



# TMS : LES TENDINOPATHIES DU POIGNET ET DE LA MAIN

- Dr D. Guinard, Pr Régis LEGRE
- Service de chirurgie de la main et réparatrice des membres
- APHM. CHU Conception Marseille



**SOS MAINS**



**MARSEILLE**



UNIVERSITÉ  
DE LA MÉDITERRANÉE  
AIX-MARSEILLE II

## TENDINOPATHIES : CLASSIFICATION LESIONNELLE

- Ténosynovites : inflammation du péritendon synovial

Douleur, œdème, crépitation → évolution sténosante par épaissement synovial = problème de coulisse du tendon

- Tendinites : inflammation du corps du tendon +/- dégénérative jusqu'à la rupture
- Tendinites nodulaires : dégérescence collagénique peu inflammatoire avec nodules, calcifications et foyers de nécrose
- Enthésopathies : inflammation des insertions du tendon

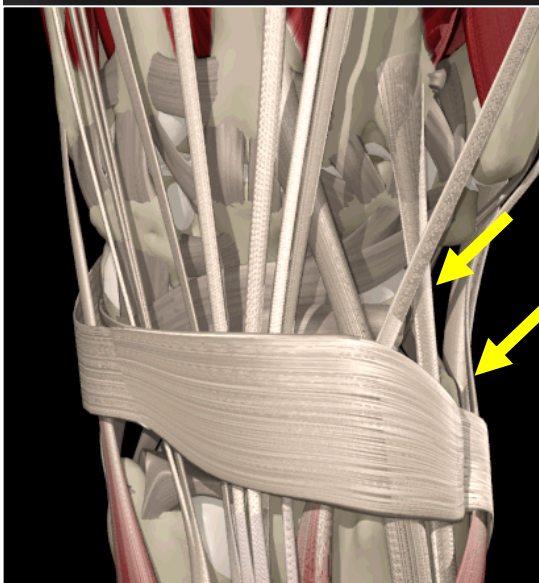
# PHYSIOPATHOLOGIE

## *SUR-SOLLICITATION TENDINEUSE:*

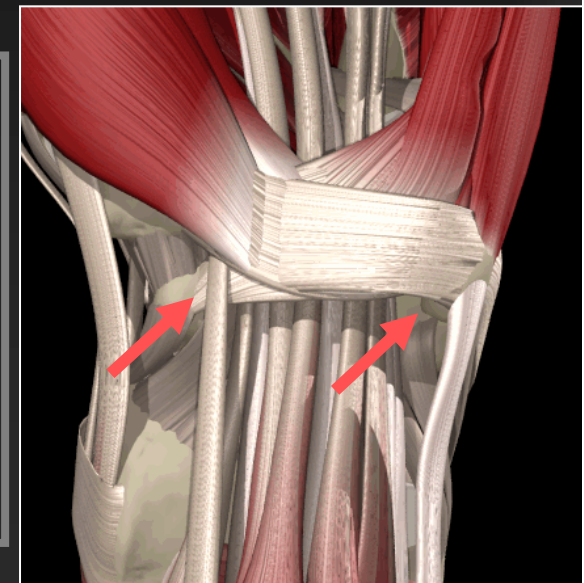
- Suremploi : augmentation rapide de la fréquence d'activité
- Surcharge mécanique : augmentation rapide des tensions subies

## *TROPHICITE :*

perte des propriétés d'élasticité, de résistance et de réparation avec l'âge (quarantaine)



Atteinte des tendons longs, grêles, soumis à des mouvements rapides, subissant des angulations importantes (poulies ostéo-fibreuses)



# LES TENDINOPATHIES DU POIGNET ET DE LA MAIN

- Tendinopathies du travailleur et / ou du sportif
- Hyper-utilisation et déséquilibres musculaires
- = Pratique inadaptée avec des gestes répétitifs et / ou sans condition physique adaptée
- Prise en charge =
  1. Médicale
  2. Rééducative
  3. Chirurgical



Prendre en compte : - Poste de travail : ergonomie  
- Terrain particulier du sportif : profil psychologique  
- Interruption activité professionnelle / sportive

