

# SECTION DE L'APPAREIL EXTENSEUR EN ZONE 3

Serge Rouzaud

Institut Aquitain de la Main – 56, allée des  
Tulipes 33600 Pessac

## ► Particularités de la rééducation :

Il est impératif d'obtenir le compte rendu opératoire avant de débiter la rééducation afin de s'assurer de la seule suture de la bandelette médiane en zone 3.

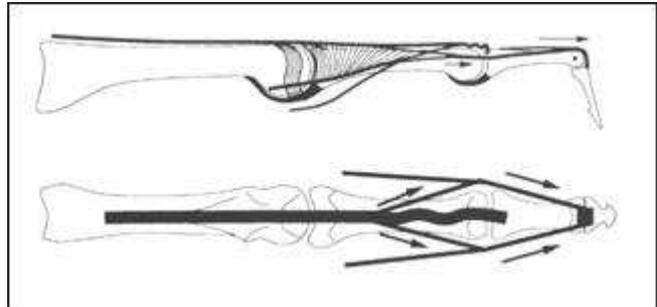
## ► Immobilisation :

Orthèse 24h/24h pendant 6 semaines, IPP en extension stricte ( MP-IPD libres ). Puis orthèse de port nocturne et lors des activités à risques, 15 jours supplémentaires

La zone 3 correspond à l'interphalangienne proximale. La section concerne donc la bandelette médiane en amont de la zone de trifurcation (zone 4) de l'appareil extenseur en bandelette médiane et bandelettes latérales.

Les principes de bases de l'immobilisation et de la rééducation, nous sont donnés par le « losange de Stack ».

La flexion de l'IPD entraîne un glissement distal des bandelettes latérales et donc du tendon extenseur principal sur le dos de P1. Ce glissement distal assure une détente de la bandelette médiane en zone 3.



De ce constat, il ressort :

**1/ l'immobilisation ne doit concerner que l'IPP en extension. L'IPD doit être libre, puisque sa flexion assure une détente de la suture tendineuse.**

**2/ Lors de la rééducation, la flexion de l'IPP doit toujours être précédée de celle de l'IPD pour assurer une moindre tension sur la zone de suture tendineuse.**

## ► Principes de bases, tout au long de la rééducation :

- éducation du patient :

o l'orthèse ne doit être enlevée qu'en présence du kinésithérapeute, tout en surveillant le maintien passif de l'IPP en extension.

- diminution de l'œdème :

o technique habituelle. Au cours des 1ers jours, il est possible d'associer une contention élastique de type Coheban (dans ce cas l'orthèse doit être adaptée au volume du Coheban : merci de nous ré adresser le patient)

- diminution de la douleur :

- o prise d'antalgique une bonne ½ heure avant la séance.
- mobilisation cutanéotendineuse :
  - o massage, palpé-roulé
  - o dépressomassage

▶ **Principes de récupération de la flexion, en fonction du délai post-opératoire :**

Le descriptif du losange de Stack nous donne les principes de base de la rééducation. Toute sollicitation en flexion de l'IPP doit être précédée d'une flexion de l'IPD afin de réduire la tension sur la zone de suture tendineuse.

Tout au long de la phase d'immobilisation la récupération de la flexion de l'IPP doit se faire uniquement en actif. La flexion passive présente un risque de « lâchage » de la suture tendineuse. Il faut donc la proscrire pendant les 6<sup>èmes</sup> semaines.

■ **J4-J15** : la rééducation est différée au 4<sup>ème</sup> jour afin de réduire le risque inflammatoire-œdème, facteur favorisant les adhérences et limitant le clivage des différents plans tissulaires.

- o Amplitudes de flexion active : 0° - 30°

■ **J15-J30** : Amplitudes de flexion active : 0° - 45°

■ **J30-J45** : Amplitudes de flexion active : 0° - 60°

■ **J45 ...** : l'amplitude n'est plus limitée, mais sa récupération doit être progressive. Si à 2 mois, l'amplitude obtenue n'est pas au moins de 90°, la récupération de la flexion doit être intensifiée par des postures. Si nécessaire, une orthèse de posture peut être réalisée (merci de nous ré adresser le patient sans attendre pour la confection de l'appareillage)

La récupération de la flexion ne doit pas se faire au détriment de l'extension active.  
Un déficit d'extension active est du à une rupture partielle ou totale de la suture.  
Merci de nous ré adresser le patient sans attendre, pour une reprise chirurgicale ou une immobilisation stricte

▶ **Sollicitation active de l'extension :**

L'extension active doit être sollicitée dès le début de la rééducation, afin de :

- vérifier le verrouillage actif en extension, donc la tenue de la suture.
- **solliciter le glissement tendineux et assurer un modelage des adhérences.**

Pas d'extension contre résistance avant la 10<sup>ème</sup> semaine.

Contrairement à la flexion qui doit être renforcée pour optimiser le maintien, l'extension n'assure que l'ouverture nécessaire au lâchage de la prise.

▶ **Auto-rééducation (enseignée par le kinésithérapeute) :**

5 à 6 fois par jour, le patient doit réaliser des exercices lui même :

- assouplissement en flexion : maintien de la flexion avec appui sur l'ongle (triple flexion) : 5'
- flexion active, en débutant par l'extrémité du doigt : 20 fois
- mobilisations en extension
- ne pas exclure le doigt des activités quotidiennes

■ **J0-J15** : 5 à 10 contractions actives aidées

■ **J15-J30** : 10 à 15 contractions actives aidées

■ **J30-J45** : 10 à 15 contractions actives

■ **J45 ...** : intensifier l'actif pour favoriser le glissement tendineux. L'électrostimulation peut être débutée dès la 8ème semaine.

## ▶ **SURVEILLANCE**

### ■ **Orthèse :**

- IPP en extension stricte pour 6 semaines
- IPD libre et entretien de la flexion
- ne pas mouiller : risque de macération et de désunion cicatricielle

### ■ **En cas d'infection :**

- renvoyer le patient au chirurgien

### ■ **Risques :**

- de « lâchage » de la suture : perte de l'extension active de l'IPP
- algoneurodystrophie : trouble inflammatoire, douleurs nocturnes...