

Mise au point
Les fentes médianes de la main : comment les analyser
et quel traitement proposer ?

Central ray deficiency of the hand

P. Valenti

Institut de la main, centre orthopédique Jouvenet, 6, square Jouvenet, 75016 Paris, France

Reçu le 1 avril 2010 ; accepté le 1 avril 2010

Résumé

Les fentes médianes de la main sont des différences congénitales rares, caractérisées par l'altération du développement de la colonne centrale de la main. D'aspect clinique extrêmement varié, associant des anomalies osseuse et tendineuse souvent complexes, elles sont très souvent inesthétiques et justifient, malgré une bonne adaptation fonctionnelle, un traitement chirurgical dès le plus jeune âge. L'objectif de cette mise au point est de rapporter les éléments permettant de classer cette anomalie congénitale afin de proposer la technique chirurgicale la plus adaptée. La revue de 33 cas opérés nous a aidés dans ce travail.

© 2010 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Main congénitale ; Fente médiane de la main

Abstract

Cleft hand is an uncommon congenital malformation, which is defined as a deficiency of the central part of the hand. It results from the absence or alteration of development of the central rays. Although the function of the hand is often excellent, the cosmetic appearance drives parents to seek consultation. The goal of this article is to define the different factors that dictate the classification of this anomaly and to facilitate choosing among many surgical procedures. Treatment improves aesthetic aspect of the hand and maintains excellent function. A retrospective review of 33 operated cases is presented.

© 2010 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords: Congenital hand; Cleft hand

1. Définition

La fente médiane de la main ou déficience centrale classiquement appelée main en « fourche » est une différence congénitale rare de la main classée au cinquième rang en termes de fréquence après les polydactylies, les syndactylies, les brides constrictives et la main bote radiale [1]. Les travaux de Lange en 1936 [2] et de Barsky en 1964 [3] ont permis d'isoler deux groupes de fentes médianes. Les fentes « typiques » où l'atteinte est souvent bilatérale avec parfois une transmission sur un mode familial. Elles s'accompagnent fréquemment de

différences congénitales des pieds (pieds fendus), sans jamais d'hypoplasie proximale de l'avant-bras ou du bras ni de doigt rudimentaire. Les fentes « atypiques » sont unilatérales, non familiales, sans atteinte des pieds et s'accompagnent d'hypoplasie proximale. Contrairement aux fentes typiques où le pouce peut être absent et où seul le cinquième doigt persiste dans les formes monodactyles, ces formes atypiques ou pseudo fourches peuvent s'étendre le plus souvent en ulnaire et, en cas de forme unidigitale, seul le pouce persiste.

En 1976, sous l'influence des travaux de Swanson [4], la Fédération internationale des sociétés de chirurgie de la main (IFSSH) définit les fentes médianes comme une déficience, un arrêt de formation longitudinale de la partie médiane de la main. Elles appartiennent au groupe I de la classification

Adresse e-mail : philippe.valenti@wanadoo.fr.

IFSSH. Sous l'influence de travaux allemands, les fentes atypiques ou pseudo fourches, définies comme une déficience ou un arrêt de formation transverse, appartiennent au groupe des symbrachydactylies [5–7].

Les fentes médianes de la main peuvent revêtir des aspects cliniques extrêmement variés et parfois associés :

- une fente médiane plus ou moins profonde avec absence du troisième doigt de façon isolée ou associée à l'absence d'un autre doigt ; syndactylie atteignant les doigts adjacents à la fente, soit du côté radial pouce–index, soit du côté ulnaire quatrième et cinquième doigt ;
- une absence partielle ou complète du troisième métacarpien ;
- un os surnuméraire transversal intermétacarpien ;
- un épaissement des phalanges des doigts adjacents à la fente avec mal rotation ;
- un fessum irréductible interphalangien proximal ;
- une anomalie de l'appareil fléchisseur et de l'appareil extenseur ;
- une synostose des os du carpe (hamatum–capitatum).
- une instabilité métacarpophalangienne (MCP) du pouce.

