



Les Rhumatismes Abarticulaires

Signes - Diagnostic et Traitement

Mouhamadou Habib SY

Objectifs

1. Définir le rhumatisme abarticulaire en préciser le cadre nosologique
2. Citer et décrire les signes cliniques d'une Tendinite, d'une Ténosynovite, d'une Ténobursite, d'une bursite et d'une Enthésite
3. Enumerer et décrire les différentes causes des rhumatismes abarticulaires
4. Décrire les signes cliniques et paracliniques et traiter le syndrome du canal carpien.
5. Décrire les signes cliniques et paracliniques et traiter un doigt à ressaut.
6. Décrire les signes cliniques et paracliniques et traiter une ténosynovite de De Quervain.

Plan

GENERALITES

1. SIGNES

2. DIAGNOSTIC

3. TRAITEMENT

CONCLUSION

GENERALITES

Essai

Classification des Affections Rhumatismales (A. R. A. / ACR)

1. Affections diffuses du tissu conjonctif
2. Spondylarthropathies
3. Arthrose
4. Arthrites, Bursites et Ténosynovites d 'origine infectieuse
5. Maladies Métaboliques et Endocriniennes / atteintes rhumatismales
6. Néoplasies
7. Neuropathies
8. Maladies ostéo-cartilagineuses avec retentissement rhumatismal
9. Rhumatismes Abarticulaires
10. Divers

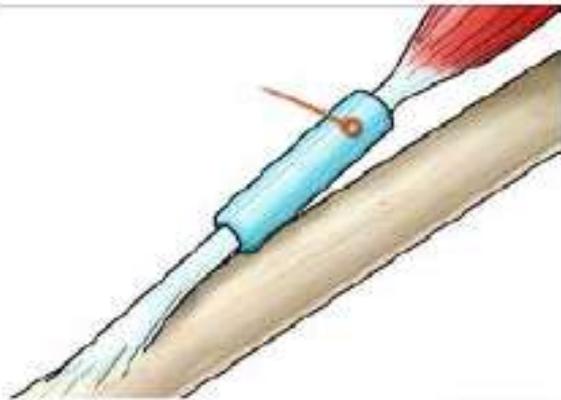
Définition

Il s'agit d'affections rhumatismales hétérogènes intéressant les différents tissus qui entourent les articulations.

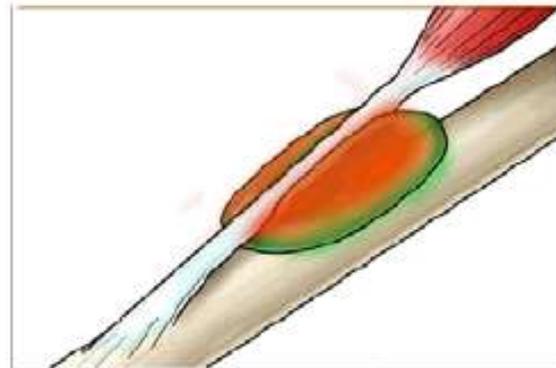
- Le tendon lui même définissant la tendinite,
- les tendons avec une gaine synoviale (téno-synovite).
- les bourses de glissement (bursite ou tendinobursite),
- Syndromes tunnelaires

Nosologie

- Tendon : Tendinopathie / Tendinite
- Insertion : insertite ou enthésite
- Synoviale articulaire : Kyste
- Bourse séreuse :
 - Bursite ou Hygroma
 - Tendinobursite
- Gaine synoviale : Ténosynovite
- Syndrome Tunnellaire : compression nerfs & Vx



