

Mémoire

Le traitement chirurgical de la ténosynovite de De Quervain chez le sportif : à propos de 22 cas

Surgical treatment of De Quervain's tenosynovitis in athletes: About 22 cases

H. Ait Benali^{a,*}, D. Benchebba^b, R.A. Bassir^a, M.S. Berrada^a, M. El Yaacoubi^a, B. Chagar^b

^a Service de chirurgie orthopédique et traumatologie, hôpital Avicenne, université Mohamed V Souissi, CHU Rabat, Rabat, Maroc

^b Service de chirurgie orthopédique et traumatologie II, hôpital militaire d'instruction Mohamed V, Rabat, Maroc

Disponible sur Internet le 30 octobre 2014

Résumé

La ténosynovite de De Quervain résulte d'une inadéquation entre les tendons du long abducteur et du court extenseur du pouce et le tunnel ostéofibreux dans le premier compartiment dorsal du poignet. Les auteurs rapportent une étude rétrospective de 22 patients sportifs de différentes disciplines traités chirurgicalement. L'âge moyen était de 36 ans avec une nette prédominance masculine. Le diagnostic était essentiellement clinique. L'indication chirurgicale était considérée lorsque les douleurs étaient persistantes malgré un traitement médical bien conduit. La technique chirurgicale a consisté en une incision de la gaine et le lambeau palmaire a été suturé à la peau selon Le Viet : voie longitudinale donnant un meilleur jour et permettant d'éviter toute lésion de la branche sensitive du nerf radial et la luxation tendineuse, principales complications du traitement chirurgical de la ténosynovite de De Quervain. Au recul moyen de 2 ans et demi, les résultats étaient satisfaisants chez tous nos patients. Les complications ont été dominées par les cicatrices inesthétiques chez 4 patients.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Ténosynovite ; De Quervain ; Chirurgie sportive ; La plastie de Le Viet

Abstract

De Quervain's tenosynovitis is an inadequacy between the abductor pollicis longus and extensor pollicis brevis tendons and the osteo-fibrous tunnel in the first extensor compartment of the wrist. The authors report a retrospective study of 22 patients from different sport who have been treated surgically. The mean age was 36 years old with net mal predominance. The diagnosis was mainly clinical. The surgical approach is considered with the recurrence of the painful symptoms in spite of a well-done medical management. The surgical technique consists of an incision of the sheath. The sheath palmar flap has been sutured with skin (Le Viet plasty). At two and half years follow-up, the functional results were good in all the patients. However, non-aesthetic scars were noticed in 4 patients. Surgery is indicated after failure of medical management. We use a longitudinal surgical approach to avoid the radial nerve lesions. Le Viet procedure using the palmar flap of the pulley fixed to the dermis works as a barrier and maintains the tendons sliding on the radial styloid groove.

© 2014 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords: Tenosynovitis; De Quervain; Sport surgery; Le Viet plasty

1. Introduction

La ténosynovite de De Quervain a été décrite pour la première fois par Fritz De Quervain en 1895, puis par Hoffman, en 1898, sous le nom de ténosynovite chronique sténosante. Elle résulte d'une inadéquation entre les deux tendons court extenseur du

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : abhicham@hotmail.fr (H. Ait Benali).

pouce (EPB) et long abducteur du pouce (APL), et le premier compartiment dorsal. Le diagnostic repose essentiellement sur la clinique. Le traitement chirurgical est indiqué après échec du traitement médical. Il s'agit d'une pathologie extrêmement handicapante en cas de pratique sportive utilisant le membre supérieur.

L'objectif de ce travail est de discuter l'indication et les résultats de la chirurgie à travers une série de 22 patients sportifs et une revue de la littérature.

2. Patients et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective de 22 patients, tous traités chirurgicalement par des opérateurs différents et avec la même technique, sur une durée de 7 ans entre 2004 et 2011. Le recul moyen a été de deux ans et demi avec des extrêmes de 6 mois à 5 ans. L'âge moyen de nos patients était de 36 ans (24–49 ans). Nous avons noté une nette prédominance masculine (17 hommes, 5 femmes). Concernant l'activité, notre série regroupait 12 tennismen, 5 handballeurs, 1 gardien de but de football et 4 bodybuilders. La lésion intéressait le côté dominant dans 75 % des cas. Nous n'avons pas noté d'atteinte bilatérale. Les patients ont consulté principalement pour une douleur du bord radial de type inflammatoire. Une impotence fonctionnelle totale était présente chez 10 patients, partielle chez 12 patients. Cette symptomatologie était responsable d'un arrêt de l'activité sportive dans 13 cas. Les tests de Finkelstein et Brunelli étaient positifs dans tous les cas. Trois patients ont développé une pathologie associée de la main (2 syndromes du canal carpien et un kyste synovial du poignet). La radiographie standard a été réalisée dans 17 cas et n'a pas révélé la présence d'anomalies osseuses. Tous nos patients ont bénéficié d'une échographie tendineuse qui a objectivé des signes de ténosynovite.