# DIAGNOSTIC

Anamnèse : circonstances de survenue et localisation de la douleur

Triade clinique : reproduction de la douleur

1. À l'étirement passif du tendon
2. À la mise en tension active par contraction contre résistance
3. À la palpation locale

## EXPLORATIONS COMPLEMENTAIRES

*Pour affiner le diagnostic lésionnel,*

1. **ECHO** : sémiologie fine  
(expérience du praticien)
2. RADIO : signes indirects
3. IRM : problème des antennes de surface
4. TDM : manque de spécificité des images pathologiques
5. EMG : conséquences compressives (canal carpien)

# PRINCIPES DU TRAITEMENT DES TENDINOPATHIES

- **MEDICAL** Essentiellement

- Orthèses en détente tendineuse
- AINS et Antalgiques
- Infiltrations (fragilisation >>>immobilisation)

- **REEDUCATIF :**

- Physiothérapie
- Massages transverses profonds
- Etirements doux et renforcement musculaire final

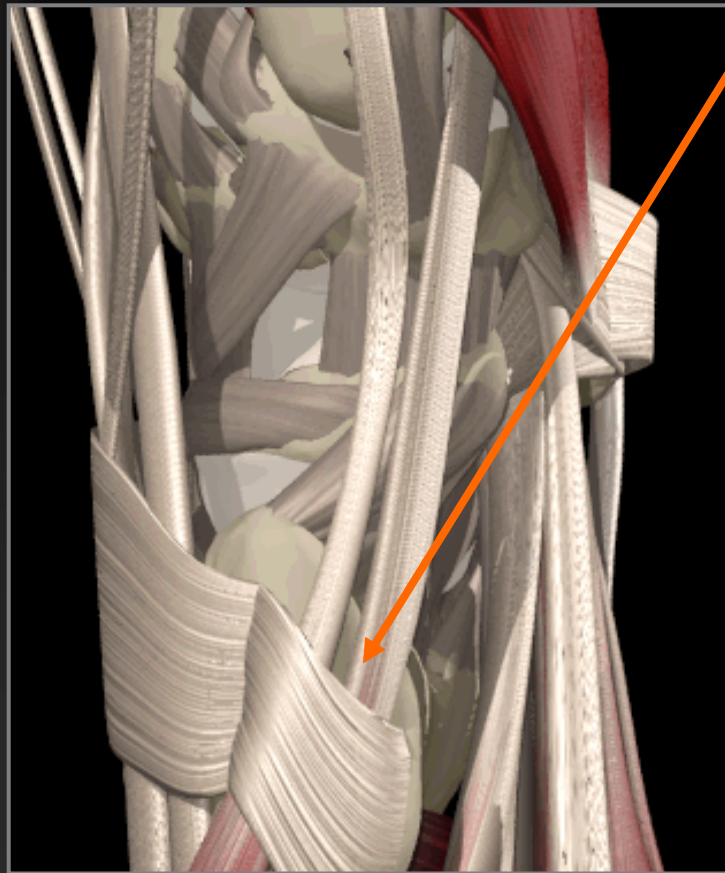
- **PREVENTIF :**

- Arrêt du trauma causal
- Préparation physique, hydratation ...
- Aides techniques , aménagement de poste de travail

- **CHIRURGICAL** en tout dernier recours

# TENO-SYNOVITE de DE QUERVAIN

(1895) (APL/EPB)



## 1<sup>er</sup> compartiment extenseurs

Mouvements d'inclinaison latérale du poignet → tennis +++, aviron, golf, moto, cyclisme, kayak, escrime

### **TEST DE FINKELSTEIN +**

pathognomonique (théoriquement)

= Pouce replié sous les doigts longs, la main est portée en inclinaison ulnaire

A rechercher +++

- **S de Wartenberg =**
  - Dysesthésies dans territoire de la BSNR
  - S de Tinel en amont de la styloïde radiale
- **S de Matzdorff =** Syndrome du bracelet de montre



