MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI UN PEUPLE- UN BUT – UNE FOI

UNIVERSITÉ DE BAMAKO

FAICULTÉ DE MÉDECINE DE PHAIRMAICHE ET D'ODONTO-STOMAITOLOGHE

Année académique 2012 - 2013

Thèse N°...../





UNIVERSITE



TRAITEMENT DU POUCE A
RESSAUT PAR INFILTRATION DE
CORTICOIDE DANS LE SERVICE DE
CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET DE
TRAUMATOLOGIE DU CHU DE KATI
A PROPOS DE 4 CAS

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE....../2013

DEVANT LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

Par: Monsieur Terna Traoré Interne des hôpitaux

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

JURY

Président : Pr Abdou A Touré Membres : Pr Mady Macalou Pr Adama Sangaré

Directeur de thèse : Pr Sekou Sidibé

Terna TRAORE

FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2012 – 2013

ADMINISTRATION

DOYEN: ANATOLE TOUNKARA - PROFESSEUR

1er Assesseur : **Boubacar Traore** - Maitre de Conferences

2ème ASSESSEUR : **IBRAHIM I. MAIGA** - MAITRE DE CONFERENCES

SECRETAIRE PRINCIPAL: IDRISSA AHMADOU CISSE - MAITRE -ASSISTANT

AGENT COMPTABLE: MADAME COULIBALY FATOUMATA TALL - CONTROLEUR DES FINANCES

LES PROFESSEURS HONORAIRES

Mr Alou BA Ophtalmologie

Mr Bocar SALL Orthopédie Traumatologie - Secourisme

Mr Yaya FOFANA Hématologie

Mr Mamadou L. TRAORE Chirurgie Générale

Mr Balla COULIBALY Pédiatrie

Mr Mamadou DEMBELE 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 CISSE Toxicologie

Mr Massa SANOGO Chimie Analytique

Mr Sambou SOUMARE Chirurgie Générale

Mr Sanoussi KONATE Santé Publique

Mr Abdou Alassane TOURE Orthopédie - Traumatologie

Mr Daouda DIALLO Chimie Générale & Minérale

Mr Issa TRAORE Radiologie

Mr Mamadou K. TOURE Cardiologie

Mme SY Assitan SOW Gynéco-Obstétrique

Mr Salif DIAKITE Gynéco-Obstétrique

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 Kalilou OUATTARA Urologie

Mr Amadou DOLO Gynéco Obstétrique

Mr Alhousseini Ag MOHAMED O.R.L.

Mr Djibril SANGARE Chirurgie Générale

Mr Abdel Kader TRAORE Dit DIOP Chirurgie Générale, Chef de D.E.R

Mr Gangaly DIALLO Chirurgie Viscérale

Mme TRAORE J. THOMAS Ophtalmologie

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Abdoulaye DIALLO Ophtalmologie

Mr. Mamadou TRAORE Gynéco-Obstétrique

Mr Filifing SISSOKO Chirurgie Générale

Mr Sékou SIDIBE Orthopédie. Traumatologie

Mr Abdoulaye DIALLO Anesthésie - Réanimation

Mr Tiéman COULIBALY Orthopédie Traumatologie

Mr Mamadou L. DIOMBANA Stomatologie

Mr Nouhoum ONGOIBA Anatomie & Chirurgie Générale

Mr Sadio YENA Chirurgie Thoracique

Mr Youssouf COULIBALY Anesthésie – Réanimation

Mr Zimogo Zié SANOGO Chirurgie Générale

Mr Mohamed KEITA ORL

Mr Mady MACALOU Orthopédie/Traumatologie

Mme TOGOLA Fanta KONIPO ORL

Mr Ibrahim ALWATA Orthopédie - Traumatologie

Mr Sanoussi BAMANI Ophtalmologie

Mr Tiemoko D. COULIBALY Odontologie

Mme Diénéba DOUMBIA Anesthésie/Réanimation

Mr Bouraïma MAIGA Gynéco/Obstétrique

Mr Niani MOUNKORO Gynécologie/Obstétrique

Mr Zanafon OUATTARA Urologie

Mr Adama SANGARE Orthopédie - Traumatologie

Mr Aly TEMBELY Urologie

Mr Samba Karim TIMBO ORL

Mr Souleymane TOGORA Odontologie
Mr Lamine TRAORE Ophtalmologie

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Issa DIARRA Gynéco-Obstétrique

Mr Youssouf SOW Chirurgie Générale

Mr Djibo Mahamane DIANGO Anesthésie-réanimation

Mr Moustapha TOURE Gynécologie

Mr Mamadou DIARRA Ophtalmologie

Mr Boubacary GUINDO ORL

Mr Moussa Abdoulaye OUATTARA Chirurgie Générale

Mr Birama TOGOLA Chirurgie Générale

Mr Bréhima COULIBALY Chirurgie Générale

Mr Adama Konoba KOITA Chirurgie Générale

Mr Adégné TOGO Chirurgie Générale

Mr Lassana KANTE Chirurgie Générale

Mr Mamby KEITA Chirurgie Pédiatrique

Mr Hamady TRAORE Odonto-Stomatologie

Mme KEITA Fatoumata SYLLA Ophtalmologie

Mr Drissa KANIKOMO Neuro Chirurgie

Mme Kadiatou SINGARE ORL-Rhino-Laryngologie

Mr Nouhoum DIANI Anesthésie-Réanimation

Mr Aladji Seïdou DEMBELE Anesthésie-Réanimation

Mr Ibrahima TEGUETE Gynécologie/Obstétrique

Mr Youssouf TRAORE Gynécologie/Obstétrique

Mr Lamine Mamadou DIAKITE Urologie

Mme Fadima Koréissy TALL Anesthésie Réanimation

Mr Mohamed KEITA Anesthésie Réanimation

Mr Broulaye Massaoulé SAMAKE Anesthésie Réanimation

Mr Yacaria COULIBALY Chirurgie Pédiatrique

Mr Seydou TOGO Chirurgie Thoracique et Cardio Vasculaire

Mr Tioukany THERA Gynécologie

Mr Oumar DIALLO Neurochirurgie

Mr Boubacar BA Odontostomatologie

Mme Assiatou SIMAGA Ophtalmologie

Mr Seydou BAKAYOKO Ophtalmologie

Mr Sidi Mohamed COULIBALY Ophtalmologie

Mr Adama GUINDO Ophtalmologie

Mme Fatimata KONANDJI Ophtalmologie

Mr Hamidou Baba SACKO ORL

Mr Siaka SOUMAORO ORL

Mr Honoré jean Gabriel BERTHE Urologie

Mr Drissa TRAORE Chirurgie Générale

Mr Bakary Tientigui DEMBELE Chirurgie Générale

Mr Koniba KEITA Chirurgie Générale

Mr Sidiki KEITA Chirurgie Générale

Mr Soumaïla KEITA Chirurgie Générale

Mr Alhassane TRAORE Chirurgie Générale

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

PROFESSEURS

Mr Amadou DIALLO Biologie

Mr Moussa HARAMA Chimie Organique

Mr Ogobara DOUMBO Parasitologie – Mycologie

Mr Yénimégué Albert DEMBELE Chimie Organique

Mr Anatole TOUNKARA Immunologie

Mr Bakary M. CISSE Biochimie

Mr Abdourahamane S. MAIGA Parasitologie

Mr Adama DIARRA Physiologie

Mr Mamadou KONE Physiologie

Mr Sékou F.M. TRAORE Entomologie Médicale

Mr Mamady KANE Radiologie

2. MAITRES 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 Abdoulaye DABO Malacologie, Biologie Animale

Mr Ibrahim I. MAIGA Bactériologie – Virologie

Mr Mahamadou A. THERA Parasitologie -Mycologie

Mr Moussa Issa DIARRA Biophysique

Mr Mouctar DIALLO Biologie Parasitologie

Mr Djibril SANGARE Entomologie Moléculaire Médicale

Mr Boubacar TRAORE Parasitologie Mycologie

Mr Mounirou BABY Hématologie

Mr Guimogo DOLO Entomologie Moléculaire Médicale

Mr Kaourou DOUCOURE Biologie

Mr Lassana DOUMBIA Chimie Organique

Mr Abdoulaye TOURE Entomologie Moléculaire Médicale

Mr Cheik Bougadari TRAORE Anatomie-Pathologie

Mr Souleymane DIALLO Bactériologie-Virologie

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Bouréma KOURIBA Immunologie

Mr Mahamadou DIAKITE Immunologie – Génétique

Mr Bakarou KAMATE Anatomie Pathologie

Mr Bakary MAIGA Immunologie

Mr Bokary Y. SACKO Biochimie

4. ASSISTANTS

Mr Mamadou BA Biologie, Parasitologie Entomologie Médicale

Mr Moussa FANE Parasitologie Entomologie

Mr Blaise DACKOUO Chimie Analytique

Mr Aldiouma GUINDO Hématologie

Mr Boubacar Ali TOURE Hématologie

Mr Issa KONATE Chimie Organique

Mr Moussa KONE Chimie Organique

Mr Hama Abdoulaye DIALLO Immunologie

Mr Seydina Aboubacar Samba DIAKITE Immunologie

Mr Mamoudou MAIGA Bactériologie

Mr Samba Adama SANGARE Bactériologie

Mr Oumar GUINDO Biochimie

Mr Seydou Sassou COULIBALY Biochimie

Mr Harouna BAMBA Anatomie Pathologie

Mr Sidi Boula SISSOKO Hysto-Embryologie

Mr Bréhima DIAKITE Génétique

Mr Yaya KASSOUGUE Génétique

Mme Safiatou NIARE Parasitologie

Mr Abdoulaye KONE Parasitologie

Mr Bamodi SIMAGA Physiologie

Mr Klétigui Casmir DEMBELE Biochimie Clinique

Mr Yaya GOITA Biochimie Clinique

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS

Mr Mahamane MAIGA Néphrologie

Mr Baba KOUMARE Psychiatrie

Mr Moussa TRAORE Neurologie

Mr Hamar A. TRAORE Médecine Interne

Mr Dapa Aly DIALLO Hématologie

Mr Moussa Y. MAIGA Gastro-entérologie – Hépatologie

Mr Somita KEITA Dermato-Léprologie

Mr Boubakar DIALLO Cardiologie

Mr Toumani SIDIBE Pédiatrie

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Abdel Kader TRAORE Médecine Interne

Mr Siaka SIDIBE Radiologie

Mr Mamadou DEMBELE Médecine Interne

Mr Saharé FONGORO Néphrologie

Mr Bakoroba COULIBALY Psychiatrie

Mr Bou DIAKITE Psychiatrie

Mr Bougouzié SANOGO Gastro-entérologie

Mme SIDIBE Assa TRAORE Endocrinologie

Mr Adama D. KEITA Radiologie, **Chef de DER**

Mr Sounkalo DAO Maladies Infectieuses

Mme TRAORE Mariam SYLLA Pédiatrie

Mr Daouda K. MINTA Maladies Infectieuses

Mr Souleymane DIALLO Pneumologie

Mr Seydou DIAKITE Cardiologie

Mr Mahamadou TOURE Radiologie

Mr Idrissa Ah. CISSE Rhumatologie/Dermatologie

Mr Mamadou B. DIARRA Cardiologie

Mr Moussa T. DIARRA Hépato Gastro-Entérologie

Mme Habibatou DIAWARA Dermatologie

Mr Cheick Oumar GUINTO Neurologie

Mr Anselme KONATE Hépato Gastro-Entérologie

Mr Kassoum SANOGO Cardiologie

Mr Boubacar TOGO Pédiatrie
Mr Arouna TOGORA Psychiatrie

Mr Souleymane COULIBALY Psychologie

3. MAITRES ASSISTANTS

Mme KAYA Assétou SOUCKO Médecine Interne

Mr Mahamadoun GUINDO Radiologie

Mr Ousmane FAYE Dermatologie

Mr Yacouba TOLOBA Pneumo-Phtisiologie

Mme Fatoumata DICKO Pédiatrie

Mr Boubacar DIALLO Médecine Interne

Mr Youssoufa Mamoudou MAIGA Neurologie

Mr Modibo SISSOKO Psychiatrie

Mr Ilo Bella DIALL Cardiologie

Mr Mahamadou DIALLO Radiologie

Mr Adama Aguissa DICKO Dermatologie

Mr Abdoul Aziz DIAKITE Pédiatrie

Mr Boubacar dit Fassara SISSOKO Pneumologie

Mr Salia COULIBALY Radiologie

Mr Ichaka MENTA Cardiologie

Mr Souleymane COULIBALY Cardiologie

Mr Japhet Pobanou THERA Médecine Légale/Ophtalmologie

4. Assistants

Mr Drissa TRAORE Anatomie

D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEURS

Mr Gaoussou KANOUTE Chimie analytique

Mr Ousmane DOUMBIA Pharmacie Chimique

Mr Elimane MARIKO Pharmacologie, **Chef de D.E.R.**

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Drissa DIALLO Matières Médicales

Mr Alou KEITA Galénique

Mr Bénoit Yaranga KOUMARE Chimie Analytique

Mr Ababacar I. MAIGA Toxicologie

Mme Rokia SANOGO Pharmacognosie

Mr Saïbou MAIGA Législation

MAITRES ASSISTANTS

Mr Yaya KANE Galénique

Mr Ousmane KOITA Parasitologie Moléculaire

Mr Yaya COULIBALY Législation

Mr Abdoulaye DJIMDE Microbiologie-Immunologie

Mr Sékou BAH Pharmacologie

Mr Loséni BENGALY Pharmacie Hospitalière

ASSISTANT

Mr Aboubacar Alassane Oumar Pharmacologie Clinique

Mr Sanou Khô COULIBALY Toxicologie

Mr Tidiane DIALLO Toxicologie

Mr Bourama TRAORE Législation

Mr Issa COULIBALY Gestion

Mr Mahamadou TANDIA Chimie Analytique

Mr Madani MARIKO Chimie Analytique

Mr Mody CISSE Chimie Thérapeutique

Mr Ousmane DEMBELE Chimie Thérapeutique

Mr Hamma Boubacar MAIGA Galénique

Mr Bacary Moussa CISSE Galénique

Mr Adama DENOU Pharmacognosie

Mr Mahamane HAIDARA Pharmacognosie

Mr Hamadoun Abba TOURE Bromatologie

Mr Balla Fatoma COULIBALY Pharmacie Hospitalière

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Mamadou Souncalo TRAORE Santé Publique, Chef de D.E.R.