Tous ont reçu un traitement médical en première intention à base d'antalgiques et d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) avec port d'une orthèse de repos prenant le pouce pendant 15 jours puis relayé, si échec, par des infiltrations de corticoïdes à une semaine d'intervalle sans dépasser trois injections. La durée moyenne du traitement médical a été de 7 mois. Aucun des patients n'a répondu favorablement au traitement médical, ce qui a justifié d'une prise en charge chirurgicale. Le délai moyen entre la fin du traitement médical et la chirurgie a été de 9 mois avec des extrêmes allant de 3 mois à deux ans. Aucun de nos patients n'a pu reprendre son activité sportive après le traitement conservateur. Tous les sujets ont été opérés en ambulatoire sous anesthésie locorégionale. La durée du geste a été de 15 minutes. La voie d'abord dépendait des préférences du chirurgien : longitudinale chez 20 patients (Fig. 1), transversale dans deux cas. L'intervention a consisté en une décompression du premier compartiment dorsal par une incision médiane centrée sur le dôme. La terminaison de l'APL était dédoublée dans 10 cas avec un nombre variable de languettes, entre 2 et 4 ; le septum intertendineux a été retrouvé dans cinq cas avec excision systématique. Nous avons retrouvé deux cas d'APL surnuméraire entre deux corps charnus. Pour le reste des sujets, la terminaison d'APL était simple. Tous nos patients ont bénéficié d'une fixation du lambeau capsulaire palmaire de la poulie à la peau

lors du passage du surjet intradermique, et d'une résection du lambeau postérieure selon la technique de Le Viet (Fig. 2 et 3). Les deux patients présentant un canal carpien associé ont eu une ouverture du rétinaculum des fléchisseurs par une incision palmaire du poignet prolongeant le geste de 10 autres minutes. Le sujet, ayant un kyste synovial du poignet, a préféré reporter le traitement de celui-ci. En postopératoire, tous les patients ont eu un pansement et une immobilisation par une orthèse du poignet prenant le pouce pendant 10 jours à visée antalgique.

Tous les sujets ont été revus avec un recul moyen de deux ans et demi. Les résultats ont été déterminés selon les critères suivants : la douleur, la mobilité du pouce selon la cotation de Kapandji, la reprise du sport et la satisfaction des patients. Rappelons que la cotation de Kapandji permet d'évaluer le degré d'opposition du pouce, le score 10 signifiant une bonne opposition.

3. Résultat

La douleur était absente chez tous nos patients après traitement chirurgical avec une bonne mobilité du pouce (pouce coté à 10 selon Kapandji) chez 18 patients et une mobilité moyenne dans 4 cas (Kapandji inférieur à 8). On a noté un seul cas de dysesthésie radiale transitoire ayant récupéré au bout de 15 jours. Quatre patients n'ont pas été satisfaits de l'aspect esthétique du résultat final. Tous nos patients ont repris leur activité sportive normalement.

4. Discussion

La ténosynovite de De Quervain a suscité, depuis sa découverte par Fritz De Quervain en 1885, de nombreuses études à la recherche d'un élément anatomique prédisposant [1,2]. Les deux variétés anatomiques qui ont été retrouvées sont le septum intertendineux qui subdivise le premier compartiment dorsal en sous-compartiment, et le dédoublement du long abducteur du pouce au niveau de sa terminaison [1,3]. Cette ténosynovite se traduit par un épaississement puis une sténose de la gaine péri-tendineuse pouvant atteindre 4 fois le volume normal [4]. Les microtraumatismes à répétition, lors des mouvements du poignet et du pouce, sont retrouvés chez plusieurs patients. L'âge jeune et le sexe féminin semblent être des facteurs favorisants [2,5]. Une douleur en regard de la styloïde radiale majorée par les mouvements du pouce est le motif de consultation le plus fréquent. L'évolution est souvent progressive [4,5]. Classiquement, le diagnostic clinique repose sur la manœuvre de Finkelstein qui traduit un conflit entre les tendons et la partie osseuse du premier compartiment dorsal [2]. Selon Brunelli [6], ce test est trompeur dans la styloïdite radiale et les lésions ligamentaires. C'est ainsi qu'il a décrit une autre manœuvre qui met en évidence le conflit entre les tendons et la poulie du premier compartiment dorsal, en maintenant la main en déviation radiale et le pouce en abduction. Il faut toujours rechercher la présence de pathologies locorégionales. Foucher et al. [7] ont retrouvé une névrite de Wartenberg associée dans 50 % des cas.

Le traitement vise surtout l'indolence et une mobilité normale permettant au patient de retrouver ses activités [8,9]. Le

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4076458>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4076458>

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