Gaine tendineuse



tendon et bourse

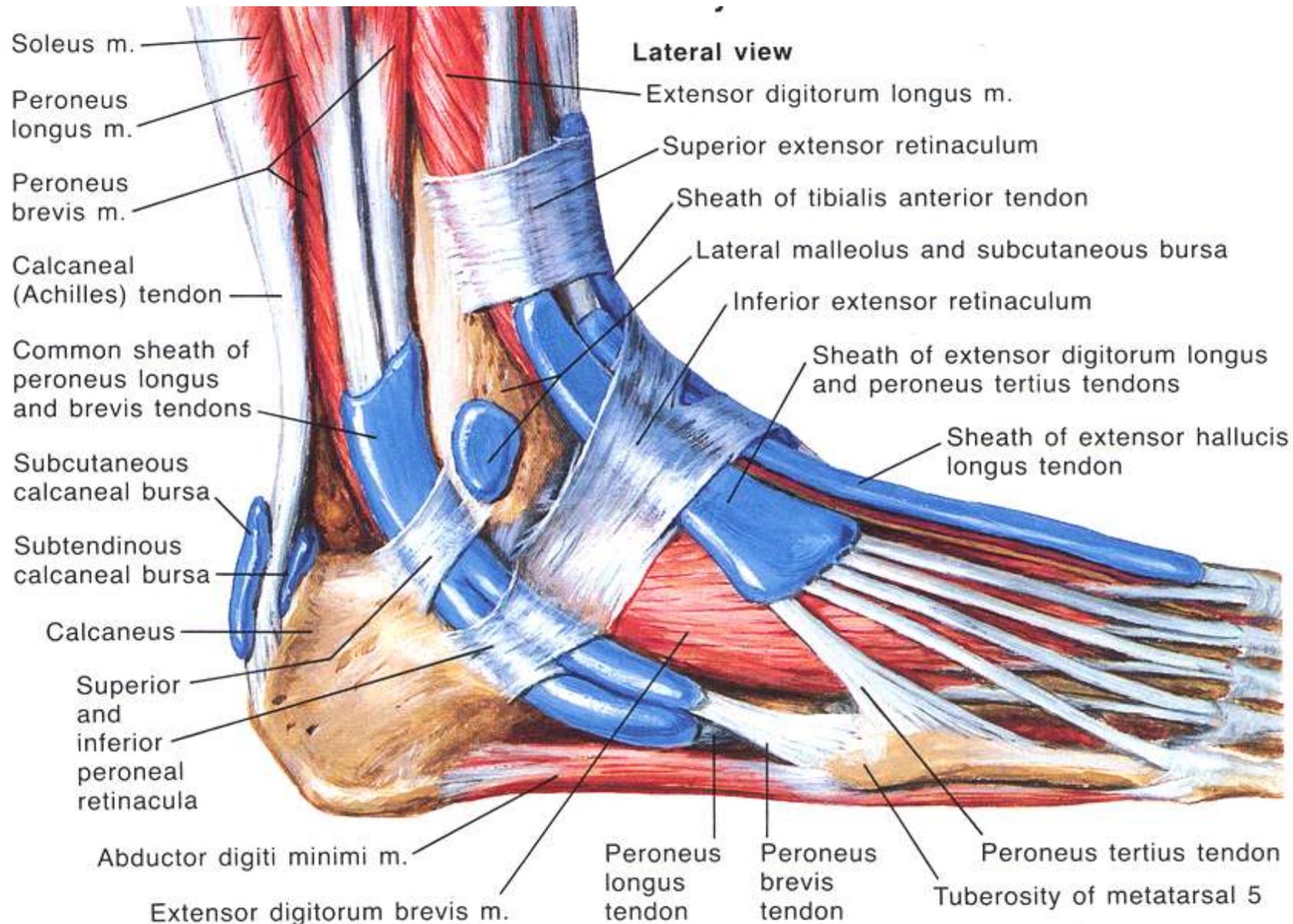
Intérêts

- Pathologie fréquente mais peu connue

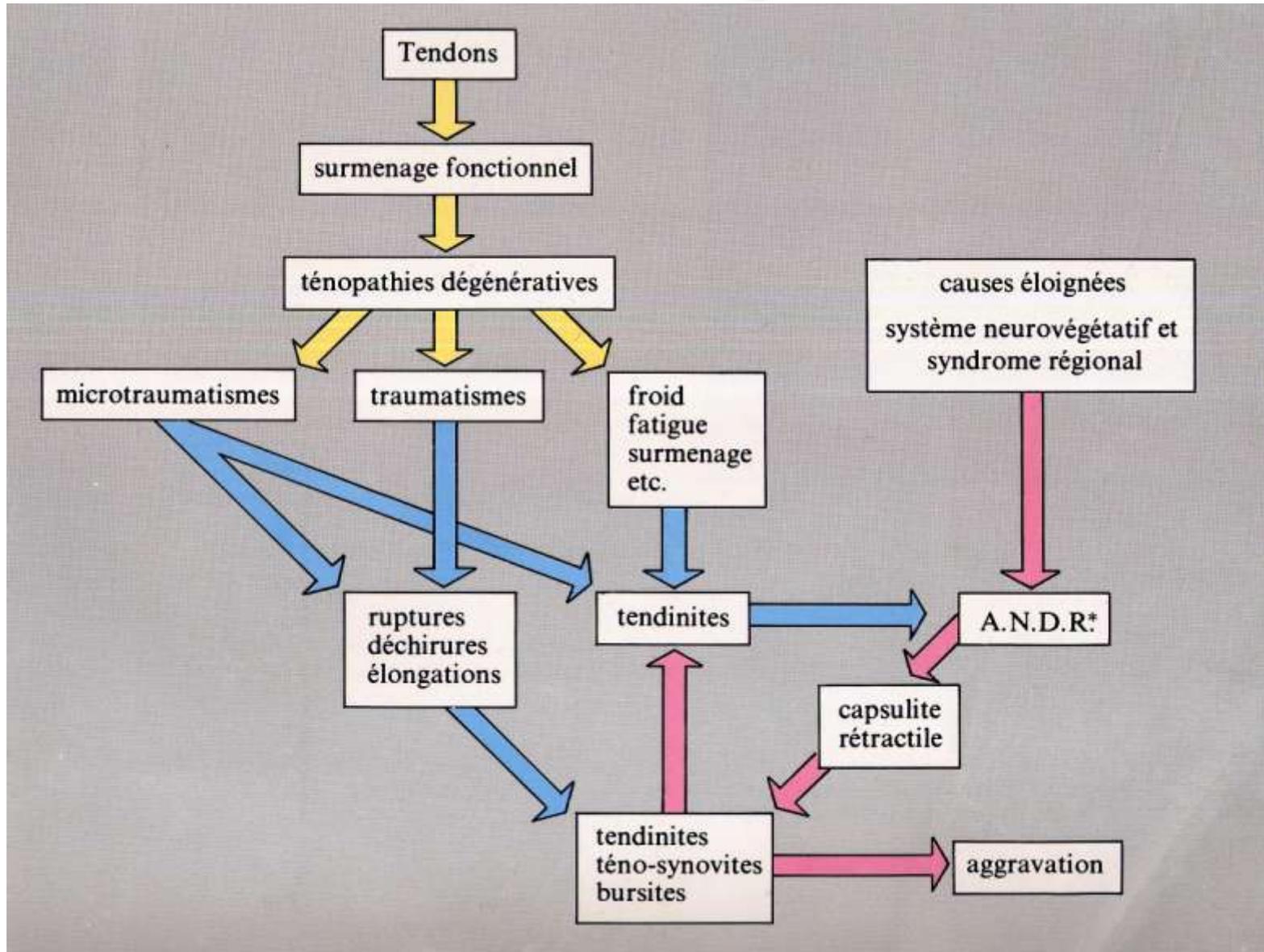
En milieu du Travail (TMS) et Sports

- Gestes de précision et de finesse
 - Gestes répétitifs et micro-traumatisme
 - Mobilisation simultanée de plusieurs articulations et muscles
- Pathologie riche et variée

Anatomie et Physiologie



Etiopathogénie



1 . SIGNES

Quelque soit le type
ou la nature

SIGNES CLINIQUES

SIGNES FONCTIONNELS

2 Maîtres symptômes sont la douleur et la gêne fonctionnelle.

- Douleur est :
 - localisée a l'insertion tendineuse + irradiant sur le trajet du tendon.
 - réveillée par la mise sous tension du muscle et du tendon (mouvements contrariés).
- Gêne fonctionnelle.

SIGNES CLINIQUES

- L'articulation est strictement libre.
- Parfois une tuméfaction circonscrite
- L'examen physique essaie de reproduire la douleur du patient par une mobilisation contre résistance du tendon touché.

IMAGERIE MEDICALE

- Radiologie conventionnelle
 - Peu contributive
- Echographie +++
- RMN++++
- TDM ++
- Scintigraphie ++

2 . DIAGNOSTIC

3 1 . DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE

LES ETIOLOGIES

Elles sont dominées par
les causes mécaniques :

- –Traumatisme direct;
- –Traumatismes indirects surtout +++ :
- Mouvements forcés; micro-traumatismes liés à l'hyper-utilisation des structures tendineuses (dans un cadre sportif, professionnel, loisirs...).

LES ETIOLOGIES

- Les causes inflammatoires :
- - Rhumatismes inflammatoires : PR, SPA.
- - les infections : gonococcie; tuberculose
- - Causes métaboliques : goutte; CCA; rhumatisme apatitique.

LES ETIOLOGIES

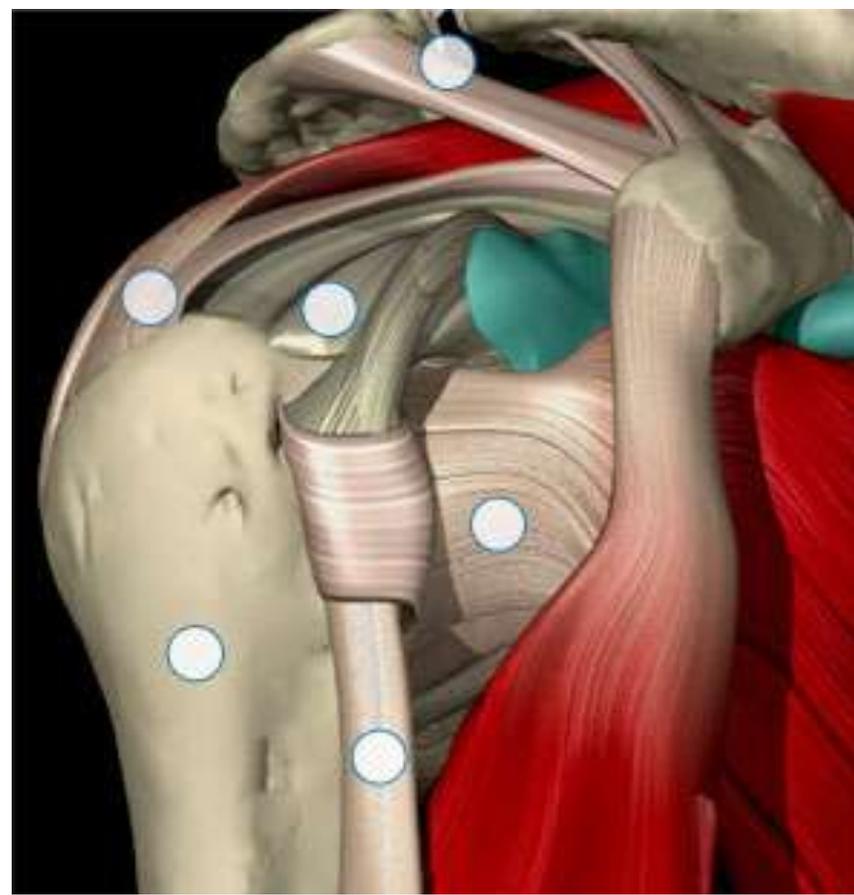
- Les causes tumorales : les structures abarticulaires peuvent être le point de départ de proliférations tissulaires diverses
 - – Synovite villonodulaire;
 - – fibrome;
 - – hémangiome;
 - – lipome;
 - – chondromatose.