Mr Jean TESTA Santé Publique

Mr Massambou SACKO Santé Publique

Mr Alassane A. DICKO Santé Publique

Mr Seydou DOUMBIA Epidémiologie

Mr Samba DIOP Anthropologie Médicale

Mr Hamadoun SANGHO Santé Publique

2. MAITRES ASSISTANTS

Mr Adama DIAWARA Santé Publique

Mr Hammadoun Aly SANGO Santé Publique

Mr Akory AG IKNANE Santé Publique

Mr Ousmane LY Santé Publique

Mr Cheick Oumar BAGAYOKO Informatique Médecine

Mme Fanta SANGHO Santé Communautaire

3. ASSISTANTS

Mr Oumar THIERO Biostatistique

Mr Seydou DIARRA Anthropologie Médicale

Mr Abdrahamne ANNE Bibliothéconomie-Bibliographie

CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mr N'Golo DIARRA Botanique

Mr Bouba DIARRA Bactériologie

Mr Zoubeïrou MAÏGA Physique

Mr Boubacar KANTE Galénique

Mr Souléymane GUINDO Gestion

Mme DEMBELE Sira DIARRA Mathématiques

Mr Modibo DIARRA Nutrition

Mme MAIGA Fatoumata SOKONA Hygiène du Milieu

Mr Mahamadou TRAORE Génétique

Mr Lassine SIDIBE Chimie Organique

Mr Cheick O. DIAWARA Bibliographie

Mr Ousmane MAGASSY Bibliographie

ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr. Babacar FAYE Pharmacodynamie

Pr. Amadou Papa DIOP Biochimie

Pr. Lamine GAYE Physiologie

Pr. Pascal BONNABRY Pharmacie Hospitalière

DEDICACES

A mon Père Feu TRAORE FAMAGNAN:

Tu aurais pu me voir terminer mes études mais la mort a eu raison de toi le 17 Mai 2003, tu resteras éternellement dans mon cœur.

Tu nous as donné l'exemple de l'homme honnête, travailleur et pieux.

Tu nous as appris à être simple et modeste.

Seuls ton affection et tes conseils nous ont conduit à ce que nous sommes aujourd'hui.

Qu'Allah ait ton âme en sa sainte garde Amen.

A ma Mère SANATA DIABATE:

Tous ceux qui me sont proches peuvent témoigner de l'amour que j'ai pour toi. Tu es un exemple d'amour, de tendresse et d'abnégation.

Ce travail n'est que le résultat de tes nombreux sacrifices et de tes prières.

Que tes prières et bénédictions m'accompagnent.

A mes Oncles:

Adama Diabaté, Sékou Sidibé, Satigui Sidibé, Souleymane Sidibé, Mamadou Sogodogo, Issa Sangaré

Vous m'avez accepté telle que je suis et sachant comment je suis.

Je sais que vous avez dû faire beaucoup de sacrifices.

Recevez ici l'expression de mes sentiments sincères.

A mes Tantes:

Assitan Kouyaté, Bata, Mariam Kouyaté, Korian Singaré, Fanta Cissé

Femmes noires et femmes du monde, c'est vous qui m'avez guidé pas à pas sur cette branche.

Votre gentillesse et votre compréhension, ne m'ont point fait défaut durant tout mon trajet. Soyez rassurées de ma reconnaissance.

Surtout que cette thèse puisse aboutir à votre satisfaction et à la réalisation de vos vœux les meilleurs. J'espère ne point vous décevoir.

A mon ami et collègue : Feu Issa Diarra :

Tu as été plus qu'un ami pour moi de tout le temps. Ton aide physique, matériel, spirituel et ton dévouement ne m'ont manqué en aucun moment. Que le tout puissant t'accueille dans son paradis.

REMERCIEMENTS

A Allah, le Tout Puissant et Clément pour m'avoir accordé (dans sa miséricorde) la réalisation de ce travail.

Au corps professoral et au personnel du décanat de la faculté de médecine de pharmacie et d'odonto-stomatologie du Mali merci pour l'encadrement exemplaire.

A ma chérie: Maïmouna Koné

Tu m'as donné ton amitié, puis ton amour.

Chaque jour tu me prouves ton amour et ton attachement.

Tu m'as accepté malgré mes nombreux défauts et su me comprendre.

Puisse notre amour durer toute la vie.

Que ce travail soit l'expression de mon amour indéfectible pour toi.

A mes chers frères et sœurs, à leurs chères et respectueuse épouses et époux:

En témoignage de mon affection fraternelle, de ma profonde tendresse et reconnaissance, je vous souhaite une vie pleine de bonheur et de succès et que Dieu, le tout puissant, vous protège et vous garde.

A mes chers cousins et cousines :

Veuillez trouver dans ce travail l'expression de mon respect le plus profond et de mon affection la plus sincère.

A ma fille Massaran T. Traoré et mon fils Adama T. Traoré:

Le chemin qui mène à la réussite est long et fait d'embûches mais, je suis sûre qu'avec un peu plus de volonté vous y parviendrez.

Je vous aimes et tous mes encouragements.

A notre maître Pr Tièman Coulibaly

Merci pour tout, nous prions Dieu pour que vos énormes qualités humaines et votre rigueur pour le travail bien fait nous servent d'exemple.



A notre maître Pr Alwata Ibrahim

Merci pour votre encadrement. Votre simplicité, votre disponibilité et votre rigueur dans le travail font de vous, un homme de qualité.

A notre maître Dr Corinne Bronfen

Merci pour votre grande pédagogie à transmettre vos connaissances et vos qualités humaines font de vous un maître exemplaire.

Recevez chère Maître l'expression de notre reconnaissance.

A nos aînés Dr Pavel G Tamayo, Dr Cheick O Sanogo

Merci de votre bonne collaboration et de votre compréhension.

A mes collègues internes des CHU de Kati et Gabriel Touré : Mamadou B.

Traoré, Kalifa D Coulibaly, Gaoussou Kéita, Souleymane Diallo, Sory I. Tambassi, Soumana Traoré et Aboubacar Diallo.

En souvenir de notre profonde amitié et des moments agréables que nous avons passés ensemble

Au personnel médical et paramédical des services de traumatologie orthopédie des CHU Gabriel Touré et de Kati.

En témoignage de nos sincères remerciements et profond estime pour votre aide.

A notre maître et président du jury

Professeur Abdou Alassane Touré

- Professeur honoraire de chirurgie orthopédique et traumatologique
- ➤ Membre de la SAFO
- Président de la SO.MA.C.O.T
- > Chevalier de l'Ordre National du Mali.

Vous nous avez séduit depuis notre stage dans votre service en 3è année de médecine, par votre aisance devant le patient et votre habilité de chirurgien.

L'admiration et le respect que vous inspirez, votre abord facile, votre gentillesse et votre souci permanent de former vos élèves font que vous restez pour nous un exemple.

Puisse ce travail être pour nous l'occasion de vous exprimer notre sincère reconnaissance et notre profond respect.

A notre Maître et juge :

Professeur Mady MACALOU

- Chirurgien orthopédiste et traumatologue à l'infirmerie hôpital de Kati.
- Maître de conférences à la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie (FMPOS).
- Général de l'armée malienne
- Membre de la société malienne de chirurgie orthopédique et traumatologie (SO.MA.C.O.T).
- Membre de la société française de chirurgie orthopédique et traumatologie (SO.F.C.O.T).
- Officier de l'ordre national du Mali.
- Chevalier de l'ordre national du mérite français.

Durant notre passage dans votre service nous avons été séduit par vos qualités d'enseignant, de clinicien et votre habilité de chirurgien.

Vous avez toujours eu à notre égard une attention et une gentillesse particulières.

Votre souci constant de former vos internes font que vous êtes un exemple.

En acceptant de juger ce modeste travail vous nous avez honoré.

Trouvez ici l'expression de notre gratitude et l'assurance de notre profond respect.

A notre Maître et juge

Professeur Adama SANGARE

- > Chirurgien orthopédiste et traumatologue au CHU de Kati
- Ancien interne des hôpitaux de Dijon (France)
- Maître de conférences à la Faculté de Médecine et d'Odonto Stomatologie (FMPOS).
- Membre de la société malienne de chirurgie orthopédique et traumatologie (SO.MA.C .O.T).
- Membre de la SAFO
- Membre de la société Mali-Médical.

Nous avons été très sensible aux conseils et à l'enseignement que vous nous avez dispensés. Vos talents de chirurgien nous ont séduit.

Votre discrétion, votre profond respect d'autrui, votre gentillesse font de vous un maître particulièrement aimé et respecté.

Nous avons été sensible à votre accueil spontané et vous nous faites aujourd'hui le grand honneur de juger ce travail.

Soyez assuré de notre profond respect.

A notre Maître et Directeur de thèse :

Professeur Sékou SIDIBE

- > Chirurgien orthopédiste et traumatologue au CHU de Kati.
- > Chef de service de chirurgie orthopédique et traumatologique du CHU de Kati.
- Maître de conférences à la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie (FMPOS).
- Membre de la société Malienne de chirurgie orthopédique et traumatologie (SO.MA.C.O.T).
- ➤ Membre de la SAFO
- Membre du conseil de santé

Nous retenons de vous un chirurgien exigeant, passionné, infatigable, d'un dynamisme étonnant et un homme sans rancune.

Deux qualités remarquables pour lesquelles nous sommes restés auprès de vous malgré des moments parfois difficiles et palpitants.

Nous espérons que ces valeurs positives seront les nôtres demain.

Nous espérons également que nous ne vous avons pas apporté que déceptions.

Merci pour l'encadrement reçu. Merci pour avoir accepté de diriger ce travail.

LISTE DES ABREVIATIONS ET SIGLES :

- M= Masculin
- F= Féminin
- Abd= Abduction
- Add= Adduction
- Vx= Vaisseaux
- Ligt= Ligament
- L F P= Long fléchisseur du pouce
- CFP=Court fléchisseur du pouce
- L. Abd. P= Long abducteur du pouce
- C E P= Court extenseur du pouce
- LEP=Long extenseur du pouce
- C. Abd. P= Court abducteur du pouce
- Op. P= Opposant du pouce
- Add. P= Adducteur du pouce
- Coll= Collaborateurs
- CHU= Centre Hospitalier Universitaire
- %= Pourcentage
- Fig.= Figure
- M C P= Métacarpo-phalangienne
- CMC= Carpo-métacarpienne
- IP= Inter-phalangienne
- P.R= Pouce à ressaut

Listes des figures

-	Fig. 1 : Osteologie de la main	
-	Fig.2: Abduction-Adduction, Antépulsion-Rétropulsion dans la CMC	du
	pouce	.8
-	Fig.3: Antépulsion, Position de repos et Rétropulsion dans la M.F	' du
	pouce	11
-	Fig.4: Adduction, Position de repos et Abduction dans la MCP	du
	pouce	.11
-	Fig.5: Flexion-Extension dans l'I.P du pouce	13
-	Fig.6: Opposition du pouce par rapport aux doigts	13
-	Fig.7 : Vues permettant d'exposer les muscles extrinsèques du pouce	16
-	Fig. 8 : Muscle court abducteur du pouce	17
-	Fig.9: Muscle opposant du pouce	.18
-	Fig.10 : Muscle court fléchisseur du pouce	19
-	Fig.11 : Muscle adducteur du pouce	20
-	Fig.12: Le premier interosseux palmaire	.21
_	Fig.13: Vascularisation de la main	23
-	Fig.14: Territoires innervés par les 3 nerfs	26
-	Figure 15: Gaines synoviales de la main	27
-	Fig.16: Poulies de la main	29
_	Fig. 17 : Position du pouce à ressaut	.42
_	Fig. 18: Nodule palpable dans l'articulation MCP du pouce	

SOMMAIRE

I- INTRODUCTION
II-GENERALITES
III-METHODOLOGIE32
IV- RESULTATS36
V-COMMENTAIRES ET DISCUSSION44
VI-CONCLUSION ET RECOMMENDATIONS5!
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES
ANNEXES
RESUME

I- INTRODUCTION

La main étant l'organe de la préhension, nous réunissons sous le même titre le doigt à ressort (ressaut) et le pouce à ressort car ces deux affections ont exactement les mêmes signes et se voient dans les mêmes cas, il n'y a donc pas lieu de les séparer.

Le doigt à ressaut ou à ressort est une pathologie bénigne, son incidence est de 2,6% dans la population générale, ce qui en fait une affection classique et fréquente en consultation de chirurgie de la main.

Elle est relativement fréquente chez les femmes d'âge moyen autour de la cinquième décennie mais peut parfois survenir chez les enfants.

C'est une pathologie qui prédomine au niveau du pouce.

C'est une pathologie, le plus souvent, idiopathique par blocage de l'appareil fléchisseur au niveau de la métacarpophalangienne en regard de la poulie A1, douleur avec gène fonctionnelle.

Son origine congénitale ou acquise reste toujours sujet à discussions.

Le diagnostic du pouce à ressaut est évident et facile à poser par un simple examen clinique.

Les examens complémentaires sont généralement inutiles.

Le traitement reste discuté entre les infiltrations et la libération chirurgicale qui comporte actuellement deux techniques, l'une à ciel ouvert et l'autre percutanée.

Le but de ce travail était de faire une mise au point sur cette affection ainsi que son traitement dans le service de traumatologie-orthopédie du CHU de Kati.

A notre connaissance aucune publication n'en a fait objet au Mali d'où la présente étude qui vise les objectifs suivants :

OBJECTIFS

Objectif général:

Etudier le pouce à ressaut par infiltration de corticoïde dans le service de chirurgie orthopédique et traumatologie du CHU de Kati.

Objectifs spécifiques:

- 1- Déterminer les aspects épidémiologiques du pouce à ressaut ;
- 2- Présenter l'observation des patients atteints de la pathologie du pouce à ressaut ;
- 3- Déterminer les facteurs favorisants dans notre cas particulier ;
- 4- Apprécier le résultat du traitement.

II- GENERALITES:

Le pouce à ressaut : C'est une flexion irréductible et douloureuse du pouce par blocage du tendon du long fléchisseur par un nodule à l'entrée de la première poulie annulaire au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce.

L'affection a été découverte en 1850 par un chirurgien de LISIEUX, nommé NOTTA. Sa description s'appuyait surtout sur des observations de malades adultes. Mais en 1934, SORREL et HUBERT BENOIT ont découvert un aspect nouveau de la question en montrant que la dite << camptodactylie congénitale qui désigne la flexion irréductible des doigts qui se présente selon deux variétés, d'étiologie et de traitement différents suivant qu'elle existe au pouce ou aux autres doigts>> était due au blocage du tendon fléchisseur selon le même mécanisme reconnu habituellement au pouce à ressort.

