

Ténosynovite de De Quervain : une nouvelle approche rééducative !



De Quervain's tenosynovitis: A new approach of physiotherapeutic treatment in rehabilitation!

5, allée Docteur-Calmette, 38130 Échirolles, France

Denis Gerlac

Reçu le 10 décembre 2014 ; reçu sous la forme révisée le 28 février 2015 ; accepté le 3 mars 2015

RÉSUMÉ

Le pronator teres tendu depuis l'épicondyle médiale et le processus coronoïde jusqu'au tiers moyen du radius (face latérale) présente une trajectoire oblique en bas et en dehors. Il est pronateur de l'avant-bras et fléchisseur du coude. Outre ces deux actions, la force qu'il développe lors de sa contraction induit une traction ascendante du radius (lorsque le coude est en extension) ainsi qu'une rotation en pronation sur lui-même. Si ce « déplacement » est avéré et non réduit, il entraîne une modification défavorable de l'angle formé par les tendons des muscles abductor pollicis longus et extensor pollicis brevis à l'entrée du premier compartiment du rétinaculum des extenseurs, de sorte que cet angle augmente. Il rend ainsi plus agressif la paroi médiale du premier compartiment en majorant la pression et les frottements de ces deux tendons lorsqu'ils coulissent contre cette poulie de réflexion. Il génère donc une inflammation. Voici une explication possible de l'origine des ténosynovites de De Quervain. Face à ce constat, un modèle rééducatif a été mis en place, tel qu'il est décrit dans cet article. Il est basé sur deux piliers. L'un est une orthèse de repos, le second est de la rééducation axée, d'une part, sur l'étirement du pronator teres pour « replacer » le radius et, d'autre part, sur le renforcement des muscles dont la physiologie est contraire à celles des muscles abductor pollicis longus et extensor pollicis brevis.

Niveau de preuve. – Non adapté.

© 2015 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

SUMMARY

The pronator teres muscle stretches from the medial epicondyle and coronoid process to the lateral side of the mid-third of the radius, with an oblique downward and outward course. It is the forearm pronator and elbow flexor. Moreover, its force in contraction induces upward traction of the radius when the elbow is in extension, and rotation around itself in pronation. Displacement, if not reduced, widens the angle between the abductor pollicis longus and extensor pollicis brevis tendons at the entrance to the first compartment of the extensor retinaculum, increasing first compartment medial wall aggression and the pressure and friction acting on the two tendons when they slide against this reflection pulley, leading to inflammation. This is a possible etiology for De Quervain's tenosynovitis. In the light of this, a rehabilitation scheme was devised, as described in the present article, based on two pillars: a resting brace, and rehabilitation involving stretching the pronator teres, so as to reposition the radius, and reinforcing the muscles that physiologically counter the abductor pollicis longus and extensor pollicis brevis muscles.

Level of evidence. – Non-applicable.

© 2015 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Mots clés

Attelle
De Quervain
Kinésithérapie
Orthèse
Physiothérapie
Rééducation

Keywords

Splint
De Quervain
Orthopaedic brace
Physiotherapy
Rehabilitation

Adresses e-mail :

DENIS.GERLAC@BBOX.FR,
DENIS.GERLAC@GMAIL.
COM

INTRODUCTION

La ténosynovite de De Quervain se caractérise par une douleur mécanique, localisée sur le bord radial du poignet, au niveau de la styloïde [1]. Elle est générée par une souffrance des tendons abductor pollicis longus (APL) et extensor pollicis brevis (EPB) lorsqu'ils coulissent ensemble dans le premier compartiment du rétinaculum des extenseurs (ancien ligament annulaire dorsal du carpe). Cette douleur, qui peut parfois être très intense, se manifeste lors des mouvements actifs d'abduction du pouce et du poignet, ou bien, des mouvements soient actifs soient passifs d'adduction du pouce et du poignet. Aujourd'hui, on s'appuie sur le test de Finkelstein pour faire le diagnostic. Ce test a été quelque peu modifié avec le temps. En effet, lors de la description princeps faite par le Dr. Finkelstein [2], ce test était effectué avec une manœuvre passive qui déplaçait le pouce vers la base de l'auriculaire. Alors que de nos jours, il est généralement réalisé avec une manœuvre active demandée au patient. Cette manœuvre qui correspond à la réalisation d'une inclinaison ulnaire du poignet, après avoir placé le pouce en opposition dans la paume de la main (Fig. 1), est pathognomonique de cette pathologie et signe sa présence.

Jusqu'à ce jour, et ce depuis sa description en 1895 par le chirurgien suisse éponyme de cette maladie [1], aucun des différents traitements proposés (kinésithérapiques, physiothérapiques, médicaux ou chirurgicaux) ne permet d'obtenir un effet curatif rapide. On constate que quels que soient les moyens employés, la guérison est souvent spontanée, après un long délai d'évolution.

