

## DOIGT DE PORTE

Cette fiche d'information a été rédigée par les chirurgiens de l'équipe Urgences Mains Paris Peupliers (UMPP).

Remise durant votre parcours de soins, elle est destinée à vous aider à mieux comprendre l'information délivrée par votre chirurgien. Il vous a expliqué la maladie dont vous souffrez ou dont il doit faire le diagnostic. Il vous a exposé les différentes modalités et alternatives de prise en charge et les conséquences prévisibles en cas de refus de l'acte proposé.

Vous sont exposées ici les raisons de l'acte pratiqué par votre chirurgien, son déroulement, les conséquences habituelles et les risques fréquents ou graves normalement prévisibles ainsi que les conditions du suivi après examen ou intervention.

Ce document, complémentaire de l'information orale que vous avez reçue, vous permet donc d'avoir une meilleure connaissance de votre pathologie et une prise de décision partagée avec votre chirurgien.

Il vous est recommandé de le lire attentivement.

### Qu'est-ce qu'un doigt porte ?

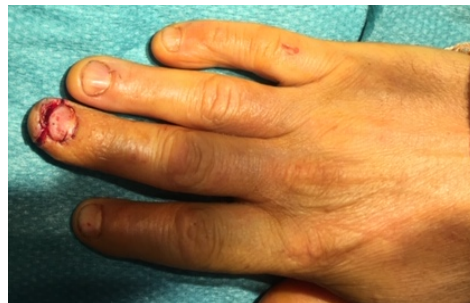
Le doigt de porte correspond à un écrasement de la dernière phalange des doigts entraînant une plaie de la pulpe, de l'ongle ou du lit de l'ongle parfois associée à une fracture de la partie terminale de l'os du doigt.

Il s'agit d'un accident domestique classique, fréquent chez l'enfant.

### Comment diagnostiquer un doigt porte ?

Le diagnostic est clinique. Une douleur et un gonflement (œdème) du bout du doigt associés à une plaie sont retrouvés. On peut retrouver un hématome sous l'ongle, une désinsertion de l'ongle, un ongle arraché et même une amputation de la dernière phalange.

Une radiographie doit être réalisée pour vérifier si un os est cassé. Si la dernière phalange est fracturée, on parlera de fracture ouverte.



### Comment traiter un doigt porte ?

Le traitement peut être médical si l'accident n'a entraîné qu'un hématome de petite taille sous l'ongle et qu'il n'existe ni plaie ni fracture. Le patient sera surveillé en consultation et un traitement antalgique lui sera prescrit.

La majorité des doigts de porte doivent être pris en charge chirurgicalement en semi-urgence.

#### Attention :

Fumer augmente le risque de complications quelque soit le type d'intervention chirurgicale. Arrêter de fumer 4 semaines avant l'intervention et poursuivre le sevrage au minimum 3 mois après diminue ce risque supplémentaire.

Si vous fumez, parlez-en à votre médecin, votre chirurgien ou votre anesthésiste ou appelez la ligne Tabac-Info-Service au 3989 pour vous aider à réduire les risques et mettre toutes les chances de votre côté.

Pour les doigts de porte entraînant une amputation partielle de la dernière phalange, une plaie délabrante de la pulpe et du lit de l'ongle ou un hématome important sous l'ongle, il est nécessaire de réaliser une intervention chirurgicale. Celui-ci dépendra des lésions retrouvées :

- rétablir et maintenir l'alignement des os si fracture avec parfois la mise en place d'une broche,
- réparer la pulpe et le lit de l'ongle. Dans certains cas, lorsque la perte de substance est trop importante, le chirurgien doit prélever un morceau de peau à proximité de la plaie pour la recouvrir. On parle de lambeaux de reconstruction,
- repositionner l'ongle quand c'est possible ou alors mettre en place d'une prothèse unguéale (faux ongle) qui guidera la repousse de l'ongle.