Par rapport à l'étiologie toutes les hypothèses étaient permises après ; deux théories seulement ont été discutées. [1]

- La théorie articulaire : KOENIG et LETTINGER, POIRIER dans un article de 1889 et CARTIER dans sa thèse de la même année pensaient qu'il devait s'agir d'une déformation des surfaces articulaires ou d'un accrochement de la sangle glénoïdienne sur le tubercule palmaire de la tête des métacarpiens.
- La théorie musculaire : CARTIER et FERE se basant sur l'irrégularité des symptômes et de l'évolution, sur la possibilité de guérison spontanée, l'influence de la nervosité dans la production des accidents, admettent que la part musculaire ne puisse être déniée. Il s'agirait pour eux d'un spasme du fléchisseur profond qui céderait brusquement.

Cette dernière théorie qui a été retenue comme très exacte car les caractères spastiques intermittents se retrouvent très souvent à l'interrogatoire. C'est pourquoi avant d'opérer ils prescrivaient toujours des tranquillisants avec un taux élevé de succès.

1-Description du pouce :

La main organe du toucher et de la préhension, le pouce représentant les 40 à 50% de la fonction absolue.

Le pouce a un rôle fondamental par la réalisation des pinces pollicidigitales, sa position exceptionnelle plus proximale et en avant de la paume de la main, l'absence de la phalange moyenne, plus court mais plus robuste, il possède les plus grandes des empreintes digitales, ses mouvements sont contrôlés par huit(8) muscles ce qui lui en fait également le plus précis des doigts.

2-Embryologie du pouce :

Le pouce est le premier doigt de la main des primates dont l'Homme.

Grâce à sa différence avec les autres doigts ; non seulement par son positionnement différent (opposable aux autres doigts), mais aussi par une phalange absente.

Cette morphologie atypique serait due au fait que le pouce de l'embryon des mammifères est sous le contrôle d'un seul gène architecte le Hox 13, alors que chacun des autres doigts le sont par un groupe de plusieurs gènes Hox (Hox 10, 11,12).

3- Ostéologie de la main :

Le métacarpe constitue le squelette de la paume de la main. Il se compose de cinq os longs, les métacarpiens, qui s'articulent en haut avec les os de la deuxième rangée du carpe, en bas avec les premières phalanges des doigts. Ces os limitent entre eux les espaces interosseux numérotés de I à V allant du pouce vers le petit doigt.

3-1) Caractères communs aux métacarpiens : [2]

Ce sont des os longs présentant chacun un corps, une extrémité proximale ou base, et une extrémité distale ou tête.

3-1-1) Le corps :

Légèrement incurvé en avant, il est prismatique triangulaire avec :

- -une face dorsale, lisse répondant aux tendons des muscles extenseurs des doigts ;
- -des faces antéro-médiale et antérolatérale, donnant insertion aux muscles interosseux palmaires et dorsaux ;
- -un bord palmaire, concave;
- -des bords médial et latéral, peu marqués.

3-1-2) La base :

Cuboïde, elle présente :

- deux faces non articulaires, palmaire et dorsale;
- -trois faces articulaires, supérieure pour le carpe, et latéral pour les métacarpiens adjacents.

3-1-3) La tête:

Aplatie transversalement, elle constitue la saillie osseuse du poing. Elle présente :

-deux faces articulaires convexes en continuité, les palmaire et inférieure. Elles répondent à la base d'une phalange proximale.

La surface articulaire palmaire est échancrée en son milieu;

-trois faces non articulaires:

La face dorsale, rugueuse ; Les faces latérale et médiale qui présentent chacun un tubercule du ligament collatéral métacarpo-phalangien.

3-2) Caractères différentiels :

3-2-1) Le métacarpien I:

- Le plus court et le plus volumineux des métacarpiens.
- Son corps, aplati d'avant en arrière, donne insertion au muscle opposant du métacarpien I et aux premiers muscles interosseux palmaire et dorsal.
- Sa base ne présente qu'une surface articulaire supérieure, conformée en selle sagittalement.
- Sur sa face latérale s'insère le muscle long abducteur du métacarpien I.

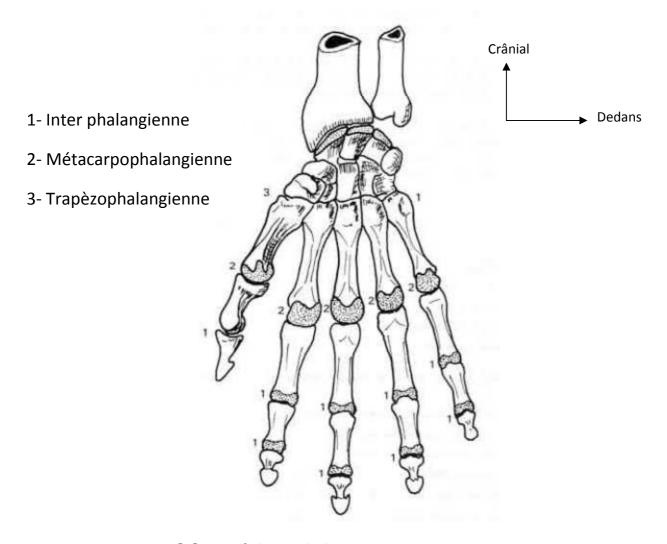


Figure 1 [4] : Ostéologie de la main

4- Arthrologie:

4-1) Articulation carpo-métacarpienne du pouce :

4-1-1) Anatomie descriptive:

C'est une articulation synoviale en selle, elle unit l'os trapèze à la base du 1^{er} métacarpien.

a) Surfaces articulaires:

- La surface articulaire inférieure du trapèze : a la forme d'une selle concave transversalement, convexe d'avant en arrière.
- La surface articulaire supérieure de la base du 1^{er} métacarpien : a la forme d'une selle convexe transversalement, concave d'avant en arrière.

b) Capsule articulaire:

- La membrane fibreuse : très lâche elle se fixe sur le pourtour des surfaces articulaires.
- La membrane synoviale : elle délimite une cavité synoviale indépendante des cavités voisines.

c) Moyens d'union:

- Le ligament latéral : tendu de la face latérale du trapèze au bord latéral de la base du 1^{er} métacarpien.
- Les ligaments palmaires et dorsaux : dirigés obliquement des faces du trapèze vers le bord médial de la base du 1^{er} métacarpien.

d) Vaisseaux et nerfs:

- Les artères : naissent de l'artère radiale.
- Les nerfs : proviennent du nerf radial pour la face dorsale, et du nerf médian pour la face palmaire.

4-1-2) Anatomie fonctionnelle:

L'articulation trapèzo-métacarpienne du pouce est une articulation à deux degrés de liberté.

a) Antépulsion-Rétropulsion :

- La flexion : rapproche le 1^{er} métacarpien de l'axe de la main et incline le pouce vers la paume de la main.
- L'extension : permet au pouce de se placer dans le plan de la paume.
- L'amplitude du mouvement : est d'environ 50° à 90°

b) Abduction-Adduction:

- L'abduction : écarte le 1^{er} métacarpien du 2^e et agrandit le 1^{er} espace interosseux.
- L'adduction : rapproche le 1^{er} métacarpien du 2^e et applique la pulpe du pouce contre la 1^{ère} phalange de l'index.
- L'amplitude du mouvement : est d'environ 45° à 50°.

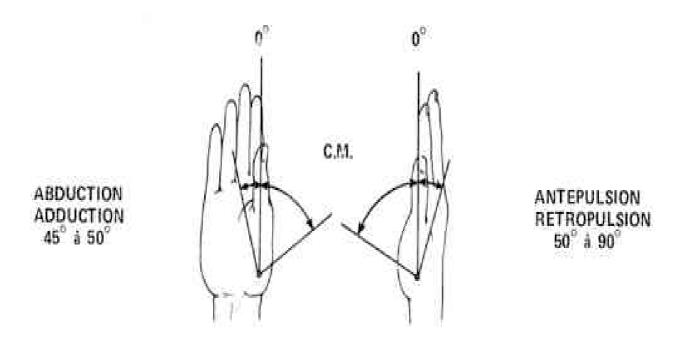


Figure 2 [4]: Amplitudes de mouvement du pouce

c) Circumduction et Opposition:

- Circumduction : résulte de la combinaison des mouvements précédents.
- L'opposition: est un mouvement complexe par lequel la pulpe du pouce se met en contact avec la pulpe des 2 e, 3 e, 4 e, ou 5 e doigts.
- Au cours de ces mouvements interviennent aussi, à des degrés divers, les articulations de la colonne du pouce : radioscaphoïdienne, scapho-trapèzienne, métacarpo-phalangienne, et inter phalangienne.

d) Position de fonction : le 1^{er} métacarpien fait avec le 2^e :

- Un angle de 40° dans le plan sagittal,
- Un angle de 20° dans le plan frontal.

4-2) Articulation métacarpo-phalangienne du pouce :

4-2-1) Anatomie descriptive:

a) Surfaces articulaires:

- La tête du 1^{er} métacarpien : convexe et trapézoïdale à petite base dorsale, elle présente :
 - -une partie phalangienne pour cavité glénoïdale de la phalange ;
 - -une partie palmaire présentant deux tubercules, répondant aux os sésamoïdes.
- La cavité glénoïdale de la phalange proximale : concave et ovalaire à grand axe transversal.
- La face profonde du ligament palmaire : sa partie distale, encroutée de cartilage prolonge la cavité glénoïdale.
- Le fibrocartilage glénoïdien renferme dans son épaisseur deux os sésamoïdes : l'un latéral (scaphoïde de GILLETTE), l'autre médial (pisiforme de GILLETTE).

b) La capsule articulaire:

- La membrane fibreuse : adhère par sa face dorsale aux tendons long et court extenseur du pouce.
- La membrane synoviale : forme deux culs de sac dorsal et palmaire.

L'ensemble capsulo-ligamentaire est renforcé par la terminaison des muscles intrinsèques.

c) Moyens d'union:

- Les ligaments collatéraux médial et latéral :
 Chaque ligament s'insère sur le tubercule médial ou latéral de la tête métacarpienne, puis s'étale pour se fixer sur la base de la 1^{ère} phalange, sur le ligament palmaire et les os sésamoïdes.
- Le ligament palmaire :
 Epais, encrouté de cartilage sur sa face profonde, il contient les os sésamoïdes médial et latéral du pouce.

d) Vaisseaux et nerfs:

- Les artères : naissent de l'artère principale du pouce ou de ses rameaux.
- Les nerfs : proviennent du nerf médian et du nerf radial.

4-2-2) Anatomie fonctionnelle:

a) Antépulsion-rétropulsion :

- Antépulsion : rapproche le pouce de la main. Son amplitude varie de 50° à 75°.
- Rétropulsion : reste inférieure à 10° et plus souvent elle est nulle, même passivement.

b) Abduction- Adduction:

 L'amplitude du mouvement est faible, elle est compensée par la mobilité de l'articulation trapézo-métacarpienne.

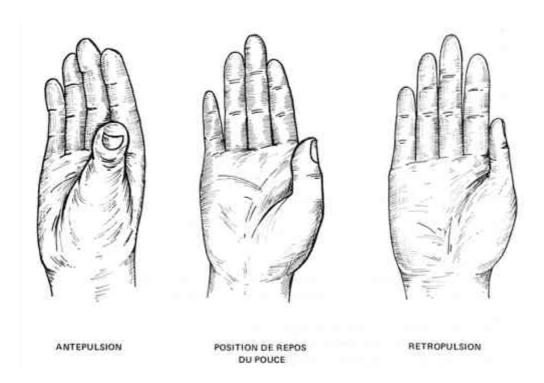


Figure 3 [4]: Positions du pouce

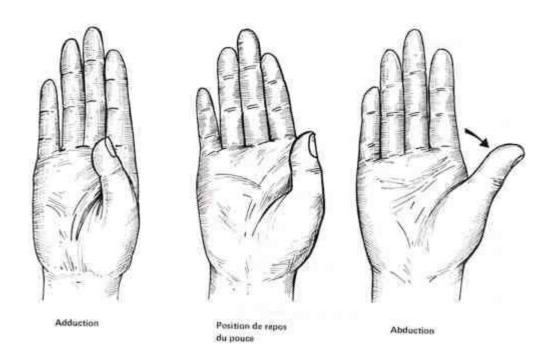


Figure 4 [4]: Positions du pouce

c) Rotations:

 De faibles mouvements de rotation passive s'observent lorsque l'on serre un objet.

4-3) Articulation inter phalangienne du pouce :

- **4-3-1) Anatomie descriptive :** Ce sont des articulations trochléennes et le pouce n'en possède qu'une.
 - a) Surfaces articulaires: la surface articulaire de l'extrémité inférieure de la phalange qui est au-dessus de l'interligne a la forme d'une poulie. La gorge de la poulie, dirigée d'avant en arrière, sépare les deux versants latéraux qui sont arrondis en forme de condyles. La trochlée, plus large en avant qu'en arrière, est aussi plus étendue sur la face palmaire que sur la face dorsale de l'extrémité de la phalange.

 La surface articulaire de l'extrémité supérieure de la phalange placée audessous de l'interligne présente une crête médiane mousse en rapport avec la gorge de la poulie et, de chaque côté, une cavité glénoïde qui s'oppose au condyle correspondant de la trochlée.
 - **b)** La capsule, les ligaments, et la synoviale : ont les mêmes caractères que dans ces dernières articulations. [3]

4-3-2) Anatomie fonctionnelle:

- a) Antépulsion-Rétropulsion :
 - -Amplitude de l'antépulsion est de 80° à 90°
 - -Amplitude de la rétropulsion active est de 10°, passive étant de 30°. [2]

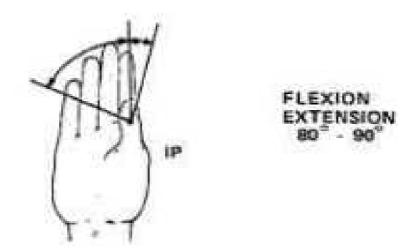


Figure 5 [4]: Amplitudes de mouvement du pouce

b) L'opposition : chaque articulation possède ses mouvements propres et la combinaison permet l'opposition. [4]

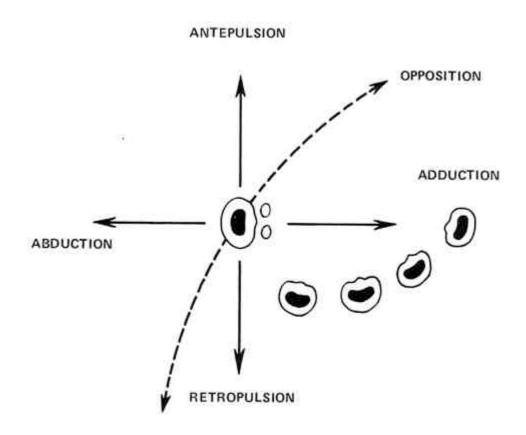


Figure 6 [4]: L'opposition du pouce

5- Myologie:

Ces mouvements sont contrôlés par 8 muscles et le 1^{er} interosseux palmaire.

