



Disponible en ligne sur

**ScienceDirect**  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

**EM|consulte**  
www.em-consulte.com



Mémoire original

## Résultats du traitement chirurgical de la ténosynovite de De Quervain : à propos de 80 cas avec un recul moyen de 9,5 ans<sup>☆</sup>



### *Results of surgical treatment of De Quervain's tenosynovitis: 80 cases with a mean follow-up of 9.5 years*

Johanne J. Garçon, Bertille Charruau, Emilie Marteau, Jacky Laulan\*, Guillaume Bacle

Unité de chirurgie de la main, hôpital Trousseau, CRHU de Tours, route de Loches, 37044 Tours, France

#### INFO ARTICLE

Historique de l'article :  
Reçu le 9 décembre 2017  
Accepté le 15 mai 2018

Mots clés :  
Ténosynovite de De Quervain  
Tendinopathie du poignet  
Complications chirurgicales  
Subluxation tendons

#### RÉSUMÉ

**Introduction.** – Le traitement chirurgical de la ténosynovite de De Quervain n'est indiqué qu'après échec du traitement médical, favorisé par des variantes anatomiques. Nous utilisons la technique de Le Viet pour éviter le risque d'instabilité des tendons. L'objectif de cette étude était d'évaluer nos résultats à long terme avec pour hypothèse que cette technique est fiable avec des résultats durables.

**Patients et méthode.** – Tous les patients opérés de 1995 à 2015 ont été inclus et le résultat évalué par un questionnaire téléphonique avec un recul minimum de 1 an. La technique opératoire a toujours été celle décrite par Le Viet, avec fixation sous-cutanée du lambeau de rétinaculum, en précisant la présence d'éventuelles variantes anatomiques. Dans 26 cas, une autre pathologie a été opérée dans le même temps. Outre les données démographiques, ont été recherchées la présence d'une douleur quantifiée par EVA, d'une gêne fonctionnelle et d'une luxation des tendons ainsi que la satisfaction.

**Résultats.** – Il n'y a pas eu de complication per ou post-opératoire immédiate. Parmi les 89 patients opérés, 74 (80 cas) ont pu être recontactés, 68 femmes et 6 hommes, avec un âge moyen de 48,5 ans (19–71 ans). Les 15 patients perdus de vue avaient eu une évolution initiale comparable au reste de la population. Un septum surnuméraire était présent dans 50 cas et un tendon multifasciculé du long abducteur du pouce dans 35 cas. Il n'y a pas eu de récurrence. Une gêne fonctionnelle était absente dans 68 cas, modérée dans 8 cas et importante dans 4, dont 3 avec des pathologies associées. L'EVA moyenne était de 0,76 (0 à 10). Aucun ne rapportait de subluxation des tendons ou de névrome. Les patients étaient très satisfaits dans 72 cas, satisfaits dans 6 cas, et insatisfaits dans 2 cas avec des pathologies associées.

**Discussion.** – Les résultats de cette série, à un recul moyen de 9,5 ans, sont favorables avec une disparition de toute gêne fonctionnelle dans 85 % des cas et un taux de satisfaction de 97,5 %. Il n'y a eu aucune complication à type de luxation des tendons ou de névrome, ni aucune récurrence. Les problèmes résiduels sont tous liés à des pathologies associées présentes d'emblée ou apparues depuis.

**Conclusion.** – La technique décrite par Le Viet donne des résultats fiables et durables, sans complication ni récurrence.

**Niveau de preuve.** – IV, étude rétrospective.

© 2018 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

## 1. Introduction

La ténosynovite de De Quervain est une pathologie « sténosante » du premier compartiment des extenseurs dans lequel cheminent les tendons du long abducteur et du court extenseur du pouce. Ce compartiment ostéo fibreux au contact du radius peut être le siège de variations anatomiques [1,2] qui favorisent l'apparition de la maladie. D'un point de vue histologique, il ne s'agirait pas d'une inflammation proprement dite mais d'un épaississement de la gaine des tendons et de l'accumulation de mucopolysaccharides.

DOI de l'article original : <https://doi.org/10.1016/j.otsr.2018.04.022>.