L'intervention se déroule au bloc opératoire, sous anesthésie loco-régionale (seul le bras est endormi), en ambulatoire (vous entrez et sortez de l'hôpital le même jour que votre intervention). Une antibiothérapie sera prescrite 5 à 10 jours s'il existe une fracture.



*Brochage d'un doigt porte*

## Evolution habituelle

La cicatrisation est obtenue en moyenne 3 semaines après l'intervention selon les lésions initiales.

Une mobilisation du doigt immédiate est nécessaire afin d'éviter une raideur de celui-ci.

Lorsque des broches ont été utilisées pour maintenir la réduction du foyer de fracture, ces dernières sont retirées lorsque que le foyer de fracture a consolidé (à 6 semaines en moyenne) au cours d'une seconde intervention.

L'ongle repositionné ou la prothèse unguéale tombent généralement au bout de 3 semaines. La repousse du nouvel ongle prend 3 à 4 mois.

Il faut savoir que le doigt n'aura plus jamais le même aspect que celui qu'il avait avant l'accident. En effet, il existe souvent un léger raccourcissement ou une déformation qui perdurera.

## Suivi post-opératoire

Vous serez revu(e) en consultation de contrôle à l'UMPP dans les 15 jours qui suivent l'intervention. Plusieurs radiographies seront à réaliser au cours du suivi s'il y avait une fracture initialement.

La reprise du travail peut être envisagée dès la 2<sup>ème</sup> semaine post-opératoire en fonction des activités professionnelles.

Une rééducation chez un kinésithérapeute est parfois nécessaire.

## Risques et complications

Les complications précoces principales liées à l'intervention sont :

- une infection nécessitant une antibiothérapie et parfois une reprise chirurgicale pour un lavage du site opératoire,
- une nécrose du lambeau de reconstruction mettant l'os à nu nécessitant une reprise chirurgicale et pouvant conduire parfois à l'amputation de l'extrémité du doigt,
- une nécrose de l'extrémité du doigt pouvant conduire parfois à l'amputation de celle-ci.

Les complications tardives principales liées à l'intervention sont :

- la raideur du doigt et l'algoneurodystrophie nécessitant la réalisation de kinésithérapie,
- une dystrophie unguéale (ongle déformé) nécessitant une plastie unguéale chirurgicale a distance (au moins 6 mois) si vous êtes gêné(e) sur le plan esthétique.



*Dystrophie unguéale*

#### AU CAS OÙ UNE IMMOBILISATION VOUS A ÉTÉ PRESCRITE :

Le port d'un pansement ou d'une immobilisation (attelle, plâtre, résine) contre-indique la pratique du sport et la conduite automobile. Ils ne doivent pas être mouillés (pendant la toilette).

Une attelle doit être portée de manière stricte, en permanence, jour et nuit, y compris pendant la toilette. Elle ne peut être retirée qu'en présence de personnel soignant ou après autorisation de votre chirurgien.

Vous devez bouger précocement en post-opératoire toutes les parties de la main et du membre supérieur non-immobilisées par l'attelle, plâtre ou résine.

Il est rappelé que toute intervention chirurgicale comporte un certain nombre de risques (liés à l'anesthésie, infectieux, hémorragiques, lésions nerveuses...) y compris vitaux, tenant à des variations individuelles qui ne sont pas toujours prévisibles. Certaines de ces complications sont de survenue exceptionnelle et peuvent parfois ne pas être guérissables. Au cours de cette intervention, le chirurgien peut se trouver en face d'une découverte ou d'un événement imprévu nécessitant des actes complémentaires ou différents de ceux initialement prévus, voire une interruption du protocole prévu.



L'UMPP se tient à votre disposition en cas de besoin  
Secrétariat (en journée, hors WE et jours fériés) :

01 44 16 56 94

Service des urgences (8-22h en semaine et 8h-22h WE et jours fériés) :

24 rue des Peupliers, 75013 Paris

01 44 16 55 92

Chirurgien d'astreinte (soir, WE et jours fériés) : 01 44 16 56 95