# TENO-SYNOVITE de DE QUERVAIN (1895)

## TRAITEMENT

### Conservateur

En 1<sup>ère</sup> intention

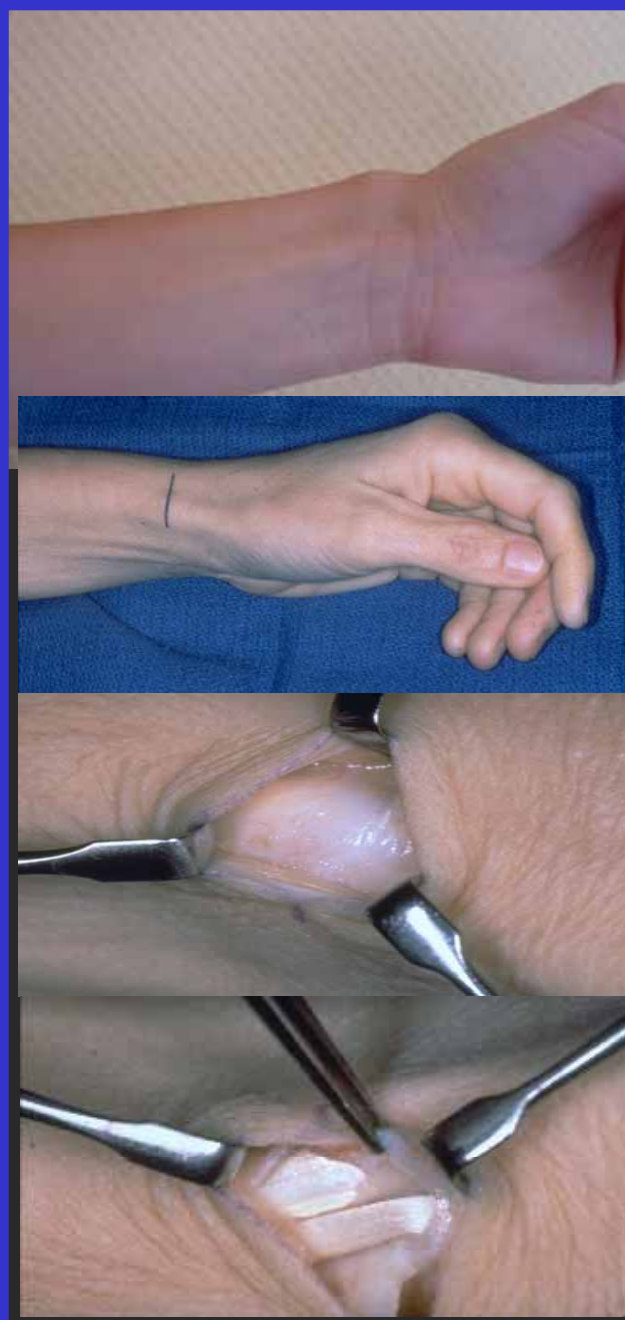
Grande efficacité +++

Attelle, AINS, antalgiques, infiltration

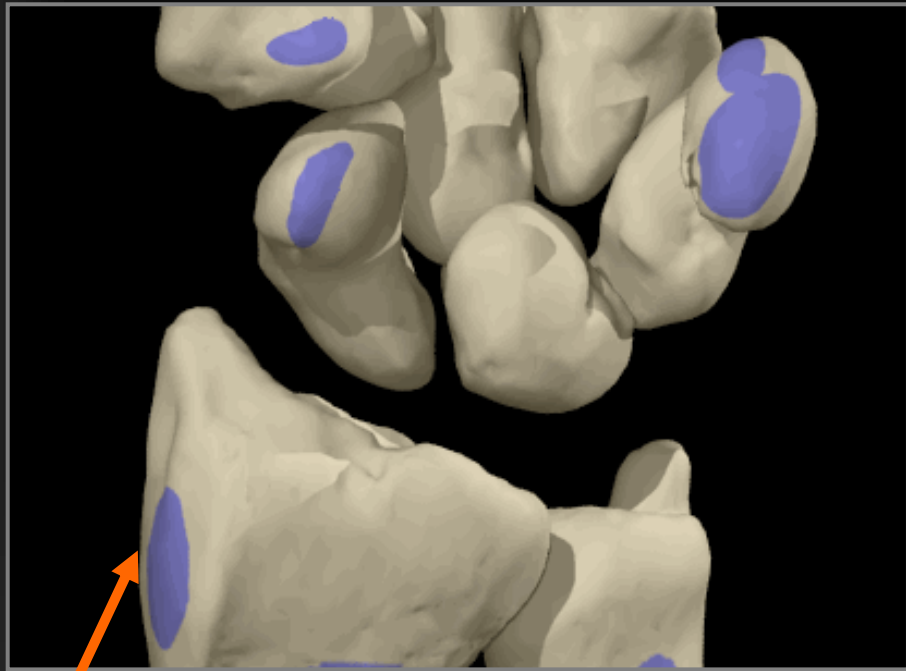


### Chirurgical

- **en cas d'échec**
- Voie horizontale
- Repérage du nerf radial
- Ouverture du 1<sup>er</sup> compartiment
- Synovectomie
- Butée antérieure pour éviter la luxation des tendons



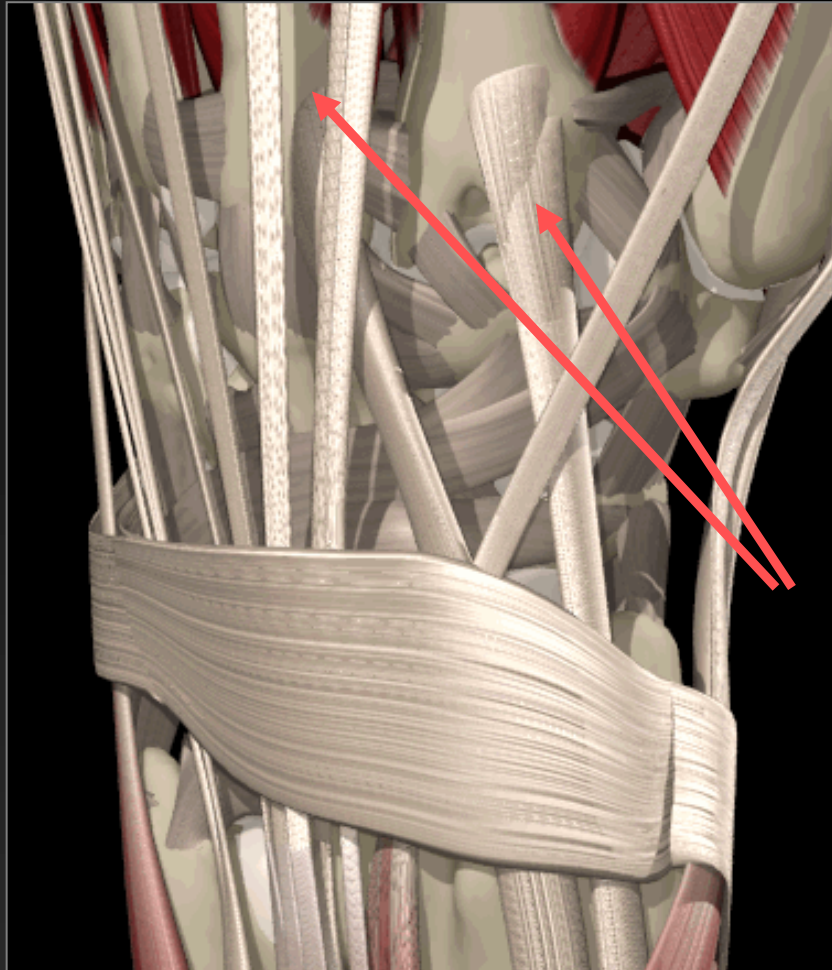
## STYLOÏDITE RADIALE (BR)



- Enthésiopathie du Long Supinateur (brachioradialis)
- Finkelstein –
- Arrachement osseux radiologique
- Traitement symptomatique



# TENDINITES DES RADIAUX (ECRL/ECRB)



2<sup>ème</sup> compartiment des extenseurs

→ Tennis, Handball, volley, golf, bowling

= **TÉNOPÉRIOSTITE D'INSERTION**

favorisée par :

1. existence d'un CARPE BOSSU = exostose Carpo-MC (Fiolle) >>> Rx
2. Os surnuméraire styloïdium
3. Tendinite associée des extenseurs de l'index

Traitement :

- Résection cunéiforme des exostoses
- Synovectomie locale
- Immobilisation 4 semaines



