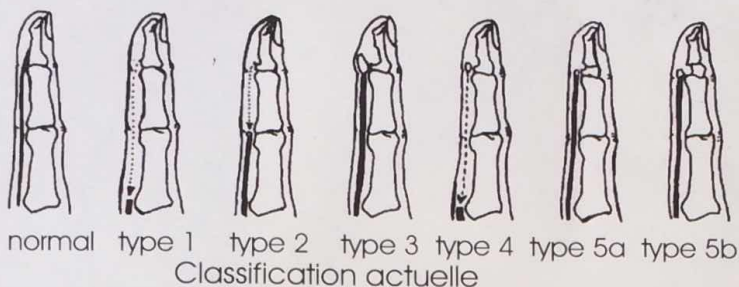


L'avulsion du tendon flechisseur commun profond (TFP) est une lésion fréquente, typique de la main traumatique de certains sportifs, décrit sous le terme de « grasping jersey finger » ou « rugby finger » et survenant le plus souvent chez les sujets jeunes et dans 75% des cas au niveau de l'annulaire. La classification (Leddy et Stamos, Al Qattan) en 5 stades d'avulsion du TFP à visée pronostique est basée sur le degré de rétraction du tendon parfois couplée à une fracture de P3.



## Cas Clinique

Le sujet est jeune, sportif rugbyman amateur assidu. Consultation 24 heures après un accident de Rugby pour vives douleurs au niveau de l'IPD du 5ème doigt de la **main gauche** lors d'un **traumatisme fermé par agrippement avec traction au maillot sans composante d'écrasement**: l'IPD est oedematiée, douloureuse, ecchymotique à sa face palmaire et dorsale avec rupture de la cascade cubitale du 5ème rayon. La flexion active l'IPD est impossible.



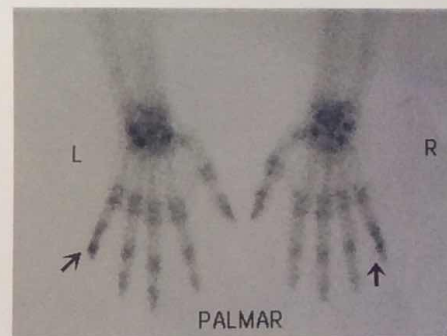
La RX de face+profil met en évidence un petit fragment de cortical osseuse localisé au niveau du col de P1 en relation avec une avulsion du TFP mais aussi une fracture articulaire déplacée en T de la base de P3.

## Physiopathologie

Le mécanisme d'hyper extension forcée d'un doigt en flexion active n'explique pas la coexistence de l'avulsion du tendineuse au fracas de P3.

La **notion de stress mécanique source de fragilisation osseuse** semble jouer un rôle important dans la pathogénie lésionnelle. Les contraintes osseuses intenses et répétitives entraînent une accélération du remodelage osseux physiologique fragilisant l'os, avec hyper-résorption ostéoclastique et retard de la reconstruction ostéoblastique au niveau des régions digitales hyper-sollicitées.

L'interrogatoire retrouve des **douleurs fonctionnelles permanentes** au niveau des articulations IPD du 4ième et du 5ième doigt de la **main droite et gauche depuis plus de 5 semaines** qui ont nécessitées un bilan radiologique standard quelques jours avant la rupture tendineuse. Celui-ci s'est avéré normal.



Une **scintigraphie** a été réalisée peu après l'intervention. Elle met en évidence une **hyperfixation osseuse au niveau de l'IPD de D5 de la main droite et gauche**. Il s'agit d'un **syndrome pré-fracturaire de l'IPD de D5 de la main contro-latérale** associant **douleurs fonctionnelles, bilan RX normal, hyperfixation scintigraphique**. Au moment du traumatisme, il devait exister un syndrome pré-fracturaire bilatéral. L'avulsion fermée du TFP intervient dans le cadre d'une fracture de fatigue de la base de P3.

## Classification

Le TFP est localisé au niveau de l'IPP, ce qui indique un type 2. La fracture de P3 indique un type 5b. Il pourrait s'agir d'une lésion initiale de type 5b (fracture de P3, vinculas intactes) qui a évoluée par la suite en type 2 par rupture partielle des vinculas lors de la poursuite de contrainte digitales. Ceci est exclu de part l'existence quelques jours avant le traumatisme de clichés RX normaux de D5 de la main D et G.

## Conclusion :

Il s'agit d'une **avulsion du TFP couplée à une fracture de fatigue de P3** traduisant l'incapacité d'un os sain à s'adapter à des contraintes inhabituelles, intenses et répétitives.

Les particularités du traitement et du pronostic de ce type **d'association lésionnelle « 5b+2 »** font qu'elle doit être classé comme une entité à part entière : le **type 5C** : Sa prise en charge chirurgicale doit être précoce et une ostéosynthèse stable de la base de P3 est possible