- 5-1) Muscles extrinsèques du pouce venant de l'avant bras au nombre de quatre(4):
 - Muscle long fléchisseur du pouce (L F P) : fait partie des muscles antérieurs de l'avant-bras.

a) Origine:

- -sur les trois quart supérieurs de la face antérieure du radius.
- -sur la membrane interosseuse antébrachiale.
- b) Ventre : épais et uni penné.
- c) Terminaison : face palmaire de la base de la phalange distale du I.
- d) Innervation : le nerf médian.
- **e) Action** : fléchisseur de la phalange distale du pouce sur la phalange proximale, puis cette dernière sur 1^{er} métacarpien.
 - Muscle long abducteur du pouce (L. Abd.P) :

a) Origine:

- -sur la face postérieure de l'ulna,
- -sur la membrane interosseuse antébrachiale
- -et sur la partie moyenne de la face du radius.
- **b) Ventre** : fusiforme, il se prolonge par un long tendon, oblique en bas et latéralement, qui passe sous le rétinaculum des extenseurs.
- c) Terminaison : sur le versant latéral de la base du 1^{er} métacarpien.
- **d)** Innervation: branche profonde du nerf radial.
- e) Action :
- -abducteur et extenseur du pouce,
- -participe à l'abduction de la main.

Muscle court extenseur du pouce (C E P) :

a) Origine:

- -sur le tiers moyen de la face postérieure du radius,
- -sur la membrane interosseuse antébrachiale,
- -et parfois, sur la face postérieure de l'ulna.
- **b) Ventre :** grêle, il se prolonge par un long tendon, oblique en bas et latéralement, qui passe sous le rétinaculum des extenseurs.
- **c) Terminaison :** sur la face dorsale de la base de la phalange proximale du pouce.
- d) Innervation: branche profonde du nerf radial.
- e) Action: abducteur et extenseur du pouce, puis du 1^{er} métacarpien.
 - Muscle long extenseur du pouce (LEP) :

a) Origine:

- -sur le tiers moyen de la face postérieure de l'ulna,
- -sur la membrane interosseuse antébrachiale.
- **b) Ventre** : fusiforme, il se prolonge par un long tendon, oblique en bas et latéralement, qui passe sous le rétinaculum des extenseurs.
- c) Terminaison : la face dorsale de la base de la phalange distale du pouce.
- **d)** Innervation: branche profonde du nerf radial.
- **e) Action :** extenseur de la phalange distale du pouce, puis de la phalange proximale sur le 1^{er} métacarpien.

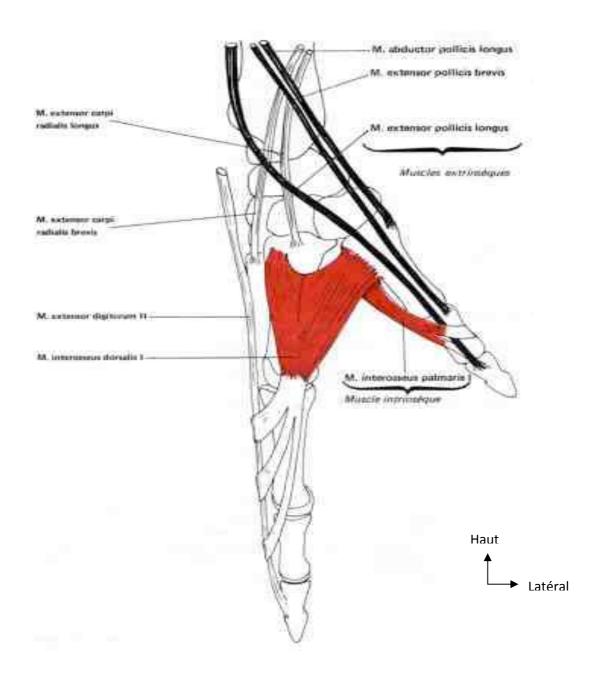


Fig. 7 [3] : Vues permettant d'exposer les muscles extrinsèques du pouce

5-2) Muscles intrinsèques du pouce au nombre de cinq (5) :

• Muscle court abducteur du pouce (C. Abd. P) :

a) Origine:

Sur le tubercule du scaphoïde et la partie latérale du rétinaculum des fléchisseurs.

b) Ventre : triangulaire, il se dirige obliquement en bas et latéralement.

c) Terminaison : sur le bord latéral de la base de la phalange proximale du pouce et sur le sésamoïde latéral.

d) Innervation: le nerf médian.

e) Action: abducteur puis rotateur médial du pouce.

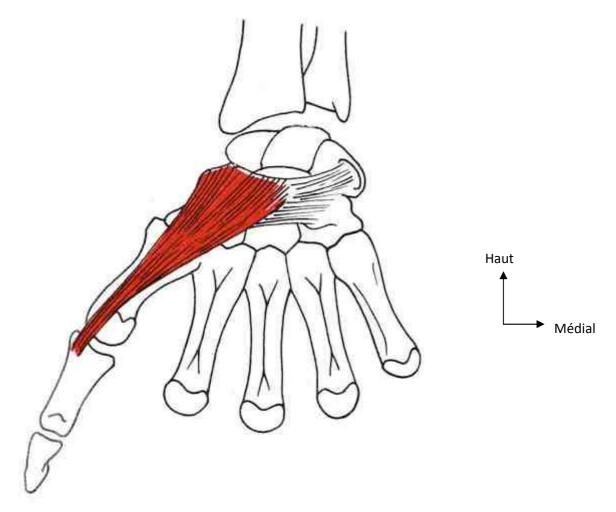


Fig. 8 [5]: Muscle court abducteur du pouce.

• Muscle opposant du pouce (Op.P) :

Propre à l'homme et à certains singes, il acquiert chez l'homme un développement optimal.

- a) Origine : sur le tubercule de l'os trapèze et le rétinaculum des fléchisseurs.
- **b) Ventre** : épais et triangulaire, il se dirige obliquement en bas et latéralement.
- c) Terminaison : sur le bord latéral du 1^{er} métacarpien.
- d) Innervation: le nerf médian.
- **e) Action :** fléchisseur et rotateur médial du pouce qu'il amène en opposition des autres doigts.

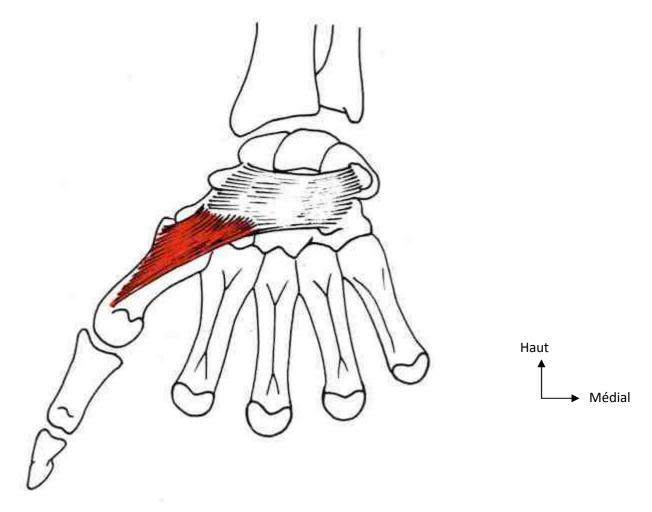


Fig.9 [5] Muscle opposant du pouce.

Muscle court fléchisseur du pouce (C F P) :
 Constitué de deux chefs superficiel et profond.

a)Origine:

- -chef superficiel : sur le tubercule du trapèze et le rétinaculum des fléchisseurs ;
- -chef profond : sur les os trapézoïde et capitatum.
- **b) Ventre** : les deux chefs forment une gouttière à concavité médiale, dans laquelle glisse le tendon du long fléchisseur du pouce.
- c) Terminaison : sur la partie latérale de la base de la phalange proximale du pouce et sur l'os sésamoïde latéral.
- **d) Innervation**: le nerf médian pour le chef superficiel; le nerf ulnaire pour le chef profond.
- e) Action : fléchisseur de la phalange proximale du pouce.

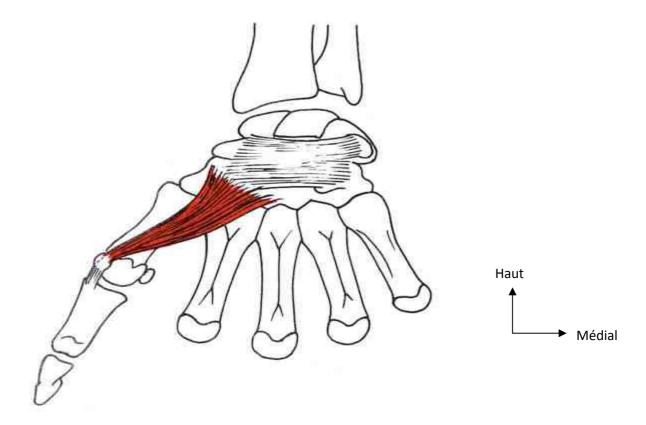


Fig. 10 [5]: Muscle court fléchisseur du pouce.

Muscle adducteur du pouce (Add. P) :
 Constitué de chefs, oblique et transverse.

a)Origine:

- -chef oblique : sur les os trapézoïde et capitatum.
- -chef transverse : sur les métacarpiens II et III, et sur la capsule des articulations métacarpo-phalangiennes II et III.
- **b) Ventre** : les deux chefs convergent latéralement.
- **c) Terminaison**: par un court tendon, sur le sésamoïde latéral, et sur la partie médiale de la base de la phalange proximale du pouce.
- d) Innervation: rameau profond du nerf ulnaire.
- e) Action : adducteur du 1^{er} métacarpien.

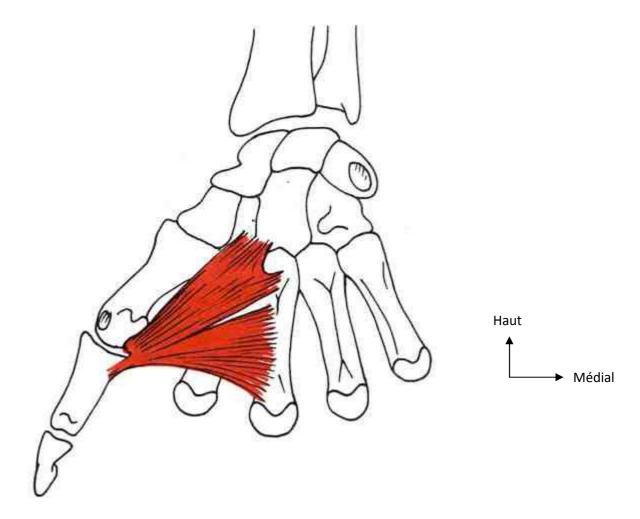


Fig.11 [5]: Muscle adducteur du pouce.

Le premier interosseux palmaire :

a) Origine:

- -sur la moitié supérieure de la face axiale du 1^{er} métacarpien ;
- -sur le versant latéral de la base du 2^e métacarpien ;
- -le trapèze.

b) Ventre-Terminaison:

Son ventre grêle se prolonge par un tendon qui fusionne avec celui du muscle adducteur du pouce.

c) Innervation: le nerf ulnaire.

d) Action des muscles intermédiaires :

L'action des lombricaux et des interosseux est complémentaire :

- ➤ Dans le plan sagittal : les muscles lombricaux et interosseux sont fléchisseurs de la phalange proximale et extenseurs des phalanges moyennes et distales.
- ➤ Dans le plan frontal : les interosseux palmaires sont adducteurs des doigts (rapprochent les doigts) et interosseux dorsaux sont abducteurs des doigts (écartent les doigts). [2]

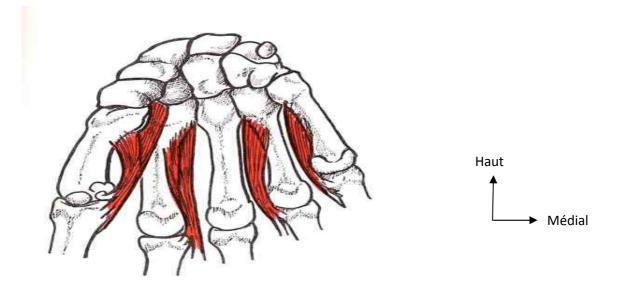


Fig.12 [5]: Le premier interosseux palmaire

6- Vascularisation de main:

6-1) Artérielle :

- a) Artère dorsale du pouce : c'est une branche collatérale très grêle qui se détache de l'artère radiale au-dessous des tendons réunis du long abducteur et du court extenseur du pouce. Elle descend sur la face dorsale du 1^{er} métacarpien et de la 1^{ère} phalange du pouce.
- b) Artère interosseuse du 1^{er} espace : branche collatérale descendante de l'arcade palmaire profonde, elle descend en arrière de l'addi crânial u pouce et se ramifie en trois branches principales qui sont : les collatérales palmaires médiale et latérale du pouce et la collatérale palmaire de l'index. Chacune d'elle chemine dans le tissu sous-cutané, de chaque côté de la gaine des fléchisseurs, en arrière du nerf collatéral palmaire correspondant, jusqu'à la 2^e phalange où elle se termine en s'anastomosant avec celle du côté opposé.

6-2) Veineuse:

a) La veine céphalique : Elle naît à la face dorsale du pouce en drainant le réseau veineux dorsal de la main.

Au poignet, elle suit l'axe de la tabatière anatomique.

A l'avant-bras, elle contourne son bord latéral au niveau du tiers distal; puis elle chemine sur la face antérieure du muscle brachioradial côtoyée par le nerf cutané latéral de l'avant-bras.

Au bras elle parcourt la face latérale du biceps brachial.

A l'épaule, après avoir cheminé dans le sillon delto-pectoral, elle traverse le fascia clavi-pectoral au niveau du trigone clavi-pectoral.

Elle s'abouche dans la veine axillaire en décrivant une crosse en rapport avec les lymphonoeuds infra-claviculaires.