# SYNDROME DE L'INTERSECTION

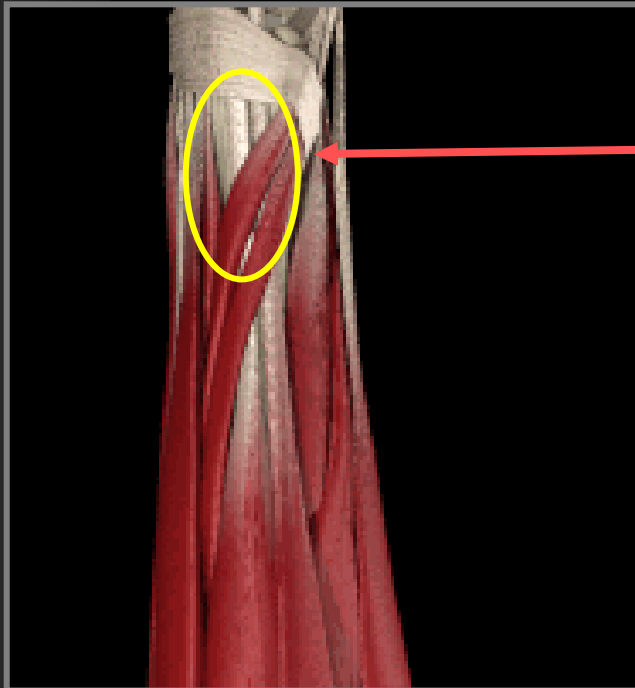
## À CREPITANT DE TILLAUX

### Diagnostic

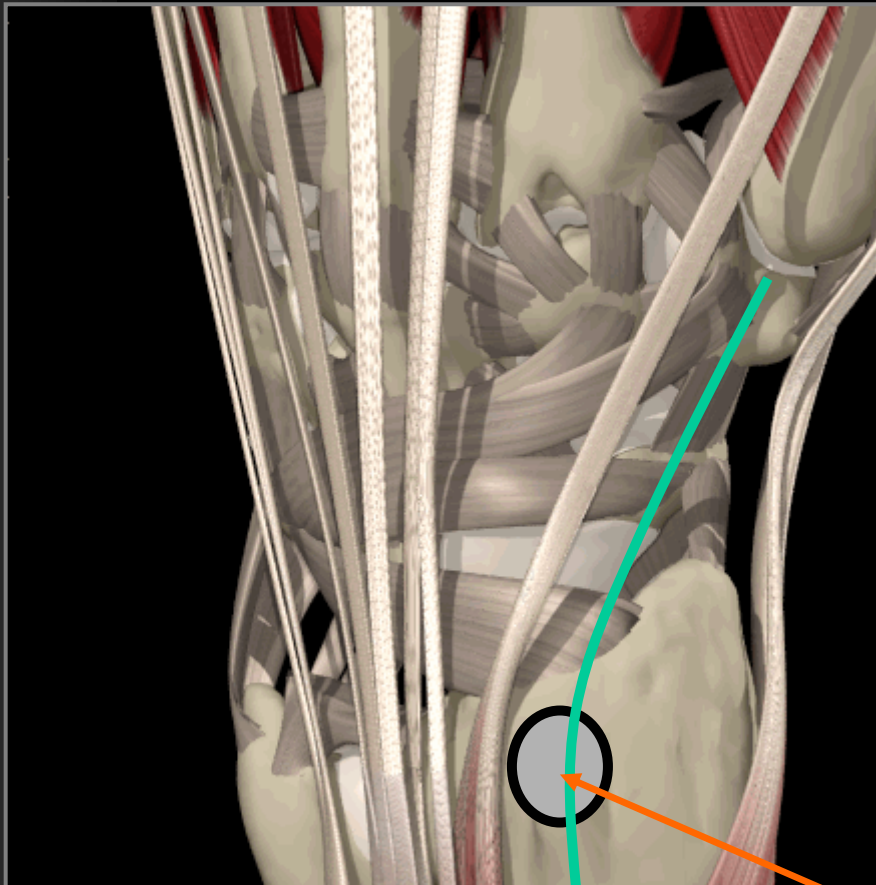
- Douleur, plus proximale que TSQ : 3 travers de doigts en amont de la styloïde radiale
- Tennis, boxe, aviron, golf
- Test de Finkelstein souvent +
- Tendinite du croisement entre EPB, APL et ECRL/ECRB.
- Bursite ou inflammation péri-tendineuse.

