

TENOLYSE DES FLECHISSEURS

Catherine Laffargue – Clinique La Francilienne-77340 Pontault Combault.

Technique de rééducation utilisée : Mobilisation Active

Particularités de la rééducation :



Il est impératif de connaître les amplitudes obtenues en per-opératoire par le chirurgien avant de débiter la rééducation, et de savoir si la ténolyse est fragile.

- Rééducation précoce, à J0.
- Active +++
- Pluriquotidienne (autorééducation).

Immobilisation

Posture en flexion pendant la nuit, après flexion active du doigt.

Phase 1 : J0 à J3 ou J4 . Phase d'hospitalisation

(= si nécessité de poser un cathéter pour l'antalgie, sinon sortie à J1).

 Infections

- ✚ Si douleurs à la mobilisation, pose d'un cathéter et injection tous les matins avant la rééducation.
- ✚ Surveillance de l'état cutané (cicatrices) et trophique du doigt .
- ✚ Assouplissement passif des doigts.
- ✚ Travail actif, effectué par le patient : travail analytique du
 - Fléchisseur Commun Profond (FCP),
 - du Superficiel (FCS)
 - et enroulement global du doigt.

Pas de travail contre résistance si ténolyse fragile. Contre -prise (manuelle ou appareillage) lors du travail actif, si réfection poulie.

- ✚ Après une flexion active, positionner le doigt en flexion, de façon à ce que les adhérences qui se feront la nuit cèdent le lendemain lors de la mise en extension du doigt.
- ✚ Entretien de l'extension (en actif et passif) .
- ✚ La sortie a lieu à l'ablation du cathéter si
 - douleurs modérées à la mobilisation,
 - amplitudes per-opératoires obtenues.

Phase 2 : J3 /J4 à J15

PATIENTS TROP MOTIVES:

Ne pas faire de nombreux mouvements rapides de flexion/extension du doigt qui n'ont qu'un effet, néfaste: le faire gonfler et augmenter l'inflammation
=> arrêt de la rééducation.

- ✚ Rééducation bi-quotidienne avec le kinésithérapeute + port d'orthèse
- ✚ Le patient doit se prendre en charge et travailler chez lui:
 - Exercices de flexion active 10 fois toutes les heures, lentement, sans forcer, pour mobiliser le tendon.
 - Entretien de l'extension des doigts.
 - Pose de content ion cohésive (si œdème) et glaçage.

Phase 3 : J15 à 6 mois

- ✚ Rééducation quotidienne puis plus espacée, jusqu'à consolidation des résultats:
 - Entretien des amplitudes acquises.
 - Récupération de la force musculaire.
 - Autorééducation.

Dans ce type de rééducation, les résultats sont conditionnés par:

- l'intervention chirurgicale et les possibilités qu'elle offre.
- la précocité de la rééducation (avant la 12ème heure), qui doit être pluriquotidienne.
- la motivation et la coopération du patient.

C'est une rééducation de longue haleine, qui demande de la persévérance au patient, les résultats définitifs n'étant obtenus qu'après 6 mois de rééducation.

SURVEILLANCE

- Cathéter (infection)
- Cicatrice.
- Autorééducation effectuée.