LES ETIOLOGIES

- Ténosynovite a corps étranger :
- Toxicomanie.
- Causes iatrogènes :
- Réaction inflammatoire aiguë a l'infiltration cortisonique.
- Fluoroquinolones.

3 2 . DIAGNOSTIC TOPOGRAPHIQUE

EPAULE



De loin la plus fréquente.

Environ 5 % de la population.

Démembrée en plusieurs entités parfois intriquées.

Rétraction capsulaire ou capsulite rétractile encore épaule gelée

- Principale cause de raideur de l'épaule.
- La capsule articulaire est normalement lâche
 - avec deux récessus, sous-scapulaire et inférieur, permettant une grande mobilité glénohumérale.

Rétraction capsulaire ou capsulite rétractile encore épaule gelée

CLINIQUE

- Femme vers 40-60 ans.
- Au début, l'épaule est habituellement douloureuse mais non limitée, puis les douleurs augmentent, avec souvent une composante nocturne, et irradient vers le bras.
- La douleur s'atténue ensuite, alors que
- la raideur s'installe, entraînant une gêne aux mouvements actifs, en particulier l'antépulsion, la rotation externe, l'abduction et la rotation interne, ce que confirme l'examen de la mobilité passive.

Rétraction capsulaire ou capsulite rétractile encore épaule gelée

EVOLUTION

- En l'absence de traitement
 - on peut observer un retour progressif à une mobilité indolore mais volontiers incomplète.

ETIOLOGIES

Post traumatique : une fracture FESH

Infarctus du myocarde,
une hémiplégie du même côté

.

Rétraction capsulaire ou capsulite rétractile encore épaule gelée

SYNDROME ÉPAULE-MAIN

(algodystrophie des 3 articulations du MS).

Favorisé par le diabète, parfois par un traitement antiépileptique,

Souvent bilatérale

Cause inconnue parfois.

Rétraction capsulaire ou capsulite rétractile encore épaule gelée

IMAGERIE MEDICALE

Radiographie

- Epaule de face en rotation neutre est généralement normale.
 - Eliminer une affection osseuse (tumeur, nécrose) ou articulaire (arthrose)
 - Montre dans certains cas une déminéralisation pommelée, la scintigraphie osseuse montre alors une hyperfixation locale. Ces formes peuvent être assimilées à des algodystrophies.

Arthrographie

- Si doute diagnostique et que la raideur résiste au traitement
- Montre la réduction de la capacité articulaire (moins de 10 cm³, avec un résistance douloureuse, pour 15 à 30 normalement).

TRAITEMENT

associe les médicaments antalgiques ou anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) et surtout la rééducation de la mobilité en faisant bien travailler la glénohumérale et non l'omothoracique.

LOCAUX

KINESITHERAPIE

Essentiel du traitement : plusieurs séries de 10 à 15 séances.

Respect la règle de la non-douleur avec une part de mobilisation passive.

INFILTRATIONS

2 à 3 infiltrations intra-articulaires de 1 à 2 cm³ d'un corticoïde en suspension à 8-15 jours d'intervalle

GESTES LOCAUX

la distension arthrographique

la mobilisation sous anesthésie locorégionale

La capsulotomie arthroscopique.

TRAITEMENT MEDICAMENTEUX

Corticothérapie générale brève (60 mg/j de prednisone pendant 1 semaine).

Ces traitements n'ont pas d'effet sur la mobilité, seulement sur la douleur, et ne doivent pas être répétés ou prolongés.

La calcitonine peut aussi être utilisée dans les formes à type d'algodystrophie (1 injection par jour pendant 2 semaines puis 1 jour sur 2 pendant 2 semaines). Les échecs du traitement prolongé pendant 3 à 6 mois

Tendinites, tendinopathies

Les « tendinites » de l'épaule

- Fréquentes : Sous-épineux et du long biceps.
- Elles entraînent une douleur de rythme mécanique du moignon de l'épaule, qui est retrouvée lors du mouvement actif contrarié du muscle en cause ou, pour le biceps, par la palpation du tendon.
- Elles sont très fréquentes chez l'adulte jeune, en particulier le sportif. Elles peuvent représenter le premier stade symptomatique d'un conflit sous-acromioclaviculaire ou d'une lésion d'un tendon de la coiffe.

Les « tendinites » de l'épaule

- Leur persistance après plusieurs mois de repos et un traitement associant AINS et massage transverse profond doit faire rechercher ces atteintes tendineuses par arthroscanner ou imagerie par résonance magnétique (IRM),
- surtout chez l'adulte à partir de 40 ans.

Conflit sous-acromiocracoïdien et lésions de la coiffe des rotateurs

NEER

- Un conflit entre le trochiter et le trochin et l'arche formée par l'acromion, le ligament acromiocracoïdien et la coracoïde, entraîne l'impaction des tendons de la coiffe des rotateurs et du long biceps.
- Cette théorie explique pour l'essentiel les lésions progressives amenant à la perforation de la coiffe des rotateurs, mettant en communication la cavité articulaire et la bourse séreuse sous-acromiale.

Conflit sous-acromioclaviculaire et lésions de la coiffe des rotateurs

- Certains auteurs proposent une théorie inverse
Le conflit = conséquence des lésions de la coiffe.
- Les études anatomiques sur cadavres font état de 5 à 35 % de ruptures de la coiffe.
- L'IRM chez des sujets asymptomatiques en retrouve dans un tiers des cas après 50-60 ans, et cette proportion augmente avec l'âge.
- Cette grande fréquence des lésions anatomiques explique que l'imagerie ne peut être le seul élément des indications thérapeutiques, surtout de la chirurgie.

Conflit sous-acromioclaviculaire et lésions de la coiffe des rotateurs

Symptomatologie

- Douleurs : acromion irradiant vers la face externe du bras et la face postérieure du cou déclenchées par les mouvements d'antépulsion et d'abduction et souvent accompagnées d'une recrudescence nocturne.
- Différents tests : JOBE, PALM-UP..
 - les signes de conflit et de préciser les tendons lésés.



Conflit sous-acromioclaviculaire et lésions de la coiffe des rotateurs

RUPTURE TENDINEUSE

- Au stade initial où le tendon est oedématié ou fibrosé ou en cas de petite rupture d'un seul tendon, il n'y a généralement pas ou peu de déficit de la force.
- Au contraire, les ruptures étendues aux sus-épineux, sous-épineux et sous-scapulaire, parfois au long biceps, peuvent entraîner le tableau de l'épaule pseudoparalytique, encore que le deltoïde apporte parfois une compensation.
- On observe alors une impotence de l'abduction, de l'élévation antérieure et de la rotation externe actives, alors que les mouvements passifs sont conservés.

