAB C. -- La radiographie spécifique de l'articulation trapézo-métacarpienne. Sa technique, son intérêt. *Ann Chir*, 1980, 9, 719-726

7-. COONEY WP, CHAO EYS : Biomechanicalanalysis of static forces in the thumbduring hand function. *J Bone Joint Surg (Am)*, 1977, 59, 27-36

8- DUPARC J, de la CAFFINIÈRE JY, PINEAU H : Approche biomécanique et cotation des mouvements du premier métacarpien. *Rev Chir Orthop*, 1971, 57, 3-12.

9- DRAY, EATON RG : The thumbcarpometacarpal joint. In : Green DP (Ed) : *Operative Hand Surgery*, Churchill-Livingstone, 2e-e Ed, 1988, 800-804.

10-WIGGINS H.E., BUNDENS W.D., PARK B.J. - Method of treatment of fracture-dislocations of first metacarpalbone. *J. Bone Joint Surg. (Am.)*, 1954, 36, 810-819.

11-EATON RG, LITTLER JW : Ligament reconstruction for the painfulthumbcarpometacarpal joint. *J Bone Joint Surg (Am)*, 1973, 55, 1655-1666

12-EATON RG, LANE LB, LITTLER JW, et al. (1984) Ligament reconstruction for the painfulthumbcarpometacarpal joint : a long-termassessment. *J Hand Surg Am.* 9 :692-9.

13-BRUNELLI G, MONINI L, BRUNELLI F. (1989) Stabilisation of the trapezio-metacarpal joint. *J Hand Surg Br.*14 :209-12.

14-RANDRIAMANJARANFR, PICHAT F. À propos de la luxation trapézo- métacarpienne récidivante traitée par ligamentoplastie active du court extenseur. *Acta OrthopBelg* 1985 ;51 :110-6.

15-ELMARAGHY MW. (2000) Anterior oblique ligament reconstruction of the thumbusing the transverse carpal ligament: description of a new procedure. *Ann Plast Surg.* 45 :19-23.

16-KUHLMANN JN. (2001) [A minimal trapezometacarpalligamentoplasty. *Chir Main.* 20 :93-100.

17-Messina A. (1975) Surgicaltechnic for the repair of ligaments in the post-traumatic Instability of trapezo-metacarpal articulation of the thumb. *Acta OrthopBelg.* 41 :684-8.