2. Étiopathogénie

Différents travaux expérimentaux et cliniques semblent confirmer une étiopathogénie commune à la fois aux syndactylies osseuses, aux polydactylies centrales et aux fentes médianes de la main [8–10]. Ces travaux japonais concluent à un dysfonctionnement de la crête ectodermique apicale dans le premier stade de développement embryonnaire aboutissant à la formation, soit de syndactylie, soit de polydactylie centrale ou en cas de résorption anormale de tissu mésodermique interdigital à l'apparition de fente médiane de la main.

3. Classification

De nombreuses classifications ont été rapportées dans la littérature. Watari et Tsuge en 1979 [10,11] décrivaient quatre groupes avec une subdivision de chaque groupe en deux sous-groupes en fonction de l'absence des phalanges distales ou proximales et l'absence des métacarpiens. Ogino en 1990 reprenait la classification de Watari en incluant un nouveau groupe 0 où il existe une fente entre l'index et le troisième doigt mais avec la présence de quatre doigts et d'un pouce (aucun doigt manquant). Nutt et Flatt en 1981 rapportaient une classification beaucoup plus exhaustive en décrivant pour chaque rayon manquant le degré d'absence de phalange et de métacarpien [12].

Toutes ces classifications paraissaient très descriptives et théoriques et ne permettaient pas de proposer une stratégie thérapeutique.

Deux classifications plus récentes rapportées par Glicenstein et Manske permettent de proposer une attitude thérapeutique plus adaptée aux anomalies rencontrées.

Glicenstein et al. en 1995 [13] répartissaient les fentes médianes en trois groupes :

- les fentes médianes simples (groupe 1) où seule la colonne du troisième doigt est atteinte ;
- les fentes médianes complexes (groupe 2) où l'absence du troisième doigt s'accompagne d'une syndactylie simple ou complexe pouce–index ou annulaire–auriculaire ;
- les fentes médianes étendues (groupe 3) où le rayon médian n'est pas le seul atteint, et où l'absence de doigts à prédominance radiale peut aboutir à l'existence d'une forme monodigitale où seul le cinquième doigt reste présent.

En 1995, Manske et Halikis [14] proposaient une classification, plus simple, reposant sur l'aspect clinique de la première commissure :

- groupe 1 : première commissure normale ;
- groupe 2 : première commissure modérément étroite ;
- groupe 2b : première commissure sévèrement étroite
- groupe 3 : syndactylie pouce/index avec une absence de première commissure ;
- groupe 4 : commissure large en raison de l'absence de l'index et du troisième doigt ;
- groupe 5 : persistance d'un ou deux rayons ulnaires avec disparition des doigts radiaux, ainsi que du pouce et donc caractérisée par l'absence de première commissure.

En fonction du caractère normal, étroit ou large de la première commissure, les auteurs proposaient une technique chirurgicale afin d'améliorer la pince pouce–index et donc la fonction de la main.

Ces classifications sont très utiles pour comparer nos résultats mais certaines fentes médianes complexes ne semblent appartenir à aucun groupe mentionné.

Ainsi, il nous a semblé utile de rappeler les différents temps de l'examen clinique et radiographique d'une fente médiane dans le but de décrire de façon exhaustive les différentes anomalies que l'on peut rencontrer. Ces informations proviennent d'une analyse rétrospective de 33 fentes médianes examinées lors de quatre missions chirurgicales consécutives réalisées en Colombie. Ces enfants d'âge moyen trois ans (neuf mois à 12 ans) ont été opérés et revus avec un recul compris entre un an et huit ans : 25 fentes médianes ont pu être analysées avec un recul d'au moins un an soit un pourcentage de 75 %. Huit n'ont pas pu être suivies en raison de l'éloignement géographique et de la précarité de ces familles rendant difficile le retour en consultation de ces enfants. Nous avons exclu les symbrachydactylies de cette étude.

4. Comment examiner une fente médiane ?

Face à la variété des aspects cliniques des fentes médianes, l'examen physique a toujours été systématique avec comme objectif de répondre à sept questions :

- l'aspect de la première commissure : normale, étroite ou absente ?
- le nombre de rayon digitaux présents ?

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4049520>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4049520>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)