Conflit sous-acromioclaviculaire et lésions de la coiffe des rotateurs

IMAGERIE MEDICALE

Radiographies

- Face en rotation externe, neutre et interne, et
- Profil axillaire, glénoïdien et de coiffe,
- elles doivent dégager l'espace sous-acromial, l'interligne glénohuméral et les tubercules huméraux.
- Elles peuvent être normales, montrer des remaniements condensants ou géodiques des tubercules, une condensation, une hyperostose de l'acromion, et enfin une réduction de l'espace sous-acromial témoignant d'une ascension de la tête humérale du fait des lésions de la coiffe.

Arthroscanner ou IRM

Patients de moins de 50 ans et en cas d'échec du traitement

Récidive chez les personnes plus âgées.

Confirmer l'existence d'une rupture de la coiffe, d'en indiquer le siège et l'étendue, et de guider l'indication chirurgicale.

L'IRM en outre des lésions intratendineuses sans rupture.

Traitement du conflit et des lésions de la coiffe

- Repos, ou tout au moins la suppression, quand cela est possible, des gestes professionnels ou sportifs provoquant le conflit
- Antalgiques ou les AINS
- éventuellement deux ou trois infiltrations d'un corticoïde en suspension dans la région sous-acromiale.
- La rééducation représente généralement l'essentiel du traitement initial..

Traitement du conflit et des lésions de la coiffe

Rééducation Fonctionnelle

- Essentiel du traitement initial.
- But
 - assouplir l'épaule par le massage,
 - la relaxation et les exercices de mobilisation passive.
 - Rééquilibrer l'appareil musculaire de l'épaule en recentrage par un travail des muscles abaisseurs de l'épaule, dit « en décoaptation », et enfin renforcer les rotateurs internes.
 - Poursuite pluriquotidienne d'un programme d'autorééducation.
 - Résultats plus favorables sur la douleur > la mobilité active.

Traitement du conflit et des lésions de la coiffe

Chirurgie

Coiffe non rompue

Acromioplastie, qui peut être arthroscopique, élargit l'espace sous-acromial par résection de l'acromion et du ligament acromioclaviculaire.

En cas de rupture non transfixiante

Acromioplastie est souvent suffisante.

Ruptures transfixiantes nécessitent en outre la réinsertion tendineuse à ciel ouvert et parfois des plasties tendineuses puis une rééducation prolongée pendant plusieurs mois.

Certaines ruptures, du fait de leur étendue et de l'atrophie de la coiffe, ne sont pas réparables.

Les résultats de la chirurgie réparatrice de la coiffe sont généralement meilleurs sur l'élément douleur que sur la mobilité active.

Traitement du conflit et des lésions de la coiffe

Indications réparation chirurgicale coiffe

Sujets jeunes : capacité fonctionnelle ++

Prévention omarthrose

Contraintes : plusieurs mois son activité professionnelle pour l'intervention avant de suivre une rééducation très longue.

Chirurgie COIFFE

- Qu'après un échec du traitement médical et de rééducation conduit pendant 3 à 6 mois.
- Après 50-55 ans, les indications sont plus rares car les patients ont des besoins plus réduits et une coiffe de plus médiocre qualité.
- A cet âge ne vise pas à réparer la coiffe mais seulement à améliorer la fonction par acromioplastie, ténotomie du long biceps et régularisation des surfaces de glissement par arthroscopie.

Calcifications tendineuses de l'épaule

Calcifications tendineuses de l'épaule

- 5 % des adultes de 30 à 50 ans.
- Elles siègent le plus souvent à la partie distale du tendon du sus-épineux.
- Elles sont soit volumineuses, homogènes et bien limitées, soit très fines et multiples.
- Bien que souvent asymptomatiques, elles peuvent aussi provoquer le tableau de « l'épaule douloureuse aiguë »

Calcifications tendineuses de l'épaule

« l'épaule douloureuse aiguë »

- Début brutal et sans cause apparente.
- Douleurs sont très vives, majorées par le moindre mouvement, et parfois accompagnées
- Tuméfaction de l'épaule.
- On peut observer à cette occasion un morcellement voire une disparition de la calcification..

Calcifications tendineuses de l'épaule

« l'épaule douloureuse aiguë »

- Le traitement fait appel aux AINS et à la corticothérapie par voie locale ou générale comme dans la rétraction capsulaire.

Ponction-trituration de la calcification sous TV

- Quand les traitements médicaux habituels et l'injection locale de corticoïdes sont insuffisants,
- si la localisation et la morphologie de la calcification l'autorisent, son exérèse arthroscopique.

Ponction-trituration de la calcification sous TV

- Les calcifications tendineuses peuvent être retrouvées dans de nombreux sites périarticulaires où ils peuvent entraîner des épisodes douloureux.
- la « maladie des calcifications tendineuses multiples » ou, en raison de la nature des calcifications, « rhumatisme à hydroxyapatite »
- Origine inconnue aucun dérèglement apparent du métabolisme phosphocalcique.

COUDE

- EPICONDYLITES (tennis elbow) ++++:
- 1/ Douleur à la région épicondylienne irradiant vers la face postéro-externe de l'avant bras. DI réveillée par certains gestes : tourner une clé, déboucher une bouteille, se servir d'un vis...)
- - Sports +++ (tennis) et professions sollicitant les épicondyliens.
- 2/ Mouvements contrariées :
- coude en extension, extension contrariée du poignet, doigts semi- fléchis.
- coude en flexion a 90, supination contrariée, extension des doigts.

- EPITROCHLEITES : - Palpation de la face antérieure de l'épitrôchlée - Flexion et pronation contrariée du poignet.
- TENDINITE BICIPITALE :
 - - Douleur ant, un peu au dessous de l'interligne
 - - Flexion contrariée de l'avant bras
- BURSITE RETRO-OLECRANIENNE :
 - - tuméfaction fluctuante à la face postérieure du coude (hygroma)

MAIN ET POIGNET



TENDINOPATHIES

TENDINITE NODULAIRE



DOIGT A RESSAUT ***OU DOIGT A RESSORT***

Doigt en gâchette

Gêne du passage sous la poulie A1

Rupture fibrilles tendineuses : tendinose

Siège : Fléchisseur profond doigt

DOIGT A RESSAUT

- Femme > Homme
- Age : Adulte: 40-60 ans; Enfant : 4-8 ans
- Doigt : Exceptionnel : Auriculaire
 - Pouce +++



DOIGT A RESSAUT

Clinique stéréotypée

- Blocage non douloureux (au début)
- Extension active du doigt difficile
- Extension passive avec main controlatérale



DOIGT A RESSAUT

- **Examen**

- Doigt fléchi
- Extension passive telle un ressort
- Perception douloureuse
- Nodule palmaire en regard MCP



DOIGT A RESSAUT

- **Imagerie Médicale**
 - Echographie
 - IRM
- **Autres examens**
 - Recherche étiologique
 - Recherche association morbide
 - Diabète...