<sup>☆</sup> Ne pas utiliser, pour citation, la référence française de cet article, mais celle de l'article original paru dans Orthopaedics et Traumatology : Surgery et Research, en utilisant le DOI ci-dessus.

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [jacky.laulan@orange.fr](mailto:jacky.laulan@orange.fr) (J. Laulan).

<https://doi.org/10.1016/j.rcot.2018.06.015>

1877-0517/© 2018 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

La maladie de De Quervain serait le résultat de mécanismes intrinsèques dégénératifs et non de cause inflammatoire. Cet épaississement crée un conflit contenu-contenant à l'origine de douleurs et de gêne à la mobilisation du poignet et du pouce. Le traitement de la maladie est avant tout médical et consiste en une mise au repos du poignet et du pouce par orthèse, un traitement par anti inflammatoires et la réalisation d'infiltrations. Le traitement par infiltration de corticoïdes dans le premier compartiment reste le traitement de référence [3,4] néanmoins en l'absence de réponse au-delà de 3 à 6 mois, il est préférable d'envisager une décompression chirurgicale et d'éviter les infiltrations répétées qui sont source de dystrophie des tissus sous cutanés [5].

Il est reconnu que la présence d'un septum surnuméraire et de tendons multifasciculés contribuent à l'échec du traitement conservateur chez certains individus [6,7]. Dans ce cas, la libération chirurgicale du premier compartiment est une technique efficace qui peut néanmoins présenter des complications dont la principale est la subluxation des tendons du long abducteur et du court extenseur du pouce [8]. La technique chirurgicale princeps décrite par De Quervain consiste en une voie d'abord longitudinale et une incision de la poulie qui permet le plus souvent la suppression des douleurs mais expose à un risque de complications notamment à type de subluxation des tendons, de dystrophie cicatricielle et d'adhérences. Dans notre centre, nous utilisons la technique décrite par Le Viet [9] en 1991. Ce dernier utilise une voie d'abord horizontale, qui diminuerait les complications cicatricielles et une fixation du lambeau capsulaire au plan sous-cutané qui limiterait le risque d'instabilité tendineuse secondaire.

Dans la littérature il n'existe que très peu de résultats à long terme [8] de la libération chirurgicale dans la maladie de De Quervain. L'objectif de cette étude est d'évaluer les résultats à long terme d'une série homogène de ténosynovites de De Quervain, toutes traitées selon la même technique chirurgicale et par un seul opérateur sénior, avec pour hypothèse que cette technique est fiable avec des résultats durables.

## 2. Patients et Méthodes

Tous les patients opérés pour une ténosynovite de De Quervain entre 1995 et 2015, par le même chirurgien sénior, ont été inclus. Les dossiers ont été analysés pour vérifier que la technique opératoire avait toujours été identique et que la présence de variantes anatomiques avait été précisée, qu'il s'agisse d'un septum surnuméraire ou d'un tendon du long abducteur qui a été considéré comme multifasciculé quand il était constitué de plus de 2 contingents.

Il y avait 89 patients dont 6 avaient été opérés des 2 côtés (95 cas). La population était constituée de 81 femmes (91 %) et 8 hommes, avec un âge moyen de 49 ans (de 19 à 84 ans). Dans 53 cas l'intervention avait concerné le coté dominant.

Tous les patients avaient des signes cliniques de ténosynovite de De Quervain présents en moyenne depuis 9 mois (de 3 à 30 mois). Le motif de consultation était toujours une douleur dorso radiale avec un mode d'installation progressive pour 67 cas (70,5 %), traumatique pour 24 cas (25 %) et inconnu pour les 4 autres cas. Dans tous les cas il existait une douleur provoquée à la palpation du premier compartiment ainsi qu'un empâtement, signe de ténosynovite, avec une manœuvre de Finkelstein positive pour 92 cas. Soixante treize cas avaient été infiltrés, en moyenne 2 fois, avec un effet transitoire dans 55 cas.