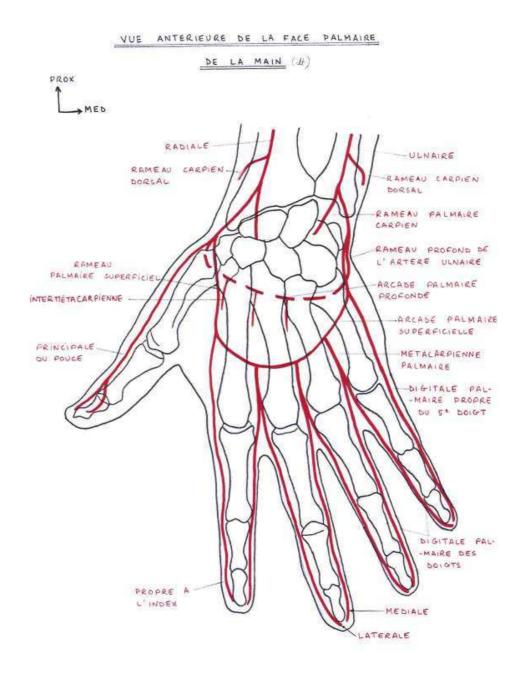


Fig.13 [24]: Vascularisation de la main

7-Innervation:

7-1) Nerf médian:

a) Rameau musculaire thénarien : branche terminale du nerf médian, se dirige latéralement près du bord inférieur du rétinaculum des fléchisseurs.

Il innerve les muscles courts abducteurs du pouce, opposant du pouce, et court fléchisseur du pouce.

b) Nerfs digitaux palmaires communs I, II, et III:

Branches terminales du nerf médian, ils se dirigent vers les espaces interdigitaux correspondants.

- -Nerf digital palmaire commun I: donne
 - Les nerfs digitaux palmaires propres du pouce.
 - Le nerf digital palmaire propre latéral doigt II.
 - Et le nerf du muscle 1^{er} lombrical.

7-1-1) Fonctions:

- a) Motrice : le nerf médian assure essentiellement
 - -la flexion et la pronation de la main,
 - -et la pince pollicidigitale.
- **b) Sensitive :** son territoire sensitif concerne :
- -la partie latérale de la paume de la main : face palmaire des doigts I, II, III et la moitié latérale du doigt IV ;
- -la face dorsale des phalanges proximales moyennes des mêmes doigts.
- c) Paralysie du nerf médian : se traduit par une attitude en << main de singe >> avec atrophie de l'éminence thénar, la face palmaire du pouce étant dans le même plan que le reste de la paume, la main se trouvant en légère extension.
- **d) Son anesthésie :** est assurée par les blocs interscaléniques, ou supraclaviculaire, ou axillaire.

7-2) Nerf radial:

- a) Les rameaux musculaires: branches terminales de la branche profonde du nerf radial innervent les muscles extenseurs des doigts, extenseur du V, extenseur ulnaire du carpe, long abducteur du I, long extenseur du I, extenseur du II et court extenseur du I.
- b) Le nerf interosseux antébrachial postérieur : passe entre les muscles court et long extenseur du I et descend derrière la membrane interosseuse antébrachiale jusqu'à la face dorsale du carpe qu'il innerve.

7-2-1) Fonctions:

- **a) Motrice :** le nerf radial assure essentiellement l'extension du membre supérieur. Accessoirement, il est supinateur et abducteur du pouce.
- **b) Sensitive:** son territoire concerne:
 - -la face postérieure du bras et postéro-latérale du coude ;
 - -le segment médian de la face postérieure de l'avant-bras ;
 - -la partie dorso-latérale de la main limitée par une ligne passant par le médius, à l'exception des deux dernières phalanges de l'index et du médius ;
 - -une petite zone de la base de l'éminence thénar.
- c) Paralysie du nerf radial : se traduit par :
- -une attitude de la main en <<col de cygne>> et en fléau.

Lorsque l'avant-bras est maintenu horizontalement, la main tombe en pronation et flexion ;

- -une atrophie de la région postérieure de l'avant-bras ;
- -une abolition des réflexes tricipital et stylo-radial. [3]

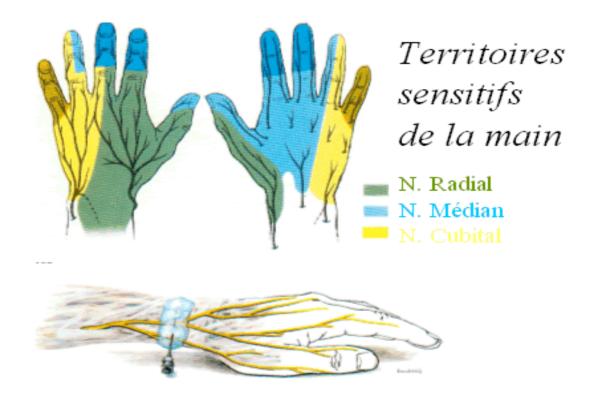


Fig.14 [23]: Territoires innervés par les 3 nerfs

8- Gaines synoviales:

Elles ont un rôle primordial de nutrition grâce au liquide synovial mais aussi un rôle de glissement tendineux.

La main comporte plusieurs gaines synoviales (Fig. 4):

- La bourse synoviale radiale qui englobe le long fléchisseur du pouce, débute à la partie proximale du ligament annulaire antérieur du carpe et se termine au niveau de l'IP.
- La bourse synoviale ulnaire est plus large; elle commence à l'entrée du canal carpien et englobe à ce niveau les tendons fléchisseurs profonds et superficiels des quatre doigts longs. Puis elle se rétrécit à la partie distale du ligament annulaire pour ne concerner plus que les fléchisseurs de l'auriculaire et se terminer sur l'IPD.

Quelquefois les deux gaines radiale et ulnaire sont en communication à leur partie proximale.

• Les trois doigts médians ont chacun leur gaine qui débute au niveau du pli palmaire distal pour se terminer au niveau de l'IPD.

La gaine synoviale des tendons fléchisseurs comprend deux feuillets fermés à leurs deux extrémités par un cul de sac. Le feuillet viscéral est en contact direct avec le tendon et le feuillet pariétal tapisse le canal digital.

Cette gaine synoviale est renforcée à l'extérieur par les processus fibreux des poulies.

Doyle [41], Strauch [46] ont décrit au niveau du canal digital, d'autres culs de sac plus petits, faisant saillie entre les différentes poulies et dont le jeu s'adapte à la flexion et à l'extension digitale. Nous pouvons penser que la mobilisation digitale a aussi à ce niveau un rôle mécanique de pompage synovial.

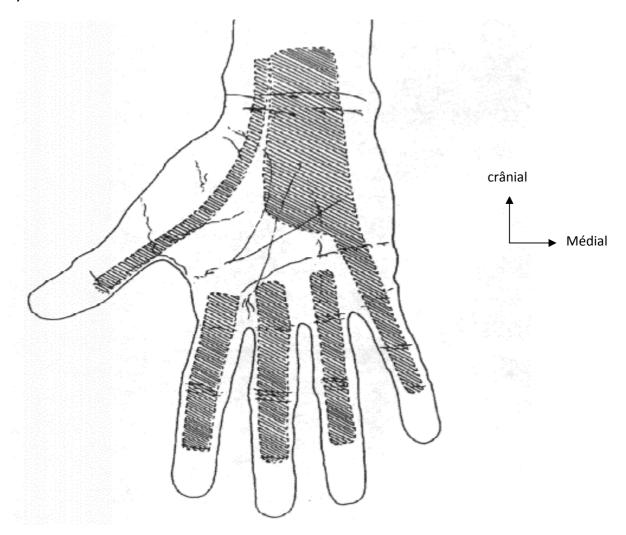


Figure 15 [23] : Gaines synoviales de la main

9- Les POULIES DE L'APPAREIL FLÉCHISSEUR DES DOIGTS :

Leur description est faite pour la première fois en 1975 par Doyle [41, 42, 43], complétée par Hunter [44] avec la poulie A5, puis par Manske et Lesker [45] qui montrent l'importance de l'aponévrose palmaire assimilée à une poulie et souvent notée A0 par analogie au reste de la classification.

Les poulies sont des bandes de tissu conjonctif fibreux, inextensibles, renforçant le feuillet pariétal de la gaine synoviale.

De caractéristiques variables selon leurs localisations, elles maintiennent l'appareil fléchisseur en contact permanent avec le squelette - pour être le plus proche de l'axe de rotation des articulations - évitant ainsi le phénomène de corde d'arc lors de la flexion digitale.

Ces poulies déterminent la longueur du bras de levier entre l'axe articulaire et le point d'application de la force et permettent en conséquence un raccourcissement moindre du ventre musculaire lors de sa contraction.

Description:

- Le ligament annulaire antérieur du carpe ne doit pas être oublié car il constitue la première poulie de réflexion de l'appareil fléchisseur en amont.
- La poulie de l'aponévrose palmaire (A0) constituée des fibres transversales se fixe de part et d'autre de la gaine synoviale par des fibres sagittales qui la relient au ligament transverse inter-métacarpien.

En position de repos, elle est moins contiguë aux tendons que les autres poulies.

Elle joue néanmoins tout son rôle, lors du grasping, par la mise en tension des fibres longitudinales de l'aponévrose palmaire réalisée par la contraction du petit palmaire et du cubital antérieur [41]. :

Pour le pouce on retrouve trois constantes :

Deux (2) poulies annulaires A1 et A2 situées en regard des articulations métacarpo-phalangienne et inter phalangienne de 9 et 10 mm d'épaisseur.

Une poulie oblique située entre les deux (2) précédentes à la face palmaire de la première phalange renforcée par l'adducteur de 11mm.

Les poulies A1 et oblique sont les plus importantes fonctionnellement.

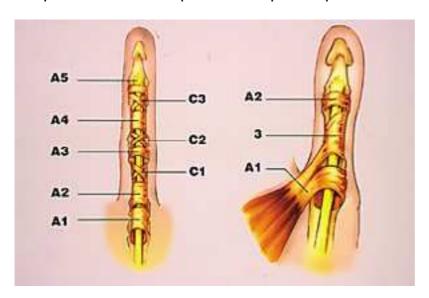


Fig.16 [24]: Poulies de la main

10-Les mésotendons ou vincula tendinum :

Sont de minces et étroites brides membraneuses qui relient les tendons à la face antérieure des phalanges dans lesquelles cheminent les vaisseaux destinés aux tendons.

- Un vinculum brevis en regard de l'insertion du tendon.
- Un vinculum Longus moins constant.

11- Les facteurs favorisants possibles du pouce à ressaut sont variés :

> Le plus souvent il est dû à une inflammation de la gaine synoviale qui entoure le tendon fléchisseur.

Cette inflammation peut créer un véritable nodule à l'intérieur du tendon qui va progressivement constituer un obstacle mécanique à la mobilisation du doigt.

Ce nodule peut être perçu à la paume en regard du pli de flexion palmaire distal.

- > L'origine en est parfois rhumatismale,
- > Il existe des formes où l'inflammation tendineuse est liée à des gestes mécaniques répétitifs.
- > Dans des cas plus rares
- le pouce à ressaut fait suite à une plaie partielle d'un tendon fléchisseur
- il existe une forme particulière de pouce à ressaut, congénitale, se révélant dans la petite enfance.
- **12- Indications :** L'infiltration est indiquée dans les pathologies suivantes du poignet et de la main :
- Rhizarthrose pouce
- Canal carpien
- Canal GUYON (radial)
- Styloïde radial de Quervain
- Doigt à ressaut

13- Contre indications : Elle est contre indiquée

Absolument dans:

- L'infection cutanée en regard du site à infiltrer
- L'arthrite infectieuse
- L'immuno suppression

Relativement: font discuter indication et le nombre d'injection dans:

- Diabète
- Ulcère évolutif
- Tendon d'Achille ?

- c) Incidents: Les incidents qu'on peut rencontrer lors des infiltrations sont :
 - Pénétration d'un tendon
 - Piqûre d'un nerf
 - Réaction vagale
 - Douleur immédiate
 - Douleur retardée
- d) Accidents: les accidents rencontrés sont:
 - L'arthrite infectieuse
 - Dépigmentation et atrophie cutanée
 - Rupture tendineuse
 - Effets systémiques liés au nombre d'infiltrations par an (Pas supérieur à 3)

III- METHODOLOGIE:

1) - CADRE D'ETUDE

Notre étude s'est déroulée dans le service de chirurgie orthopédique et traumatologique du CHU de Kati.

Le CHU de Kati

L'hôpital de Kati est l'un des trois hôpitaux de 3^{ème} référence du Mali. Il se situe au camp militaire Soundjata Keïta de Kati à 15 km au nord de Bamako.

Il a été créé en 1956 comme infirmerie de la garnison militaire Française. Cette infirmerie militaire est transformée en 1967 en hôpital sous le nom de « hôpital du 22 août »

L'Hôpital de Kati est devenu Centre Hospitalier Universitaire depuis le 12 décembre 2006 suite à la signature d'une convention qui le lie au Rectorat de l'Université de Bamako.

L'hôpital bénéficie de la prestation d'une équipe médicochirurgicale malienne. Il s'agit de médecins, de pharmaciens, d'assistants médicaux, de techniciens supérieurs de santé, de techniciens de santé, d'agents techniques de santé, d'aides-soignants, d'administrateurs, d'inspecteurs de finance, de comptables, d'aide comptables, de secrétaires de direction, de techniciens de maintenance, de chauffeurs, de manœuvres etc. les activités de l'hôpital se résument en des consultations externes, hospitalisations, examens de laboratoire, examens radiologiques, traitements médicochirurgicaux, orthopédiques, kinésithérapiques et acupuncture. L'hôpital compte 57 lits d'hospitalisation et les services suivants :

- un service de chirurgie orthopédique et traumatologique
- un service de chirurgie générale
- un cabinet dentaire

- un service de médecine générale
- un service d'acupuncture
- un service de radiologie
- une pharmacie hospitalière
- un service de kinésithérapie
- un service de maintenance
- une direction.

La traumatologie orthopédie est la principale vocation de l'hôpital.

2 - PATIENTS ET METHODE

Il s'agissait d'une étude prospective sur une période de (2) ans, du 1^{er} Janvier 2005 au 31 Décembre 2007, ayant porté sur une série de 3 patientes présentant un pouce à ressaut (2 cas de pouce droit ; un cas bilatéral donc 4 cas et toutes des femmes) dont la prise en charge a été faite dans le service de chirurgie orthopédique et traumatologique du CHU de Kati.

Critères d'inclusion :

Ont été inclus dans cette étude :

Tous patients ayant présenté au moins un pouce à ressaut et traité par infiltration de corticoïde dans le service de chirurgie orthopédique et traumatologique du CHU de Kati.

Critères de non inclusion :

N'ont pas été inclus dans cette étude :

- Tous patients ayant présenté d'autres doigts à ressaut que le pouce,
- Tous patients n'ayant pas été traités par infiltration de corticoïde,
- Tous patients non traités dans le service de chirurgie orthopédique et traumatologique du CHU de Kati.