DOIGT A RESSAUT

- **Evolution Spontanée**
 - Enraidissement fibreux progressif
 - Perte de extension



DOIGT A RESSAUT

- **Evolution Sous traitement**
 - Infiltration
 - Rémission longue parfois complète
 - Ouverture poulie A1
 - Guérison



DOIGT A RESSAUT

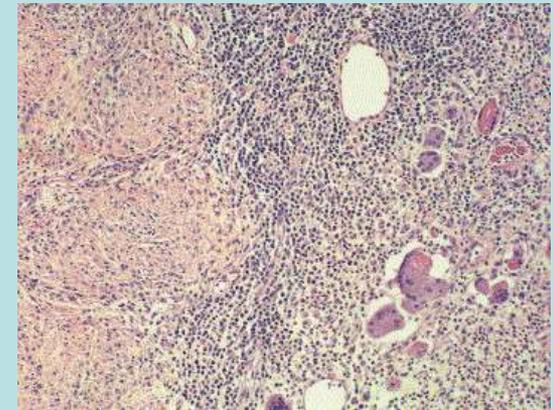
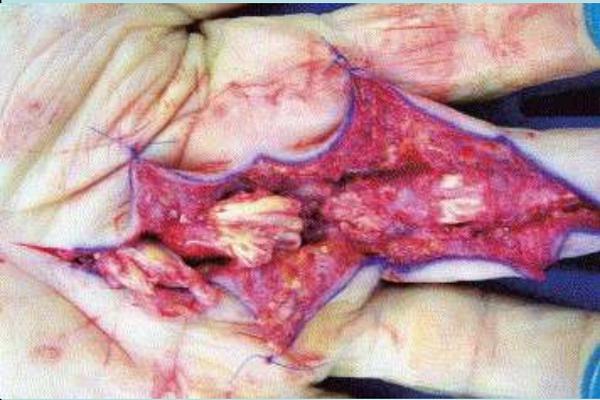
- **Complications**
 - Rupture tendineuse
 - Infections
 - **Blocage irréductible**



DOIGT A RESSAUT

- **Complications**

- Rupture tendineuse post infiltration
- Infections
- Blocage irréductible



BT FITZGERALD

Delayed flexor digitorum superficialis and profundus ruptures in a trigger finger after a steroid injection : A case report. *The Journal of Hand Surgery*, 2005;30A:479-482

TENDINOPATHIES

INDUITES PAR LES MEDICAMENTS

Littérature

1988 : Ténotoxicité iatrogène aux fluoroquinolones (Ciprofloxacine)

- **Gilles Hayem**

- Tendinopathies induites par les médicaments
Rev Rhum, 2002;69:406-10

- **P Chazerain et al**

- Quatre cas de tendinopathie survenant au cours d'un traitement par statine*
Rev Rhum, 2001;68:430-3

TENDINITES D'INSERTION

Styloïdite Radiale

Décrite par Veyrassat et Mouchet

Individualisée par Gauthiers-Villars en 1947



STYLOÏDITE RADIALE

- Femme 40 – 60 ans
- Profession : Couturière, lavandières,..
- Poignet dominant souvent à droite
- Douleur sourde puis permanente
- Irradiation vers l'avant-bras
- Augmentée par les mouvements

STYLOÏDITE RADIALE

Examen clinique

- Douleur réveillée par pression base styloïde
- Tuméfaction pré styloïdienne

Radiographie

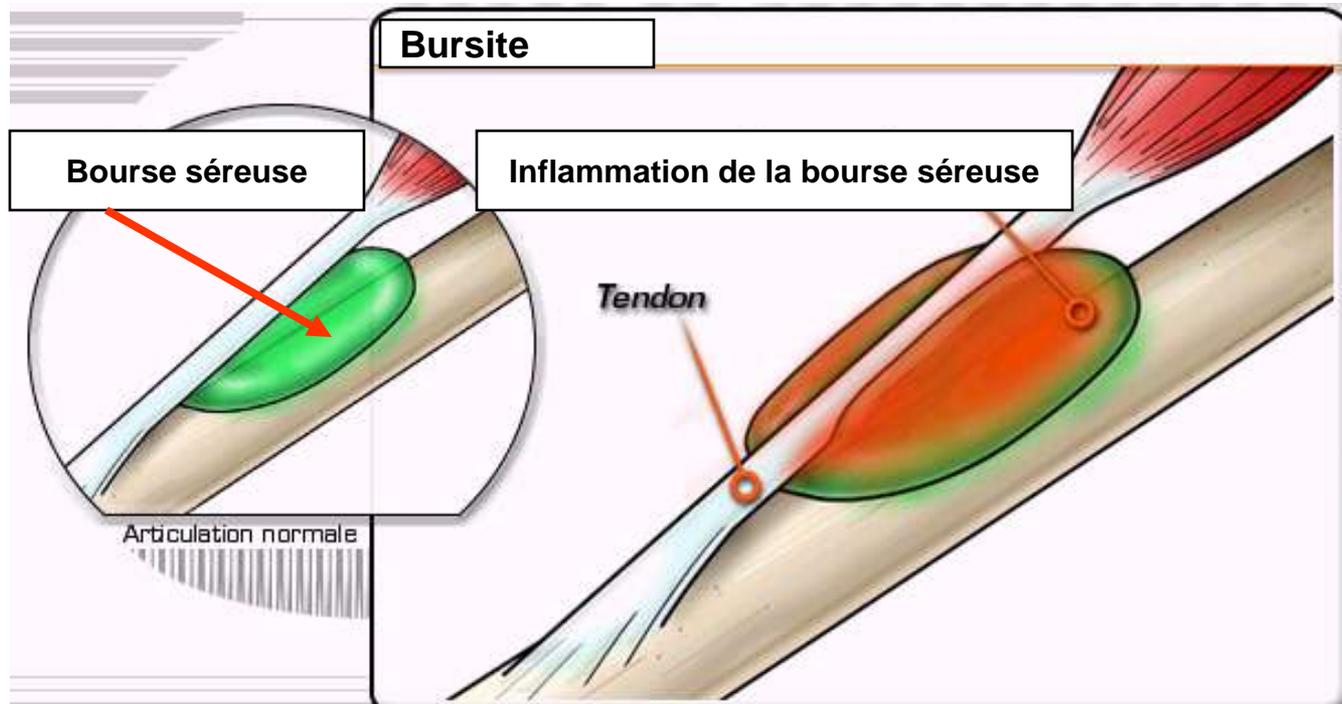
- Image de périostite
- Image de décalcification localisée en coup d'angle de Leger : corticale externe amincie, estompée par une encoche

STYLOÏDITE RADIALE

Etiopathogénie

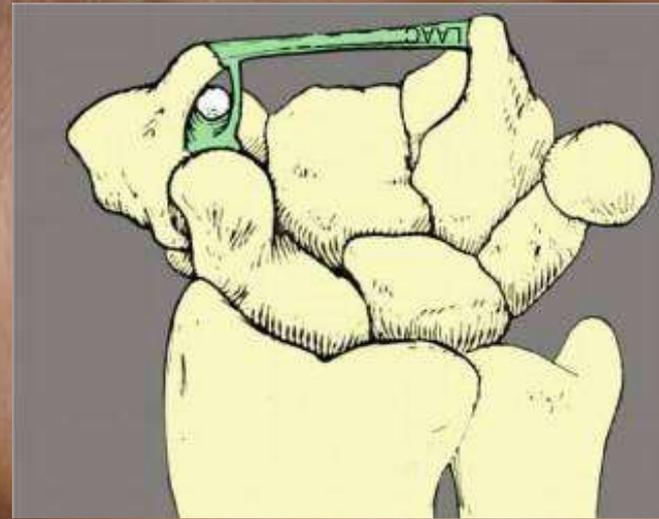
– Pathologie de traction
du long supinateur sur la styloïde