### Traitement

- Conservateur : efficace dans > 90% des cas  
= Attelle de repos (poignet en extension de 20 ° et inclinaison radiale)
- Chirurgical : **si échec**  
= Ouverture du 2<sup>ème</sup> compartiment et synovectomie/ résection de bursite



# TENDINITE DU LONG EXTENSEUR DU POUCE (EPL)



- 3<sup>ème</sup> compartiment des extenseurs
- Fracture Radius Distal avec ou sans déplacement, avec ou sans broches



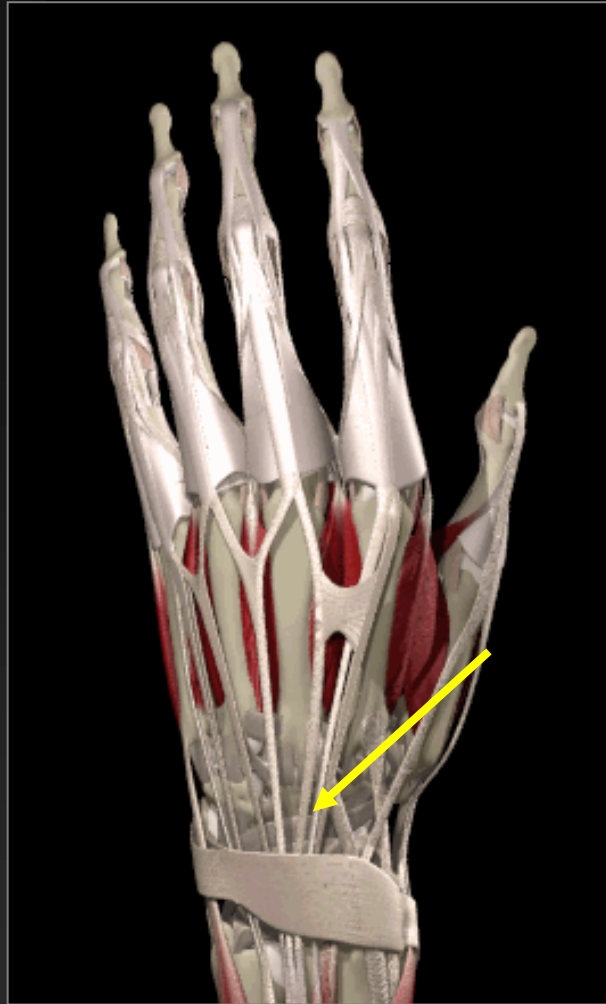
- **Infiltration de corticoïdes CI !!!**  
**>>> Rupture secondaire LEP**

Tub. Lister



# TENO-SYNOVITES DES EXTENSEURS DES DOIGTS (EDC)

## 4<sup>ème</sup> compartiment



- Rare
- Traumatismes par choc direct sur la face dorsale du poignet : athlétisme, haltères, karaté ...
- Extenseurs de l'index en rapport avec carpe bossu
- Penser aux pathologies associées : PR, BK ...
- Corps musculaire anormalement bas
- Maladie de Sécretan



# TENDINITES DU CUBITAL POST (ECU)

6<sup>ème</sup> compartiment

**2 Formes :**

- Tendinite d'insertion (rare)
- Tendinite compartimentale (LIFT Tennis +++)

-----

- Douleur lors de l'inclinaison cubitale et à la dorsiflexion contrariée du poignet
- Subluxation lors de la pronosupination  
= rupture de la cloison interne du 6<sup>ème</sup> compartiment lors de mouvements forcés  
>>> Tendinite de friction

-----

**TTT CHIRURGICAL**

= plastie de rétinaculum de recentrage de l'ECU sur la tête cubitale



# TENOSYNOVITE DES TENDONS FLECHISSEURS DES DOIGTS

- **Efforts de maintien** : escalade, gymnastique (agrès), aviron, kayak FCP  
bowling LFP
- Impacts palmaires brutaux : pelote basque **DOIGTS LONGS**
- Anomalies anatomiques : tendon accessoire FCP D2 D3, anastomose FCP D1 D2 , PP intra-canalair, conflit avec fracture chronique apophysaire de l'os crochu (bilan radio)