Les données utilisées ont été fournies par les fiches d'enquête individuelle, les registres de consultation, et les dossiers médicaux. Ces données ont été saisies sur Microsoft Word 2007.

A l'admission tous les patients ont bénéficié d'un examen clinique complet en vue de diagnostiquer la pathologie.

3- TECHNIQUE D'INFILTRATION:

Préparation technique

- Porter un masque.
- Se laver les mains avec un savon doux puis les sécher avec une serviette propre.
- Préparer la seringue pour l'infiltration (Aiguille orange (courte) de 0,5 mm de diamètre et 16 mm de longueur ; Seringue 1 cc ; Dose 0,5 cc).
- Nettoyer la peau du patient avec un antiseptique cutané iodé.
- Se frictionner les mains avec une solution SHA (solution hydroalcoolique).
- Mettre des gants stériles.
- Désinfecter la peau du patient avec des compresses stériles imbibées d'une solution iodée (flacon orange ou jaune) et laisser sécher quelques minutes.

Repère:

Le nodule du tendon fléchisseur est repéré grâce à une palpation, le plus souvent douloureuse.

Il est possible de repérer le nodule en pratiquant une flexion/extension passive sur le doigt. Le contact entre l'extrémité de l'aiguille et le nodule entraîne une sensation de crépitation.

La règle d'or est de ne jamais injecté dans le tendon et toute injection sous pression doit donc être proscrite.

Le point de ponction se situe perpendiculairement à la peau au contact du nodule.

Direction de l'aiguille :

L'aiguille doit être introduite en regard du nodule pour en infiltrer la périphérie. Il ne faut pas injecter en cas de résistance, car l'aiguille est alors probablement située dans le tendon. Il faut retirer l'aiguille de quelques millimètres pour pouvoir injecter.

Mettre un pansement à garder 48 heures sans le mouiller.

Conseils à donner au patient après l'infiltration :

- Garder le pansement 48 heures sans le mouiller (pas de douche).
- Le prévenir que l'infiltration peut mettre quelques jours pour être active.
- Consulter en cas d'augmentation de la douleur avec rougeur, d'augmentation de volume ou d'augmentation de la chaleur locale de la zone infiltrée.

Le traitement a été apprécié selon les critères suivants :

- La douleur ;
- L'importance du nodule ;
- La mobilité du pouce ;
- Les complications.

Les résultats ont été considérés comme :

- > Excellent : l'absence de la douleur, disparition du nodule, mobilité entière et totale du pouce, absence de complication.
- > **Bon**: l'absence de la douleur, disparition du nodule, légère diminution de la mobilité du pouce, absence de complication.
- > **Passable**: peu de douleur, petit nodule persistant, diminution de la mobilité du pouce, complications mineures.
- > Mauvais : douleur persistante, nodule constant, pas de mobilité du pouce, complications majeures.

IV- RESULTATS

1-EPIDEMIOLOGIE:

> SEXE:

Le sexe féminin a représenté les 100% des cas ;

> AGE:

Sur le plan âge

La première était âgée de 52 ans

La deuxième âgée de 61 ans

La troisième âgée de 62 ans

> PROFESSION:

Deux(2) de nos patientes étaient ménagères ;

Une(1) de nos patientes était enseignante à la retraite.

2- OBSERVATIONS:

CAS I : Mme D.D.D : âgée de 62 ans ; ménagère admise en consultation le 05/03/2005 pour douleur diffuse du 1^{er} doigt de la main droite depuis 2 mois environ.

Au début la douleur était intermittente ; elle est devenue progressivement permanente avec difficulté ou impossibilité de faire l'extension.

A l'extension un claquement très douloureux était audible et perception d'une boule sous cutanée palmaire.

A l'inspection : on notait une flexion de l'articulation métacarpophalangienne du pouce droit. En hyper extension le nodule était visible.

A la palpation : le nodule était perceptible au niveau du tendon du long fléchisseur du pouce, mobile avec le tendon, dure et de consistance ferme. Sans antécédent particulier.

Un bilan biologique standard a été réalisé chez la patiente, il comprenait :

la numération formule sanguine ;

- la vitesse de sédimentation ;
- la glycémie ;
- la créatinémie.
- l'azotémie
- Groupage/Rhésus.

Ce bilan a été normal.

Aucun autre examen complémentaire n'a été demandé le diagnostic étant essentiellement clinique.

Le diagnostic retenu a été le pouce à ressaut droit.

L'attitude thérapeutique : a été l'infiltration en ambulatoire de la betaméthasone injectable 5mg en raison de trois(3) infiltrations avec un intervalle de 7(sept) jours et une manchette plâtrée antérieure bloquant la métacarpophalangienne en extension pendant 3(trois)semaines.

La 1^{ère} infiltration faite le 07/03/2005

La 2^e infiltration a été réalisé le 14/03/2005 avec état satisfaisant, légère douleur à la flexion-extension, le nodule était encore palpable.

La 3^e infiltration a été faite le 21/03/2005 avec un état satisfaisant pas de douleur, le nodule était finement perceptible. Un rendez-vous d'une semaine a été donné pour ablation de plâtre.

A la consultation du 06/04/2005 on notait un état satisfaisant et sans complication ; une auto rééducation a été instaurée chez la patiente avec un rendez-vous de 2(deux) mois.

Elle a été revue le 07/06/2005, le 11/12/2005 et le 23/02/2006.

On ne notait pas de douleur, pas de blocage, ni de nodule et elle avait une bonne fonctionnalité du pouce.

CAS II : Mme S.B âgée de 52ans ménagère consulte dans le service de chirurgie d'orthopédie et de traumatologie du CHU de Kati le 27/01/2006 pour douleur permanente des 2(deux) pouces exacerbée à droite.

Le début de la maladie remonterait à 4(quatre) mois marqué par des douleurs au niveau des 2(deux) pouces pour lesquelles elle a entrepris une automédication à base de produits non spécifiés et un traitement traditionnel à base de massage sans succès elle consulte pour prise en charge.

A l'inspection : on notait une légère inflammation aux 2(deux) pouces, en hyper extension les nodules étaient visibles au niveau des deux(2) articulations métacarpophalangiennes.

A la palpation: les nodules étaient palpés au niveau des tendons du long fléchisseur des pouces plus gros à droite qu'à gauche tous mobiles avec les tendons, dure, de consistance ferme.

Sans antécédent particulier, le bilan biologique standard a été demandé, il s'agissait de la numération formule sanguine, vitesse de sédimentation, glycémie, créatininémie, azotémie et groupage rhésus.

Ce bilan a été normal.

Aucun autre examen complémentaire n'a été demandé.

Diagnostic retenu:

Le diagnostic retenu a été le pouce à ressaut bilatéral.

L'attitude thérapeutique a été l'infiltration de bétaméthasone injectable 5mg à droite puis à gauche.

La 1^{ère} infiltration faite le 10/02/2006 au pouce droit associée à une attelle plâtrée antérieure en manchette bloquant la métacarpophalagienne en extension.

La 2^e infiltration a été réalisé le 17/02/2006.

On notait avant cette infiltration une nette amélioration de la douleur mais les nodules étaient encore palpables.

La 3^e infiltration a été faite le 24/02/2006

Elle avait un état clinique satisfaisant, amélioration de la douleur des 2 pouces avec disparition du nodule à droite et sa persistance à gauche non infiltrée.

On a procédé à l'ablation du plâtre, l'auto rééducation a été instituée et le rendez-vous a été fixé au 03/03/2006 pour le début d'infiltration à gauche.

La 1^{ère} infiltration a été réalisée le 03/03/2006 au pouce gauche

La 2^e infiltration a été réalisée le 10/03/2006

La 3^e infiltration a été réalisée le 17/03/2006

Elle avait un état clinique satisfaisant ; il n'y avait plus de douleur, ni de blocage.

On n'a procédé à l'ablation du plâtre avec un rendez-vous d'une semaine.

Le 24/03/2006 après les infiltrations l'état clinique était satisfaisant, on notait une disparition complète des nodules, les 2 pouces fonctionnaient normalement sans complications.

Elle a été revue les 20/06/2006, 14/11/2006 et 03/03/2007 avec l'état clinique satisfaisant, les mobilités des articulations métacarpophalangiennes des 2 pouces étaient normales.

CAS III : Mme D.O.C âgée de 61ans enseignante à la retraite consulte dans le service de chirurgie d'orthopédie et de traumatologie du CHU de Kati le 15/02/2007 pour douleur diffuse du pouce de la main droite.

Le début remonte au mois de décembre 2006 marqué par des petits ressauts non douloureux puis progressivement la douleur s'est installée permanemment. Elle a effectuée une automédication à base des produits non spécifiés sans succès elle a consultée pour prise en charge.

A l'inspection : on notait une flexion de l'articulation métacarpophalagienne du pouce. En hyper extension le nodule était visible.

A la palpation : le nodule était perceptible au niveau du tendon du long fléchisseur du pouce droit, mobile avec le tendon, dur et de consistance ferme. Antécédents : elle est diabétique et hypertendue connue bien suivie par ses médecins.

Le bilan biologique standard a été demandé.

Il s'agissait de la numération formule sanguine, vitesse de sédimentation, glycémie, créatininémie, azotémie et groupage rhésus.

Ce bilan a été normal.

Aucun autre examen complémentaire n'a été demandé.

Diagnostic retenu:

Le diagnostic retenu a été le pouce à ressaut droit.

L'attitude thérapeutique :

L'attitude thérapeutique a été l'infiltration de betamethasone injectable 5mg au pouce droit 3 séances avec 7(sept) jours d'intervalle.

La 1^{ère} infiltration a été faite le 16/02/2007 au niveau du pouce droit associée à une attelle plâtrée antérieure en manchette bloquant la métacarpophalagienne en extension.

La 2^e infiltration a été réalisée le 23/02/2007

Les incidents observés après la 2^e injection étaient :

- Le bandage serré évoquant une douleur insupportable pendant une semaine qui a entrainé une desquamation du côté interne du pouce droit.
- Une hausse des chiffres tensionnelles a été observée.
- On notait une forte perturbation de la glycémie jusqu'à 2,04g/l.

Le diabète et l'HTA ont été très vite maîtrisés par les antihypertenseurs et l'insuline.

La 3^e infiltration a été réalisée le 02/03/2007.

On notait une bonne mobilité du pouce droit et il n'y avait plus de douleur, ni nodule.

On a procédé à l'ablation du plâtre, l'auto rééducation fut instituée.

Elle a été revue le 03/05/2007, et le 05/12/2007.

Elle avait un état clinique satisfaisant et elle ne présentait pas de complication.

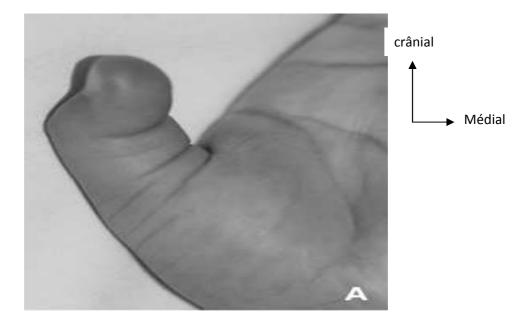


Fig.17 [6]: Blocage en flexion

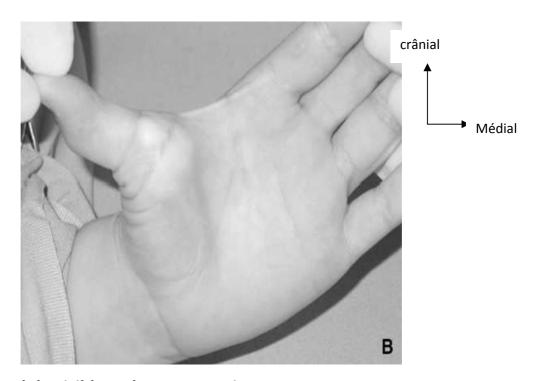


Fig.18 [6]: Nodule visible en hyper extension

3- FACTEURS FAVORISANTS DANS NOTRE CAS PARTICULIER

Pour nos deux patientes ménagères à cause des travaux manuels les microtraumatismes à répétition peuvent être à l'origine de leur pouce à ressaut.

Pour l'enseignante à la retraite à cause de ces antécédents hypertendue et diabétique l'inflammation peut être à l'origine de son pouce à ressaut.

4- REPARTITION DES POUCES A RESSAUT SELON LE RESULTAT DU TRAITEMENT :

Dans notre série nous avons trouvé 100% de résultat après l'infiltration de bétaméthasone injectable 5 mg.

V- COMMENTAIRES ET DISCUSSION

Notre étude a été réalisée dans le service de chirurgie orthopédique et traumatologique du CHU de Kati.

Ce cadre nous a semblé approprié car c'est un service de référence pouvant faire la prise en charge des pouces à ressaut.

Nous avons estimé qu'une étude prospective était la mieux indiquée car le suivi de nos patients pouvait être plus correct.

Une étude rétrospective n'aurait pas été suffisante car un nombre important de dossiers auraient été incomplets ou perdus.

Au cours de cette étude portant sur 4 cas (3 patientes) de pouce à ressaut, nous avons rencontré quelques difficultés :

- difficultés de recherche bibliographique ;
- patients sans adresse à Bamako ou résidence éloignée d'où difficultés de retrouver certains patients;
- ➤ le manque de moyens financiers pour certains patients pour se présenter régulièrement à la consultation.

Cependant nos résultats peuvent être comparés avec ceux de la littérature. Dans notre série le sexe féminin a représenté les 100%.

Au Maroc Mouhssine Zakia et EL Hamdani Fouzia ont trouvé respectivement 74% et 90% de sexe féminin.

Ces résultats pourraient expliquer que chez l'adulte la femme est la plus concernée et la différence pourrait s'expliquer par la taille de l'échantillon.

Dans notre série l'âge moyen était de 57 ans

Il est conforme à celui d'Issam AD en Jordanie qui a trouvé 56 ans et supérieur à ceux des études menées au Maroc par Mouhssine Zakia et EL Hamdani Fouzia qui ont trouvé respectivement 50,3 ans et 50 ans.

Ces résultats pourraient expliquer que c'est l'adulte qui le plus atteint par la pathologie du pouce à ressaut.