TENOSYNOVITE



TENOSYNOVITE

DES FLECHISSEURS



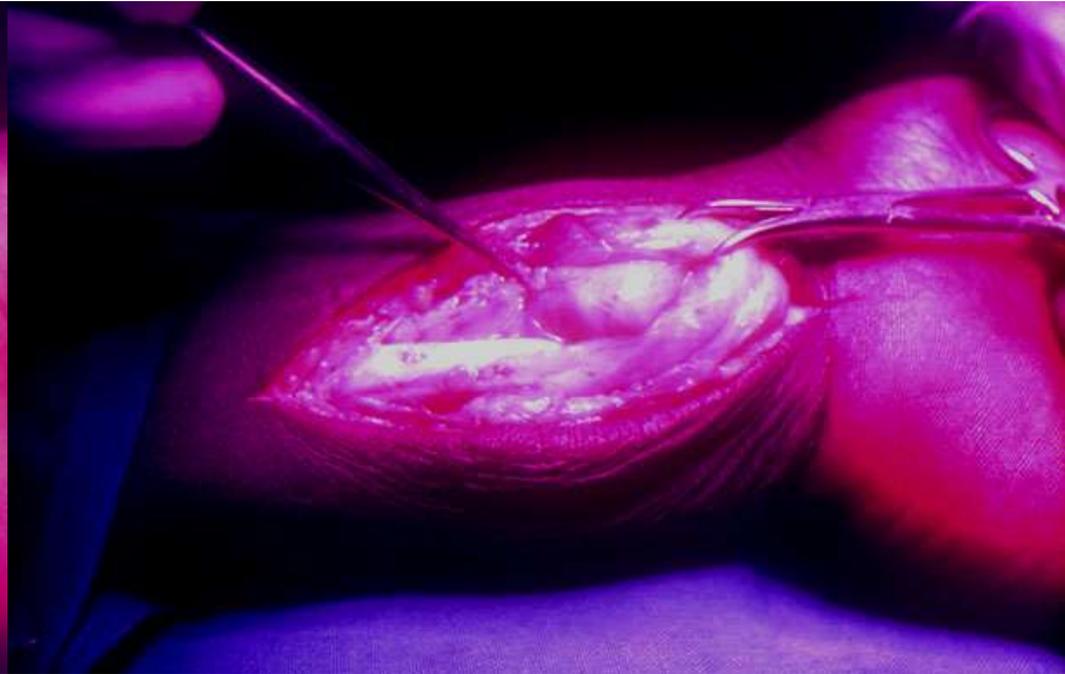
TÉNOSYNOVITE DES FLÉCHISSEURS

- Exsudatives ou séreuses
- Idiopathiques ou symptomatiques
- Profondes ou superficielles
- Uniradiaire ou globale
- Digitales ou digito-palmaires
- Simple ou compliquées

TÉNOSYNOVITE DES FLÉCHISSEURS

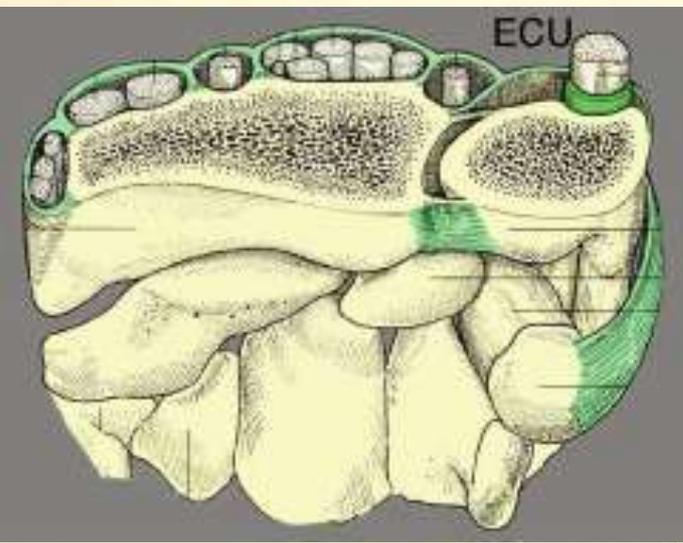
- Clinique
 - douleurs inflammatoires
 - tuméfaction palmaire : fluctuation et crépitation
- Complications
 - Compression nerf médian
 - Rupture tendineuse

TÉNOSYNOVITE TUBERCULEUSE



SYNOVITE VILLO-NODULAIRE





TENOSYNOVITE DES EXTENSEURS

• le bord radial

TÉNOSYNOVITE STÉNOSANTE DE DE QUERVAIN

F. DE QUERVAIN 1895

Inflammation sténosante douloureuse
gaine des tendons
long abducteur et court extenseur
du pouce



TÉNOSYNOVITE STÉNOSANTE DE DE QUERVAIN

• *le bord radial*

Anatomie pathologique

- Macroscopie
 - épaississement et sténose de l'étui fibreux : passage difficile dans le tunnel (S. De Seze)
 - Hyperthrophie du LAD (J. Hepp)
- Microscopie : Winterstein
 - processus prolifératif
 - processus destructif

TÉNOSYNOVITE STÉNOSANTE DE DE QUERVAIN

• *le bord radial*

- Femme entre 40 et 60 ans
- Age de début entre 17 et 70 ans
- Caractère professionnel : femme de ménage, encodeuse, pianiste...
- Caractère traumatique et micro-traumatique
- Caractère spontané ou induit (grossesse)

TÉNOSYNOVITE STÉNOSANTE DE DE QUERVAIN

• *le bord radial*

Evolution en 3 phases

- Phase de début
 - Douleur inflammatoire modérée installation progressive
- Phase d'état
 - Douleur permanente surtout nocturne : brûlure, déchirement

Impotence fonctionnelle marquée

TÉNOSYNOVITE STÉNOSANTE DE DE QUERVAIN

• *le bord radial*

- Mouvement d'abduction et extension douloureux
- 2 Tests



Test de Finkelstein



Test de Brunelli

TÉNOSYNOVITE STÉNOSANTE DE DE QUERVAIN

• *le bord radial*

- Radiographie :
 - réaction périostée : F. Françon
- Echographie ++



TÉNOSYNOVITE STÉNOSANTE DE DE QUERVAIN

• *le bord radial*

- Evolution

- spontanée = chronicité avec des épisodes entrecoupés de crises aiguës
- sous traitement : guérison possible

