

Mots clés :

Doigt à ressort ;
Injections articu-
laires ; Procé-
dures de chirur-
gie ambulatoire
[Ambulatory
Surgical Proce-
dures; Injec-
tions, Intra-
Articular; Trigger
Finger Disorder]

Doigt à ressort : un diagnostic clinique

Le doigt à ressort (« ressort », « gâchette »...) est généralement la conséquence d'une ténosynovite, presque dans tous les cas au niveau de la poulie A1 de l'articulation méta-carpo-phalangienne. Tous les doigts de la main peuvent être atteints. La prévalence est estimée à 28 cas pour 100 000 personnes-années en population générale¹, 2 à 3 fois plus chez les patients atteints de diabèteⁱⁿ². Ce syndrome douloureux ne pose pas de difficultés diagnostiques. Son traitement est assez bien codifié chez l'adulte, malgré quelques erreurs ou examens superflus à éviter. Une revue systématique de la littérature¹ et une méta-analyse Cochrane³ précisent les points de repère pour la décision.

Une ténosynovite caractéristique

Elle entraîne habituellement une gêne croissante dans la paume de la main lors du mouvement du ou des doigts atteints. A terme, ou parfois brutalement, l'extension du doigt déclenche un ressaut douloureux. Le doigt peut rester dans une position particulière, généralement en flexion. Une manipulation passive douce permet le retour à une extension complète. Une résolution spontanée est possible surtout si c'est le pouce qui est atteint¹. Le 1^{er} pic d'incidence de la maladie concerne les 8 1^{ères} années de vie (prévalence 0,2%), autant les garçons que les filles, touchant surtout le pouce (9 fois sur 10). Le 2^{ème}, le plus fréquent, survient chez les adultes de 50 à 70 ans (prévalence 2,6%), plutôt les femmes (6:1), sur la main dominante (pouce : 33%, annulaire : 27%)¹. Plusieurs causes ont été évoquées, y compris les mouvements répétitifs ou des traumatismes locaux, les activités professionnelles étant alors peut-être facteur favorisante¹. Cette pathologie est inscrite en France au tableau 57C des maladies professionnelles en cas de mouvements répétitifs ou prolongés de flexion/extension des doigts. Mais diverses comorbidités sont plus fréquemment en cause : diabète (prévalence 5 à 10%)², pathologies rhumatismales (canal carpien, Dupuytren, polyarthrite rhumatoïde, goutte), endocrines (hypothyroïdie), ou autres (insuffisance cardiaque congestive, insuffisance rénale chronique, amylose).

Peu de place aux examens complémentaires

Aucun examen paraclinique n'est à demander en première intention. En cas de doute, une échographie mettrait en évidence la synovite et le conflit tendons/poulie, une radiographie de la main les lésions d'arthrose fréquemment associées¹.

Que conclure pour notre pratique ?

Le doigt à ressort de l'enfant est particulier, congénital, atteignant le plus souvent le pouce. Dans une récente série de 71 cas, plus de 6 de ces « pouces à ressort » sur 10 ont guéri spontanément dans les 48 mois⁴. Diverses études recommandent une mobilisation douce par les parents : elle « guérit » 5 à 8 enfants sur 10, 8 à 9 s'il y a mise sous attelle, taux de réussite d'autant plus élevé que l'enfant est plus jeune¹. La chirurgie n'est pas une urgence...

Chez l'adulte, l'avis du patient est déterminant dans une pathologie où il s'agit d'avis d'experts et de séries limitées. S'il préfère une approche non invasive, le choix d'une immobilisation sous antalgiques pour 6 semaines environ est possible. S'il est plus « interventionniste », une à 3 infiltrations peuvent résoudre le problème, la chirurgie étant le recours en cas d'inefficacité ou de récidive, percutanée d'abord, ouverte si nécessaire en seconde intention.

Quel traitement ?

Les AINS ont pour seul intérêt le soulagement temporaire de la douleur. L'immobilisation sur attelle vise à réduire ou supprimer suffisamment longtemps le mouvement du tendon dans la poulie A1. Dans 2 études, cette mise au repos (6 semaines chez des travailleurs manuels ayant des mouvements répétitifs de la main, articulation métacarpophalangienne fléchie à 15°) a résolu les symptômes chez 5 à 7 patients sur 10 (sans effet sur des symptômes sévères ou anciens)¹.

L'efficacité d'une infiltration corticoïde varie de 40 à 90% pour une 1^{ère} injection (plus marquée pour le pouce, sur des symptômes de moins de 6 mois), la moitié pour une 2^{ème} injection. Il n'est pas démontré que l'infiltration doit se faire dans la gaine pour être efficace, certaines études ayant même montré que l'injection dans le tissu sous-cutané autour de la poulie A1 donne de meilleurs résultats. Les risques sont une dépigmentation, une atrophie sous-cutanée, une infection, rarement une rupture tendineuse¹. Deux petits essais contrôlés de faible qualité méthodologique (63 participants) ont montré que les corticoïdes associés à de la lidocaïne sont plus efficaces à 4 mois que la lidocaïne seule³.

Diverses techniques de chirurgie percutanée ont un taux de réussite >90% et des complications rares (lésions du nerf digital, infection, hématome, douleur persistante). La chirurgie « à ciel ouvert » paraît plutôt une solution de rattrapage (60 à 97% de succès), au prix d'un taux de complications nettement plus élevé. Chez l'enfant, si la référence traditionnelle reste la chirurgie, elle est de plus en plus concurrencée par des approches non invasives¹.

Références

- 1- Akhtar S et al. Management and referral for trigger finger/thumb. *BMJ*. 2005;331:30-3.
- 2- Wiwanitkit S et al. Trigger Digits and Diabetes Mellitus. *N Am J Med Sci*. 2012;4(3):117-9.
- 3- Peters-Veluthamaningal C et al. Corticosteroid injection for trigger finger in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 1.
- 4- Baek GH et al. The Natural History of Pediatric Thumb trigger. *J Bone Joint Surg*. 2008;90:980-5.