- Ring et Coll. [8] dans leur étude comparative, ont traité 42 patients repartis en 2(deux) groupes par infiltration (Triamcinolone et dexamethasone). L'évaluation de 3 mois a montré que l'effet de la triamcinolone était plus rapide et plus durable que le dexaméthasone. Dans notre étude le betaméthasone a été efficace ; mais leur résultat montre l'efficacité d'autres produits dans l'infiltration du pouce à ressaut.
- Kazuki et Coll. [9] ont infiltré 129 doigts à ressaut par la Betamethasone associée à la Lidocaïne et ils ont trouvés 74% de succès.
 Cela pourrait s'expliqué par l'effet anesthésique locale de la lidocaïne.
 Dans notre étude le betaméthasone a donné les 100% de nos resultats.
- Taras et Coll. [10] dans leur étude comparative selon la voie d'administration, ont infiltré 107 doigts à ressaut repartis en 2 groupes (sous-cutané et péri-tendineux); ils ont trouvé que l'efficacité était similaire dans les 2 cas.

Dans notre étude la voie péri-tendineuse a été utilisée dans 100% des cas.

 Baumgarten et Coll. [11] ont fait une étude par infiltration de corticoïde et placebo chez les patients diabétiques insulino et non insulinodépendant; ils ont effectué la chirurgie dans 40% des cas après leur traitement.

Ce résultat pourrait expliquer que l'infiltration de corticoïde pose de problèmes chez le diabétique.

Dans notre série nous avons observés une hyperglycémie chez notre diabétique ce qui prouve que l'infiltration peut être efficace avec parfois des conséquences.

- Rozental et Coll. [12] ont traité 138 patients diabétiques non-insulino-dépendant par triamcinolone plus Lidocaïne; ils ont fait un succès de 44%. Autres études après Rozental ont rapporté respectivement 41% et 72% chez les insulino et non-insulino-dépendants.
 Cela pourrait expliquer l'utilisation d'autres produits en infiltration avec
 - Cela pourrait expliquer l'utilisation d'autres produits en infiltration avec toujours des échecs.
- Dinham et Meggit BF [13] ont trouvé respectivement 30% et 40% de traitement conservateur.
 - Cela pourrait expliquer par l'existence d'autre technique de prise en charge du pouce à ressaut surtout chez l'enfant avec des bons résultats. Notre étude concerne l'infiltration de Betamethasone dans la prise en charge du pouce à ressaut et surtout efficace.
- Baek Goo Hyun et Coll. [14] ont fait une étude prospective d'Avril 1994 à Mars 2004 sur 71 cas de pouce à ressaut (53 enfants) avec 45 cas de régression spontanée (63%) à Séoul en Corée du Sud.
- Moon et Coll. [15] sur 35 cas de pouce à ressaut congénital, ont observé
 12 cas soit 34% de résolution spontanée en 2001.
 - Ces résultats prouvent encore l'efficacité du traitement conservateur.

- Ogino T [16] recommande le traitement par attelle avant l'âge de 5 ans.
- Nemoto K et Coll. [17] ont effectué une étude rétrospective portant sur 40 pouces à ressaut tous traités par une attelle la nuit pendant 10 mois.
 Ils ont eu un taux de réussite de 73%.
- Watanabe et Coll. [18] ont traité 60 cas de pouce à ressaut par kinésithérapie et rapporte un succès de 96% en 2001.

Ces résultats pourraient expliquer que le traitement par attelle et kinésithérapie sont d'autres techniques pouvant traiter le pouce à ressaut.

- Mulpruek et Coll. [19] ont revu 31 cas de pouce à ressaut en 3 ans sans rétraction résiduelle en flexion après un traitement par infiltration.
 Ce résultat pourrait expliquer que l'infiltration est efficace avec moins de complication.
 - Dans notre série nous avons observé une hyperglycémie et hausse tensionnelle chez la seule patiente diabétique.
- Boussouga M et Coll. [20] ont fait une étude rétrospective entre 1995 et 1999, sur 35 enfants présentant 42 pouces à ressaut dont 7 formes bilatérales. Ils ont été opérés tous dans le service d'orthopédie infantile de l'hôpital d'enfants de Rabat. Après un recul minimum de 1 an, l'évolution était favorable sauf dans 3 cas repris pour récidive et l'analyse opératoire a retrouvé une poulie totalement intacte, témoignant d'un geste opératoire initial inadéquat.

Ce résultat explique la complexité de l'anatomie de l'enfant et l'inattention du chirurgien car il faut prendre le temps qu'il faut pour une intervention.

Il explique également que la chirurgie est un autre moyen très efficace pour la prise en charge du pouce à ressaut.

Dans notre série il s'agit de l'infiltration dont les résultats peuvent être comparés à la chirurgie.

- Thorpe [721] rapporte 2 cas d'atteinte nerveuse et 1cas d'infection postinfiltration en Australie.
 - Ce résultat explique que l'infiltration doit être réalisée dans un contexte d'asepsie très rigoureuse et le point d'entrée doit être bien indiqué. Dans notre série à part l'hyperglycémie aucune autre complication n'a été observée.
- Ryan W et Coll. [24] ont fait une étude rétrospective sur 43 patients (78 cas de doigt à ressaut) d'Octobre 1996 à Mai 2003 portant sur les complications post-opératoires.
 - Ils ont trouvé 2 cas de complication majeure (3%) à type de fistule synoviale et raideur de l'inter phalangienne proximale) ; 22 cas mineur (28%) ; 24 cas combinés (31%).
 - Ce résultat pourrait expliquer que la chirurgie a ces inconvénients si elle n'a pas été réalisée dans un contexte d'asepsie rigoureuse.
- Tan et Coll. [25] rapportent 66% de succès après la 1^{ère} intervention sur
 49 cas de pouce à ressaut congénital en 2002.
 - Ce résultat explique que la chirurgie est efficace en première intention avec parfois des complications liées à la complexité de l'anatomie de l'enfant.
 - Notre étude étant consacrée sur l'infiltration de Betaméthasone chez les adultes on a pas observé de complication majeure avec cette technique.
- Fahey et Bollinger [26] après avoir evalué 12 enfants portant un pouce à ressaut ont conclu que la libération de la poulie est la solution la plus satisfaisante en 1954.

 Adnan S et Coll. [27] ont procédé par la technique de libération percutanée du tendon chez 26 enfants dont 5 bilatérales (31 cas) âgés de1 à 6 ans.

Ils ont eu un bon résultat dans 97% des cas à Turquie.

- Patel [28] soutient la même idée de libération en 1966 après évaluation sur 10 cas de pouce à ressaut chez l'enfant.
- Bae D S et Coll. [29] ont réalisé une étude rétrospective de 1996 à 2006 au Center Crystal Run Healthcare, Rock Hill à New York à l'USA sur 18 enfants présentant 23 doigts à ressaut.

Ils ont été traités chirurgicalement par la technique de libération percutanée du tendon avec résection de la poulie A1.

Le taux de réussite était de 94% en postopératoire.

Ces résultats prouvent l'efficacité de la chirurgie chez l'enfant.

- Dunsmuir R A et Sherlock D A [30] ont réalisé une étude rétrospective à l'hôpital Royal pour enfants de Toronto, Glasgow; Ecosse entre 1989 et 1997 sur 192 enfants présentant 227 pouces à ressaut repartis en 2 groupes:
 - 53 enfants présentant 57 pouces à ressaut (27,6%) étaient observés sans traitement dans l'espoir que les symptômes vont disparaître spontanément.
 - 139 enfants présentant 170 pouces à ressaut ont été opérés.
 Parmi les enfants observés ils ont obtenu 49% de régression spontanée.
 Après un suivi de près de 5 ans, le taux postopératoire de récidive était de 4% (libération insuffisante initiale).

Ce résultat explique l'efficacité de la chirurgie par rapport au traitement conservateur avec de bons résultats à court et à long terme.

Notre étude ne concernant pas les enfants nous ne pouvons pas nous prononcer par rapport à une technique mais la littérature prouve l'efficacité du traitement chirurgical.

- Wang H C et Lin G T [31] ont réalisé une étude rétrospective sur 33 enfants présentant 40 pouces à ressaut à un âge moyen de 2,5 ans menée entre Février 1989 et Mars 2003 dans le département de chirurgie orthopédique, Chung-HO Memorial Hospital, Université médicale de Kaosiung, Kaosiung, Taiwan répartie en deux(2) groupes :
 - Un groupe de 20 enfants présentant 26 pouces à ressaut ont été traités chirurgicalement sous anesthésie locale (La lidocaïne) ; 23 pouces ont été relâchés avec succès.
 - Un groupe de 13 enfants présentant 14 pouces à ressaut ont été traités chirurgicalement sous anesthésie générale et un seul patient a eu un résultat insatisfaisant.

Après l'évaluation il n'y avait pas de différence statistique entre les 2 procédures (P = 0.66).

Ce résultat explique l'efficacité du traitement chirurgical qu'il soit réalisé sous anesthésie locale ou générale.

Van den Borne M P et Coll. [32] ont réalisé une étude rétrospective sur 38 enfants (24 garçons, 14 filles) présentant 45 pouces à ressaut menée entre 1984 et 1995 par la technique de libération du tendon au Onze Lieve Gasthius (Amsterdam) et Medisch Centrum Alkmaar, Pays-Bas. Ils ont trouvé que les résultats sont bons à court terme et excellents à long terme.

Soo Hang H et Coll. [33] ont fait une étude rétrospective sur 31 cas (23 enfants dont 8 bilatéraux) traités par intervention chirurgicale chez les enfants de plus de 5 ans à Corée.

Le taux de réussite était de 90%.

- Yuen M H et Coll. [34] ont fait une étude rétrospective sur 46 enfants présentant un pouce à ressaut dans le département d'orthopédie et de traumatologie, Hôpital Princess Margaret, et département de médecine communautaire, Université de Hong Kong, Hong Kong.
 - 35 enfants étaient disponibles pour l'analyse et ils ont été répartis en 3 groupes :
 - -Un groupe de 12 enfants dont l'âge est inférieur à un (1) an ont été observés sans autre traitement.
 - -Un groupe de 12 enfants dont l'âge est supérieur à un (1) an pour lesquels les parents ont opté pour le traitement conservateur.
 - -Un groupe de 11 enfants dont l'âge est supérieur à un (1) an et les parents ont opté pour le traitement chirurgical.
 - Comme résultat 16 enfants dont 8 dans chacun des groupes 1 et 2 ont eu une résolution spontanée dans 66,7 % et pour le groupe 3 le taux de réussite a été de 100 %.

Ces résultats expliquent l'efficacité de la chirurgie par rapport au traitement conservateur avec des bons résultats à court et à long terme.

de succès.

- Mc Adams TR et Coll. [35] ont fait une étude rétrospective sur 21 enfants présentant 30 pouces à ressaut tous opérés par la technique de libération percutanée du tendon à la carrie Tingley, Hôpital, Université du Nouveau-Mexique Health sciences center.
 Après 15 ans de recul ils ont conclu que l'incision transversale et la libération chirurgicale d'une poulie chez les enfants était une procédure
- Leung OY et Coll. [36] ont fait une étude rétrospective sur 180 enfants présentant 209 pouces à ressaut menée en 1993 dans le département d'orthopédie et de traumatologie, Pamela Youde Nethersole, Est Hôpital, Chai Wan, Hong Kong par la technique de libération du tendon. Ils ont trouvé 95% de succès, 4% de flessum résiduel et 1% de cicatrice hypertrophique.
 - Ces résultats expliquent l'efficacité de la chirurgie avec quelques complications mineures.
- Mark G et Coll. [37] ont traité une Femme de 50 ans par la chirurgie à la clinique Rätisches Kantons und Regionalspital Chur en Allemagne et ils ont fait la revue de la littérature et ont conclus que la chirurgie était une procédure excellente.

- El Hamdani Fouzia et Coll. [38] ont réalisé une étude rétrospective à l'hôpital Militaire d'instruction Mohamed V de Rabat(Maroc) portant sur une série de 10 patients présentant 10 pouces à ressaut tous traités par la technique de la libération chirurgicale du tendon.
 L'âge moyen était de 50 ans avec des extrêmes de 13 et 67 ans et une
 - L'âge moyen était de 50 ans avec des extrêmes de 13 et 67 ans et une prédominance de sexe féminin 90% (9cas) et le pouce était le plus représenté avec 60% des cas. Ils ont trouvés 100% de réussite même après un recul de 25 mois.
- Mouhssine Zakia et Coll. [39] ont réalisé une étude rétrospective en 2001 au CHU Ibn Rochd de Casablanca (Maroc) portant sur 19 résections partielles de la poulie A1 du tendon fléchisseur des doigts.
 - L'âge moyen des patients était de 50,3 ans pour les adultes et 3ans pour les enfants avec une prédominance du sexe féminin de 74% et le pouce représentait 73,7%. Ils ont trouvé 100% de réussite et après 20 mois de recul il n'y avait pas de complication.

Ces résultats pourraient expliquer que le traitement par la technique de libération est aussi efficace chez l'adulte que chez l'enfant avec des bons résultats.

Ils expliquent également que chez l'adulte le pouce est le plus incriminé dans la pathologie du pouce à ressaut.

Issam A D et Coll. [40] ont traité 42 patients pour pouce à ressaut (24 femmes, 18 hommes) au Roi Hussein Medical Center, Amman en Jordanie, de Janvier 2004 à Janvier 2006 par la technique de libération percutanée avec un âge moyen de 56 ans.

Le résultat obtenu a été 92,8% de succès et 7,2% de complication à type de récidive (3 cas tous diabétiques).

Ce résultat pourrait expliquer que chez l'adulte la femme est la plus concernée et que le traitement chirurgical est très efficace dans la prise en charge du pouce à ressaut sans complication majeure.

Dans notre série les microtraumatismes répétitifs ont représenté 75% des facteurs favorisants contre 25% pour l'inflammation.

Ce résultat pourrait s'expliquer par le fait les femmes font beaucoup de travaux manuels.

 Tamara D et Coll. [7] ont trouvé dans leur étude 80% d'efficacité par infiltration des doigts à ressaut aux USA- Boston.

Dans notre série nous avons trouvé 100% de résultat après l'infiltration de bétaméthazone injectable 5mg et cela peut être dû à la taille de notre échantillon.

Au Maroc Mouhssine Zakia et EL Hamdani Fouzia ont trouvé respectivement 100% de résultat après la chirurgie.

Ces résultats montrent ainsi que l'infiltration est aussi efficace que la chirurgie dans la prise en charge du pouce à ressaut chez l'adulte.

V- CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS:

1)- CONCLUSION:

Il s'agissait d'une étude prospective ayant porté sur 4 cas de pouce à ressaut dont la prise en charge a été faite dans le service de chirurgie orthopédique et traumatologique du CHU de Kati du 1^{er} Janvier 2005 au 31 Décembre 2007.