TENOSYNOVITE

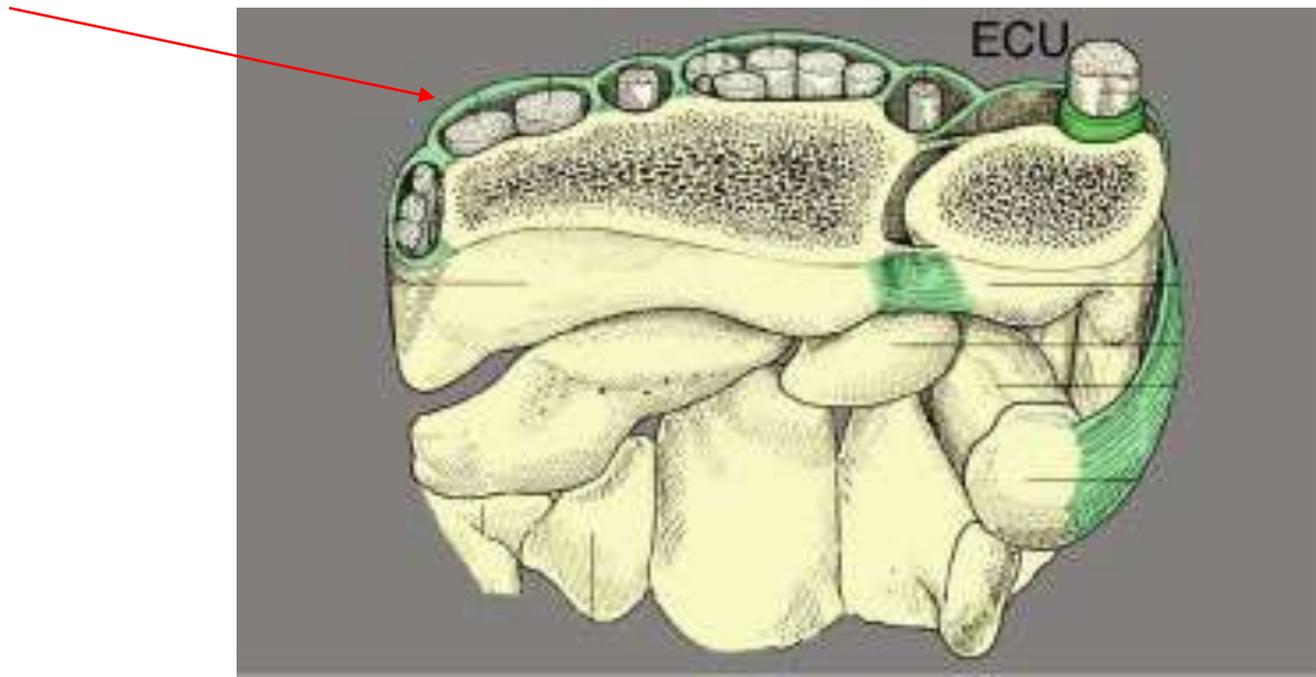
Extenseur Ulnaire du Carpe

- Atteinte fréquente parfois inaugurale PR
- Subluxation entraînant douleur et instabilité du poignet



TÉNOSYNOVITE STÉNOSANTE DES RADIAUX

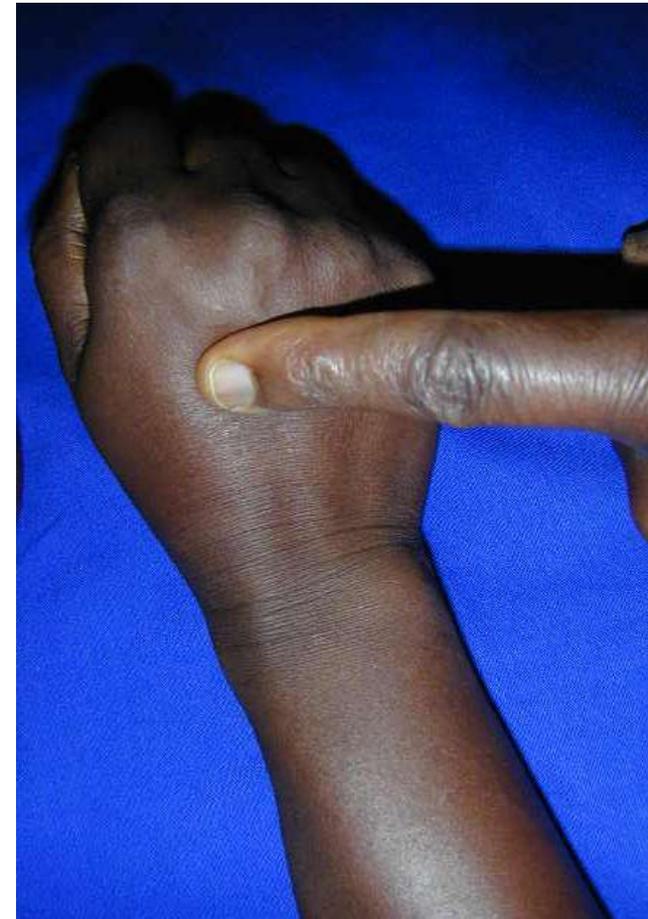
- Atteinte séparée ou simultanée gaine synoviale des deux radiaux et du LEP
- Atteinte rare : Lapidus et Fenton : 2 / 423 cas



TÉNOSYNOVITE STÉNOSANTE DES RADIAUX

Clinique

- douleur inflammatoire dorsale du poignet
- irradiation vers avant-bras et main
- tuméfaction inflammatoire sur le trajet ou la base des 2^{ème} et 3^{ème} métacarpien



TENDINITE CREPITANTE

« l'aï crépitant »

- Atteinte combinée long abducteur du pouce et radiaux
- Etiologie micro traumatique...
- Clinique tuméfaction inflammatoire douloureuse :
 - face antérieure avant-bras (bourse séreuse de Larger)
 - face dorsale du carpe

TENDINITE CREPITANTE

« l'aï crépitan »

- Douleur réveillée par la mobilisation active ou passive
- Accompagnée par une tuméfaction
- Sensation de crépitation tel du cuir neuf qui craque (F. Françon)
- Evolution
- Guérison spontanée vers le 3^{ème} mois entrecoupée par le traitement

PATHOLOGIE



DES BOURSES SÉREUSES

KYSTE SYNOVIAL



- Tumeur circonscrite, bénigne, arrondie, rénitentes, souvent indolentes
- Articulaire ou péri-tendineux ténosynovial
- Localisation souvent dorsale
- Unique mais souvent polylobé
- Volume variable



KYSTE SYNOVIAL

- Evolution
- Apparition douloureuse marquée par une récurrence post traitement

KYSTES SYNOVIAUX

- Traitement
- Conservateur
 - Ponction évacuatrice
 - Infiltration corticoïde
 - Écrasement
 - Exérèse chirurgicale : technique variable

BURSITE ET HYGROMA

- La Bursite chronique superficielle du boxeur
- Waxman – Geshlem
- Nodosité en regard des articulations métacarpo-phalangiennes
- Ponction : liquide sanguinolant ou gélatineux
- Radio : calcification

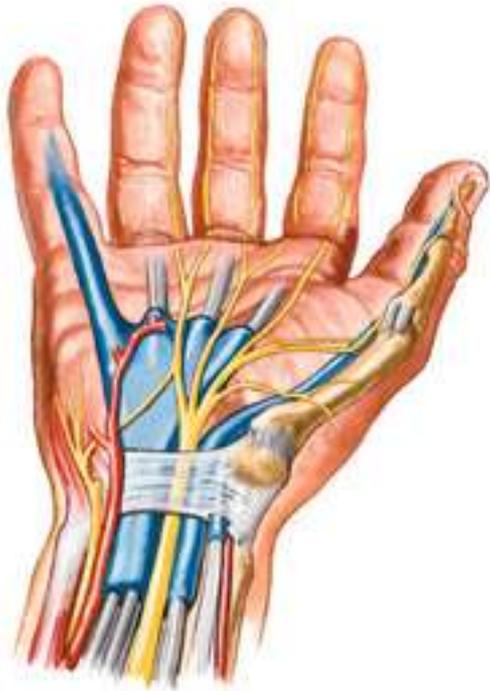
SYNDROME DU CANAL CARPIEN

- Syndrome canalaire plus répandu et plus connu
- Affection femme jeune
- Maladie professionnelle
- Clinique évocatrice
- Electrophysiologie :
 - Précise le diagnostic
 - Apprécie gravité

SYNDROME DU CANAL CARPIEN

- 1865 Sir James Paget
- 1893 Schoultze : acroparesthésie
- 1913 Pierre et Marie Foix : atrophie musculaire
- 1956 Simpson : 17 EMG

SYNDROME DU CANAL CARPIEN



SYNDROME DU CANAL CARPIEN

- Conflit type contenu et contenant
- Souvent idiopathique ou induit (grossesse, micro traumatique)
- Rarement symptomatique :
 - Anomalie musculaire
 - Anomalie vasculaire
 - Excroissance osseuse
 - Pathologie endocrinie, métabolique...

