

Fausse Boutonnière

Séquelle d'entorse du plan capsulo-ligamentaire antérieur de l'IPP
Serge Rouzaud
Institut Aquitain de la Main – 56, allée des Tulipes 33600 Pessac

Particularités de la rééducation :

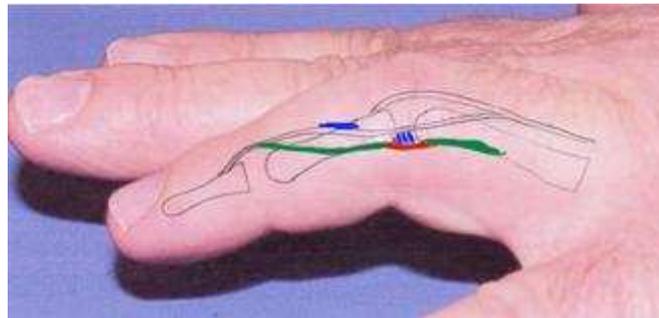


La récupération de la flexion digitale doit toujours être précédée d'une flexion préalable de l'IPD.

La sollicitation de l'extension de l'IPP doit se faire IPD libre (voire en flexion).
Rééducation longue (4-6 mois) pour lutter contre la mémoire tissulaire

Les entorses de l'IPP sont fréquentes, notamment en pratique sportive. Elles sont souvent négligées et conduisent non pas à une instabilité articulaire mais à une fausse boutonnière par rétraction initiale du plan capsulo-ligamentaire antérieure puis une cascade dégénérative :

1. rétraction du plan capsulo-ligamentaire antérieure : flossum de l'IPP
2. palmarisation progressive des bandelettes latérales, par distension de la lame triangulaire
3. fixation de cette palmarisation par la rétraction du ligament rétinaculaire transverse
4. rétraction du ligament rétinaculaire oblique qui fixe la déformation en boutonnière



Cette évolution dégénérative se fait par rétraction de certains éléments et distension d'autres.

L'objectif de la rééducation est de retrouver un équilibre entre des structures trop lâches et d'autres trop rétractées.

Autrement dit de prendre le contre pied de la déformation.

A ce stade de séquelle, il n'y a pas de risque de perturber la cicatrisation ligamentaire.

Les principes de rééducation reposent essentiellement sur une récupération des amplitudes articulaires

1. **1/ Préparation à la récupération des amplitudes articulaires de l'IPP:**
 1. Mobilisation tissulaire péri articulaire de l'IPP (type MTP) pour redonner une mobilité aux éléments capsulo-ligamentaires rétractés, adhérents
 2. décoaptation
 3. Micromobilisation pour redonner une capacité de glissement articulaire à l'IPP
 1. tiroirs antéro-postérieurs (tendance à une « subluxation antérieure » de la base de P2 sur la tête de P1 en raison de la rétraction du plan antérieure)
 2. en latéralité

1. **2/ Mobilisation articulaire analytique :**
 1. Flexion de l'IPD, afin de dorsaliser les bandelettes latérales de l'extenseur et donc mettre en tension le ligament rétinaculaire transverse
 2. Extension de l'IPP afin de mettre en tension le plan capsulo-ligamentaire antérieure (ne pas positionner l'IPD en extension, dont c'est déjà la tendance)

Ces mobilisations doivent être passives, actives. Des postures peuvent être utilisées.

1. **3/ Mobilisations globales en flexion :**
 1. La flexion de l'IPP doit toujours être précédées de celle de l'IPD (qui doit être conservée tout au long du mouvement), pour s'opposer à l'attitude spontanée de fausses boutonnière et répondre ainsi à la physio-pathologie.
 - 2.

C'est une rééducation techniquement simple mais longue et fastidieuse, qui impose une coopération du patient pendant 4 à 6 mois.

La mémoire tissulaire que possèdent les éléments rétractés n'aura de cesse de faire revenir la chaîne digitale en fausse boutonnière.

Il faudra donc que le patient participe très régulièrement en journée, par de courtes périodes d'exercice qui prendront le contre pied de la déformation pour s'opposer à cette mémoire tissulaire.

Auto-rééducation (enseignée par le kinésithérapeute) : 5 à 6 fois par jour, le patient doit réaliser des exercices lui même :

1. extension passive de l'IPP et surtout pas de l'IPD
2. flexion passive et active de l'IPD, l'IPP étant maintenue dans sa position d'extension maximale possible
3. triple flexion active, précédée de la flexion de l'IPD



Ne jamais laisser le temps passer, qui en 2 à 3h n'aura de cesse de redonner une attitude de fausse boutonnière à la chaîne digitale.

La récupération de la flexion de l'IPP doit être précédée de celle de l'IPD.
La sollicitation de l'extension de l'IPP doit se faire IPD libre (voire en flexion)

Une ou des orthèses dynamiques peuvent accompagner la rééducation