A l'issue de cette étude nous avons constaté que :

- le sexe féminin a représenté les 100% des cas ;
- Sur le plan âge

La première était âgée de 52 ans

La deuxième âgée de 61 ans

La troisième âgée de 62 ans

- Toutes les patientes étaient bambaras.
- Deux(2) de nos patientes étaient ménagères ; une(1) enseignante à la retraite.
- Deux(2) de nos patientes étaient non scolarisées ; une(1) scolarisée.
- Toutes nos patientes ont été traitées au CHU de Kati.
- Toutes nos patientes ont consultée pour flexion douloureuse, blocage et claquage à l'extension.
- Deux cas de pouce à ressaut étaient droits, un cas était bilatéral
- Une(1) de nos patientes était diabétique et hypertendue ; aucune de nos patientes n'avait un antécédent chirurgical.
 - Le Dexaméthasone injectable 5mg a été utilisé chez toutes nos patientes
 - L'intervalle d'infiltration était 7 jours chez toutes nos patientes.
 - Toutes nos patientes ont été immobilisées par manchette plâtrée prenant la colonne du pouce pendant 4 semaines.
 - Une hyperglycémie et une hausse tensionnelle ont été observées chez une de nos patientes, celle qui était diabétique connue.
 - L'évolution a été favorable chez toutes nos patientes après les séances d'infiltration.

Au total, le diagnostic posé sur la base de la clinique et la prise en charge par l'infiltration de corticoïde ont résolu le problème de ressaut de nos patientes.

2- RECOMMANDATIONS

Au terme de ce travail, nous formulons quelques recommandations à l'endroit :

> Des populations :

- -d'éviter l'automédication et le traitement traditionnel de toutes atteintes des articulations du pouce ;
- -de se présenter dans un centre de santé afin d'être orienté.

Des agents socio sanitaires :

- -d'être disponible et appliqué dans les prestations et suivre des séances de formation et de recyclage ;
- -d'être vigilant pour la suspicion et le diagnostic des affections rares.

Des autorités du ministère de la santé :

- -d'élaborer un programme de formation et de mise en place d'une stratégie de recherche approfondie dans le domaine de la chirurgie de la main ;
- -de former un plus grand nombre d'agents en traumatologie et orthopédie ;
- -de décentraliser les centres de traumatologie et orthopédie moderne ;
- -de doter les hôpitaux en personnels spécialisés et en matériels adaptés à la traumatologie et orthopédie.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1- Iselin M, Iselin F

Traité de chirurgie de la main. Paris : Flammarion ; 1967. 849 : 641-790.

2- Pierre K

Précis d'anatomie clinique. 2^e Edition. Paris : Maloine ; 2003.

3- Rouvière H

Anatomie humaine descriptive, topographique et fonctionnelle. 11^e Edition. Paris : Masson et Cie ; 1974.

- **4- Gilbert V.** Fonction du pouce. service de chirurgie orthopédique HIA Begin 94160. St-Mande. 1-43. Paris.
- 5- Christian D. Anatomie descriptive et fonctionnelle des tendons fléchisseurs à la main. Institut de la main et hôpital Saint Antoine. 1-106. Paris.
- **6- Thevenin C, Lemoine.** Pouce à ressaut. Collège hospitalier et universitaire de chirurgie pédiatrique. 2008 Septembre ; 1-6. Paris.
- **7- Tamara D, Jorge L, Rozental.** Corticosteroid injection for idiopathic trigger finger. J Hand Surg. 2010 May; 35A: 831-833.
- **8- Ring D, Lozano-Calderon S, Shin R, Bastian P, Jupiter J.** A prospective randomized controlled trial of injection of dexamethasone versus triamcinolone for idiopathic trigger finger. J Hand Surg. 2008; 33A: 516-522.
- **9- Kazuki K, Egi T, Okada M, Takaoka K.** Clinical outcome of extra-synovial steroid injection for trigger finger. J Hand Surg 2006; 11: 1-4.
- 10- Taras JS, Raphael JS, Pan WT, Movaghamia F, Sotereanos DG.

Corticosteroid injection for trigger digits: is intrasheath injection necessary? J Hand Surg 1998; 23A: 717-722.

- **11- Baumgarten KM, Gerlach D, Boyer MI.** Corticosteroid injection in diabetic patients with trigger finger. A prospective, randomized, controlled double-blinded study. J Bone Joint Surg 2007; 89A: 2604-2611.
- **12- Rozental TD, Zurakowski D, Blazar PE.** Trigger finger: prognostic indicators of recurrence following corticosteroid injection. J Bone Joint Surg 2008; 90A: 1665-1672.
- **13- Dinham JM, Megitt BF.** Trigger thumbs in children: a review of the natural history and indications for treatment in 105 patients. J Bone Joint Surg Br. 1974; 56: 153-155.
- **14- Beak GH, Kim JH, Chung MS, et al.** The natural history of pediatric trigger thumb. J Bone Joint Surg (Am). 2008; 90: 980-985.
- **15- Moon WN, Suh SW, Kim IC.** Trigger digits in children. J Hand Surg [Br]. 2001;26:11-2.
- **16- Ogino T.** Trigger thumb in children: current recommendations for treatment. J Hand Surg (Am). 2008; 33: 982-985.
- **17-** Nemoto K, Nemoto T, Terada N, Amako M, Kawaguchi M.Traitement par attelle des doigts à ressaut chez les enfants. Hong Kong J hand Surg[Br]. 1996;21:416-8.
- **18- Watanabe H, Hamada Y, Toshima T, et al.**Conservation of treatment for trigger thumb in children.Arch Orthop Trauma Surg. 2001; 121:388-390.
- **19- Mulpruek P, Prichasuk S, Orapin S.** Trigger finger in children. J Pediatrorthop.1998; 18: 239-241.

- 20- Boussouga M, Kassmaoui H, Gourinda H, El Alami Z, Madhi T, Miri A.

 Le pouce à ressort de l'enfant. Rev.maroc.chir.orthop.traumato.2001;

 12:50-52.
- **21- Thorpe AP.** Results of surgery for trigger finger. J Hand Surg 1988; 13B: 199-201.
- 22- http://www.sante.ujf-grenoble.fr/sante/hand 16/09/2011 06h45
- 23- http://fr.wikipedia.org/wiki/Muscle 16/09/ 2011 06h50
- **24- Ryan W, John L.** Complications of open trigger finger release. J Hand Surg 2010; 35A: 594- 596.
- **25- Tan AH, Lam KS, Lee EH.** The treatment outcome of trigger thumb in children. J Pediatr Orthop B. 2002; 11:256-9.
- **26- Fahey JJ, Bollinger JA.** Trigger-finger in adults and children. J Bone Joint Surg Am. 1954; 36:1200-18.
- **27-Adnan S, Ulukan I, Nusret K, Hakan Ö, Sinan S.** Percutaneous release for trigger thumbs in children: improvements of the technique and results of 31thumbs. J PediatrOrthop 2010; 30: 705-709.
- 28- Patel AP. Trigger thumb in infancy. Postgrad Med J. 1966;42:512-3.
- **29- Bae DS, Sodha S, Waters PM.** Surgical treatment of the pediatric trigger finger. J Hand Surg Am.2007; 32(7):1043-7.

- **30- Dunsmuir RA, Sherlock DA.** The outcome of treatment of trigger thumb in children. J Bone Joint Surg Br. 2000; 82: 736-738.
- **31- Wang H C, Lin G T.** Resultat comparatif de la technique de libération percutanée du tendon chez les enfants sous anesthésie générale et locale. Koahsiung J Med Sci.2004; 20(11):546-51.
- **32- Van den Borne M P, Custers FJ, Van der Eijken JW.** Le résultat à court et long terme après chirurgie du pouce à ressaut chez 38 enfants. Ned Tijdschr Geneeskd.2000 ; 144(8) :374-7.
- **33- Soo HH, Huyng KY, Dong ES, Dae GS.** Trigger thumb in children: Results of surgical treatment in children above 5 years of age. J PediatrOrthop 2010; 30: 710-714.
- **34- Yuen MH, Tam KB, Lai MK.** Etiologie et prise en charge du pouce à ressaut chez les enfants. Hong kong J Orthop Surg. 2005 ; 9(2):61-64.
- **35-Mc Adams TR, Moneim MS, Omer GE Jr.** Suivi à long terme de la liberation chirurgicale du tendon dans les pouces à ressaut chez 21 enfants. J pediatr orthop. 2002; 22(1):41-3.
- **36-Leung OY, Wong TC, Wan SH.** Evaluation des résultats de la liberation chirurgicale du tendon dans les pouces à ressaut chez 180 enfants. Hong Kong Med J.2011; 17:370-5.
- **37-Mark G, Büchel HF.**Trigger thumb in the child.handchir Mikrochir plast chir.1996; 28 (2):108-10.

- **38- El Hamdani Fouzia** : Thèse de médecine 2008. Doigt à ressaut expérience de l'hôpital Militaire d'instruction Mohamed V de Rabat(Maroc).
- **39- Mouhssine Zakia** : Thèse de médecine 2001. Doigt à ressaut dans le service de trauma-orthopédie (P32) au CHU Ibn Rochd de Casablanca (Maroc).
- **40- Issam A Dahabra, Issa S Sawaqed**. Percutaneous trigger finger release with 18-gauge needle.SaudiMed.2007; 28(7):1065-1067.
- **41- Doyle J.R., Blythe W:** The flexor tendon sheath and pulleys: anatomy and reconstruction. AAOS Symposium on tendon surgery in the hand. St. Louis: Mosby, 1975. p. 81-87.
- **42- Doyle J.R:** Anatomy of the flexor sheath and pulley system. J Hand Surg 1988, 13A: 473-484.
- **43- Doyle J.R:** Anatomy and function of the palmar aponeurosis pulley. J Hand Surg 1990, 15A: 78-82.
- **44- Hunter J.M., Cook J.F., Ochiai N., KonikoffJ.J. Merklin R.J., Mackin G.A:** The pulley system. J Hand Surg 1980, 5: 283.
- **45- Manske P.R., Lesker P.A:** Palmar aponeurosis pulley.
- J Hand Surg 1983, 8: 259 263.
- **46- Strauch B., de Moura W:** Digital flexor tendon sheath: An anatomic study. J Hand Surg 1985, 10A: 785-789.

FICHE SIGNALETIQUE

NOM: TRAORE **PRENOM**: Terna

TITRE : Traitement du pouce à ressaut par corticothérapie dans le service de chirurgie orthopédique et de traumatologie du CHU de Kati: à propos de 4 cas et revue de la littérature.

Année: 2011 Ville: BAMAKO

Pays d'origine: MALI

Secteur d'intérêt : Chirurgie Orthopédique CHU-KATI.

Lieu de dépôt : Bibliothèque Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-

stomatologie

RESUME

Il s'agissait d'une étude prospective portant sur 4 cas de pouce à ressaut dans le service de chirurgie orthopédique et traumatologique du CHU de Kati du 1^{er} Janvier 2005 au 31 Décembre 2007.

- le sexe féminin a représenté les 100% des cas ;
- Sur le plan âge

La première était âgée de 52 ans ;

La deuxième âgée de 61 ans ;

La troisième âgée de 62 ans.

- Toutes les patientes étaient bambaras.
- Deux(2) de nos patientes étaient ménagères ; une(1) enseignante à la retraite.
- Toutes nos patientes ont consultée pour flexion douloureuse, blocage et claquage à l'extension du pouce.
 - -Deux cas de pouce à ressaut étaient droits, un cas était bilatéral.
- Une(1) de nos patientes était diabétique et hypertendue ; aucune de nos patientes n'avait un antécédent chirurgical.
- Le bétaméthasone injectable 5mg a été utilisé chez toutes nos patientes
- L'intervalle d'infiltration était 7 jours chez toutes nos patientes.
- -Toutes nos patientes ont été immobilisées par une manchette plâtrée prenant la colonne du pouce pendant 4 semaines.

- Une hyperglycémie et une hausse tensionnelle a été observée chez une de nos patientes celle qui est diabétique connue.
- L'évolution a été favorable chez toutes nos patientes.

Mots clés: Pouce; ressaut; douleur; infiltration; betaméthasone; CHU-KATI.

Fiche d'enquête N°

- Q1) Nom et prénom:
- Q2) Sexe: 1=F 2=M
- Q3) Age: 1=0-10 2= 11-20 s3=21-30 4=31-40 5=41-50 6=51-60
- 7=61-70
- Q4) Ethnie: 1= Bambara 2=Sonrhaï 3=Malinké 4=Sarakolé 5=Peulh
- 6=Dogon 7=Sénoufo 8=Bobo 9=Maure 10= Bozo 11= Autres
- Q5) Activité principale : 1= Etudiant/Elève 2= Ménagère 3= Commerçant
- 4= Cadre d'entreprise 5=Fonctionnaire 6= Retraité 7=Paysan
- 8=Pianiste 9=Maîtres d'armes
- 10=Joueurs de tennis 11=Travailleurs manuels 12=Autres
- Q6) Provenance: 1= Bamako 2= Kayes 3=Gao 4= Ségou 5= Mopti
- 6=Koulikoro 7=Sikasso 8=Tombouctou 9= Autres
- Q7) Motif de consultation : 1= Gène douloureuse à la base de la face palmaire
- 2= Flexion douloureuse le matin au réveil 3= Extension difficile ou impossible.
- Q8) Pouce atteint: 1= Droit 2= Gauche 3= Bilatérale 4= autres doigts
- Q9) Etiologies : 1= Congénital 2= Traumatique 3= Inflammatoire
- Q10) Signes cliniques : 1= Flexion douloureuse 2= Blocage en flexion
- 3= Extension difficile ou impossible 4= Claquement à l'extension
- 5= Nodule du fléchisseur à la palpation.
- Q11) Antécédents : 1= Diabète 2= HTA 3= Drépanocytose 4= Asthme
- 5= Tuberculose
- Q12) Examens complémentaires : 1= Radiographie 2= Echographie 3=Autres
- Q13) Diagnostic différentiel : 1= Fracture 2= Luxation 3= Tumeur
- 4=hypoplasie ou aplasie des tendons extenseurs

- Q14) Traitement: 1= Médicamenteux 2= Chirurgical
- Q15) Type de traitement médicamenteux : 1= Antalgique 2= AINS
- 3= Infiltration par corticoïde 4= Anesthésie locale 5= Attelle de repos
- Q16) Type de traitement chirurgical : 1= Ténolyse 2= Débridement et excision de la coulisse pré tendineuse
- Q17) Evolution: 1= Favorable 2= Non favorable
- Q18) Complications: 1= Infection 2= Traumatisme des nerfs digitaux
- 3=Raideur 4= Algodystrophies 5= Récidive 6= Hyperextention MCP

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'Etre 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 n'exigerai jamais un salaire audessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans 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 la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contres les lois de l'humanité.

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

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 JURE !!!!!