Lorsqu'on revisite, de façon non exhaustive, la littérature se rapportant à cette pathologie on remarque que les soins prodigués, ainsi que leur chronologie, sont globalement identiques sur tous les continents. En effet, il est consensuel de commencer les soins par un traitement conservateur dont le pilier est formé par le port d'une attelle d'immobilisation du poignet et du pouce, associé à la réalisation d'un programme de réhabilitation musculo-tendineux. Plus tard, si aucun résultat encourageant ne se manifeste, des injections de corticoïdes seront proposées. Enfin, en dernier recours, si cela ne donne toujours pas d'amélioration, on évoquera la chirurgie mais sans garantir pour autant une guérison rapide [3].

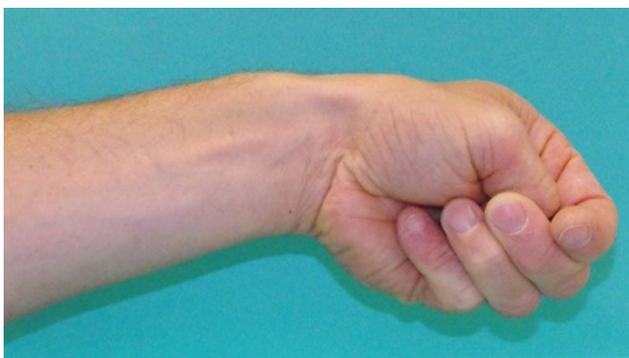


Figure 1. Test de Finkelstein (modifié).

ÉTIOLOGIES POSSIBLES

Pour expliquer cette pathologie dont on ne retrouve pas d'étiologie certaine, plusieurs causes possibles ont été avancées. Il ressort que deux facteurs anatomiques sont régulièrement incriminés. Le premier est lié à l'anatomie de l'APL, il est accusé de prendre plus de place que prévue dans la coulisse du premier compartiment dorsal du fait de duplications tendineuses régulièrement observées [4–7]. Le second correspond aux caractéristiques morphologiques propres de ce tunnel (premier compartiment du rétinaculum des extenseurs). Il présente parfois un septum médian qui le sépare en deux, et de ce fait en réduit l'espace [7–9]. On reproche à ces deux particularités anatomiques (déjà décrites en 1862 par J. Cruveilhier [10]), d'augmenter les frottements et de favoriser l'inflammation à l'intérieur de ce tunnel.

Des terrains prédisposés à cette tendinopathie sont également régulièrement énoncés en s'appuyant sur les statistiques qui montrent, par exemple, que les femmes sont plus souvent atteintes que les hommes [7,11], et que parmi les femmes atteintes, ce sont plus régulièrement des femmes enceintes [12] ou proches de la ménopause qui le sont (on évoque un dérèglement hormonal !). D'autres causes sont envisagées, plus crédibles, comme la surcharge de travail manuel ou bien l'accumulation de gestes répétitifs [7,13,14].

Pour ma part, ce qui m'a mis sur la voie d'une origine plutôt mécanique de cette pathologie, c'est le nombre important de patients que j'ai eu à prendre en charge en rééducation pour une ténosynovite de De Quervain, alors qu'ils présentaient tous dans le même temps, une caractéristique commune. Ils avaient à s'occuper ou prendre soin, d'un nouveau-né. Là où l'explication hormonale ne colle pas pour moi, c'est que parmi ces patients, il y avait effectivement des mamans, mais également des papas et des grands-parents. Peut-être que le dérèglement hormonal lié à la ménopause pourrait expliquer les ténosynovites chez les grand-mères mais pour les hommes (père ou grand-père) quel serait le rapport avec les hormones ? C'est ce constat qui m'a poussé à chercher une autre piste.

LE PRONATOR TERES EST-IL LE COUPABLE ?

En observant de plus près l'anatomie et la physiologie du poignet, il apparaît que les deux tendons, APL et EPB, forment selon leur grand axe, un angle à l'entrée de la coulisse du premier compartiment des extenseurs (Fig. 2). En allant plus loin dans l'analyse biomécanique des mouvements de pronosupination de l'avant-bras, on constate que l'ascension du radius (par rapport à l'ulna) associée ou non à une rotation en pronation sur lui-même du radius, majorent de façon défavorable cette angulation à l'entrée de la coulisse. Si cette modification d'angulation est avérée, elle est néfaste, puisqu'elle augmente les frottements des deux tendons lorsqu'ils pénètrent dans le premier compartiment du rétinaculum des extenseurs. Oui mais voilà... Qu'est-ce qui pourrait provoquer une ascension et une rotation, pathologiques, du radius ? C'est une nouvelle fois l'étude de l'anatomie qui nous apporte une réponse possible.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2622369>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2622369>

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