## DIAGNOSTIC

Tuméfaction palmaire douloureuse  
Syndrome du Canal Carpien  
Doigts à ressaut

## TRAITEMENT

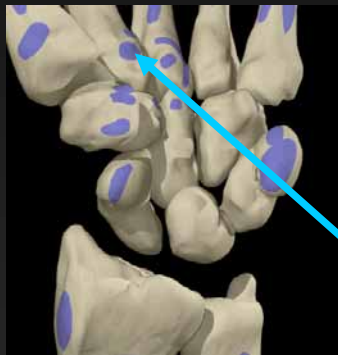
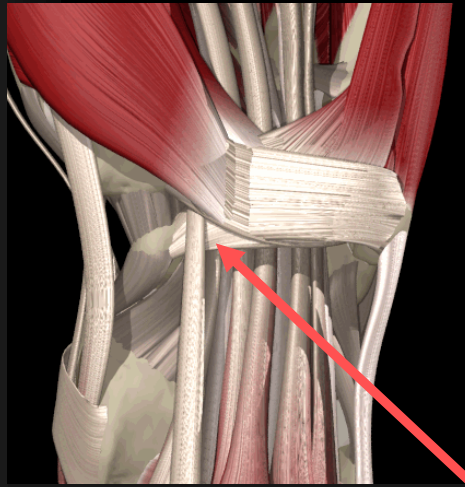
- Repos
- Orthèse
- Injection corticoïdes

**chirurgical**



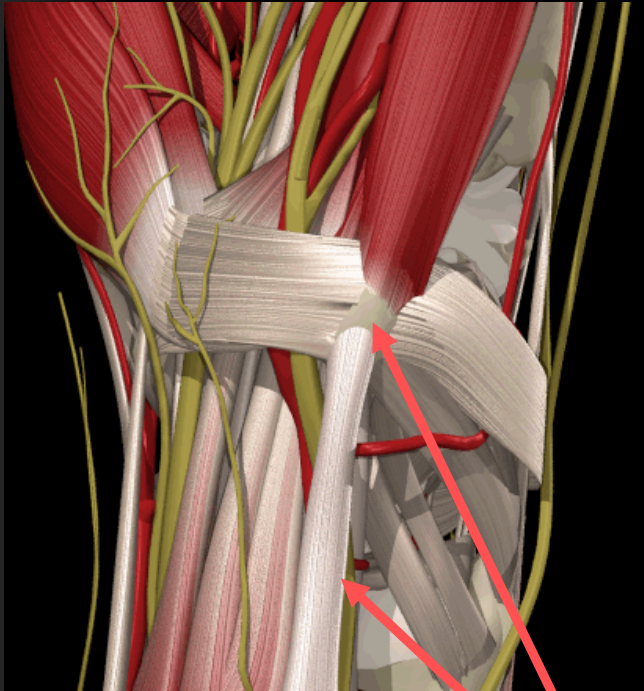


## TENDINITE DU GRAND PALMAIRE (FCR)



- Enthésiopathie base palmaire de M2
- Favorisée par remaniements STT et TM
- Douleur à la flexion du poignet, Dysesthésie branche cutanée palmaire du nerf médian
- Tuméfaction douloureuse en dedans gouttière du pouls, douleur flexion-pronation contrariée du poignet
- Rechercher rhizarthrose RX, Echo pour diagnostic différentiel avec un Kyste ArthroSynovial
- TTT: infiltration / orthèse

# TENDINITE DU CUBITAL ANTERIEUR (FCU)



= Enthésiopathie sur le pisiforme

- Rechercher :
  - Calcifications : incidences RX spéciales
  - Arthrose pisi-hamatale (pseudo signe du rabot)
- TTT chirurgical de dernière intention = Synovectomie, peignage, immobilisation

# CONCLUSION

- Traitement MEDICAL ET REEDUCATIF :

## Suppression du geste répétitif en cause

- Repos (= orthèses)
- Anti-inflammatoires locaux et généraux
- **Ergonomie**
- Education et préparation physique

- Traitement CHIRURGICAL des seuls cas résistants





**Merci**