L'intervention était réalisée sous garrot pneumatique gonflé à 250 mmHg, le plus souvent sous anesthésie locorégionale. Il était réalisé une incision transversale, centrée sur les tendons du premier compartiment des extenseurs. Les tissus sous cutanés étaient soigneusement disséqués afin de récliner les filets nerveux

superficiels de part et d'autre et d'exposer le rétinaculum des extenseurs dans sa partie latérale. Le premier compartiment était exposé, le rétinaculum était ensuite ouvert dans sa partie la plus ulnaire puis relevé d'ulnaire en radial, en préservant une charnière latérale. Lorsqu'un septum surnuméraire était retrouvé celui-ci était réséqué. Une ténosynovectomie était systématiquement réalisée. L'extrémité dorso-ulnaire du lambeau de rétinaculum était fixée en sous-cutané afin de limiter le risque de subluxation palmaire des tendons, selon la technique décrite par Le Viet. La fermeture cutanée se faisait par un surjet puis était réalisée un pansement ouaté avant l'immobilisation par une orthèse, maintenant le pouce et le poignet en légère extension, pour une durée de 10 à 15 jours.

En cas de troubles sensitifs ou de dysesthésies dans le territoire du rameau superficiel du nerf radial, associés à signe de Tinel positif, une neurolyse était réalisée par une courte incision longitudinale indépendante, centrée sur l'émergence aponévrotique du nerf, entre long extenseur radial du carpe et brachio-radial.

Pour chacun des patients les dossiers médicaux ont été analysés afin de recueillir : l'âge, le sexe, la latéralité, les facteurs favorisants, la présence de troubles sensitifs, les pathologies homolatérales associées, la présence d'un septum surnuméraire et d'un tendon du long abducteur multifasciculé, la réalisation d'une neurolyse du rameau superficiel du nerf radial, les complications post opératoires, la survenue d'un syndrome douloureux régional complexe (SDRC) et le résultat lors de la dernière consultation.

Avec un recul minimum de 1 an, les 89 patients ont été contactés par téléphone afin de répondre à un questionnaire sur la gêne fonctionnelle, l'EVA, les anomalies cicatricielles ainsi que sur leur niveau de satisfaction.

## 3. Résultats

Soixante quatorze patients âgés de 19 à 71 ans (âge moyen 48,5 ans), 68 femmes et 6 hommes, ont pu être recontactés permettant d'évaluer 80 poignets opérés (6 cas bilatéraux), avec un recul moyen de 9,5 ans (de 1 à 24 ans). Les 15 patients perdus de vue avaient eu une évolution initiale comparable au reste de la population, 7 étaient considérés comme guéris lors de la dernière consultation post opératoire et les 8 autres étaient améliorés.

Pour 46 des poignets opérés il s'agissait du coté dominant. On retrouvait un facteur favorisant pour 16 poignets dont 14 liés à l'activité professionnelle et 2 liés à l'activité sportive. Dans 9 cas, une neurolyse du rameau superficiel du nerf radial avait été réalisée dans le même temps. Pour 26 poignets une autre chirurgie avait été effectuée dans le même temps dont 12 opérés d'un syndrome du canal carpien, 7 d'une rhizarthrose traitée par trapèzectomie, et 7 d'une autre pathologie.

Parmi les 80 poignets, un septum surnuméraire (Fig. 1) était présent dans 50 cas et un tendon du long abducteur du pouce multifasciculé (Fig. 2) dans 35 cas. Pour 65 (81 %) des poignets opérés on retrouve l'une de ces deux anomalies anatomiques.

On ne retrouvait aucune complication per opératoire ni post opératoire immédiate dans notre série. Dans 10 cas, il existait des critères en faveur d'un SDRC dans les suites dont 8 avaient une pathologie associée opérée de manière concomitante. Tous les patients ont été immobilisés en post opératoire immédiat par une orthèse de repos pour une durée de 10 à 15 jours sauf les 7 cas opérés dans le même temps d'une rhizarthrose pour lesquels le délai était de 35 jours.

Lors de la révision, dans 68 cas il n'existait aucune gêne fonctionnelle, une gêne modérée était rapportée dans 8 cas dont 6 présentaient une pathologie associée, et une gêne importante pour 4 poignets dont 3 avec des pathologies associées. L'EVA moyenne était de 0,76 (0–10). La douleur était totalement absente dans 65 cas avec une EVA à 0, rare dans 12 cas avec une EVA

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/10221650>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/10221650>

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