SYNDROME DU CANAL CARPIEN

Signes fonctionnels

- Troubles sensitifs ou dysesthésiques :
 - Picotement, engourdissement, écrasement, brûlure...
 - Déclenchement nocturne ou exacerbation
 - Recherche attitude favorable ou acte gestuel...

SYNDROME DU CANAL CARPIEN

- Signes physiques
- Hypoæsthésie ou anesthésie
- Trouble moteur : amyotrophie et malhabilité
- Trouble vasomoteur
- Tests diagnostiques :
 - Recherche signes de Tinel et de Phalen
 - Test de Weber...

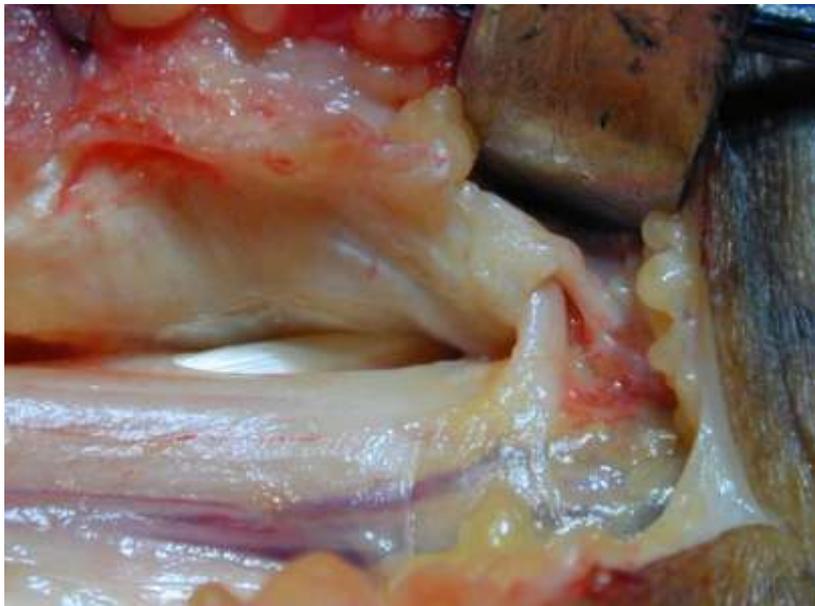
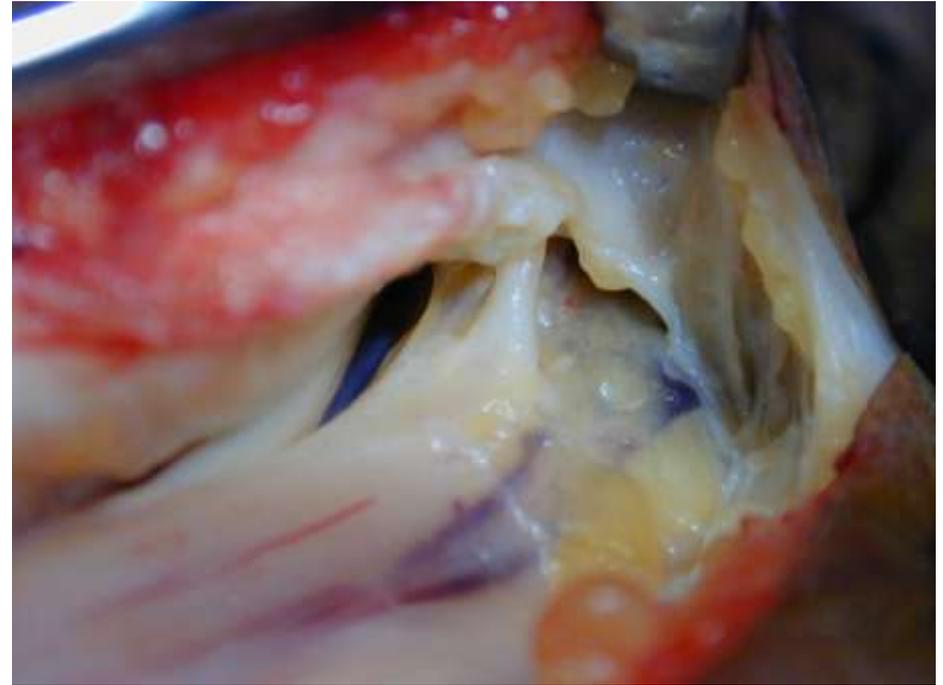


SYNDROME DU CANAL CARPIEN

- Examen complémentaire
- Imagerie médicale : échographie
- Signes électriques
- Temps essentiel
- Réduction vitesse de conduction sensitive et motrice
- Tracé du myogramme neurogène

EVOLUTION ET PRONOSTIC

- Spontané : aggravation avec déficit moteur
- Evolution sous traitement vers la guérison
- complications
 - Section branche sensitive médiane
 - Blessure branche motrice thénarienne
 - récédive



SYNDROME DU CANAL CARPIEN

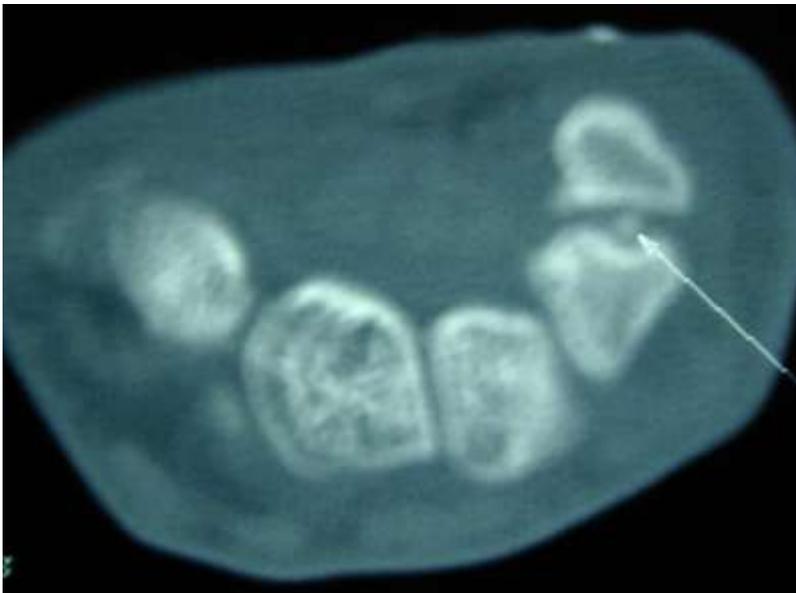
Littérature

- Domingo Ly - Parque, Jose-Luis Andreu, Gema de Blas, Alberto Sanchez-Olaso, et Isabel Millan,
l'injection locale semble supérieure à la chirurgie à court terme.
Arthritis & Rheumatism, Février 2005; 52:2; pp. 612-619
- Sy MH
 - Récidives du canal carpien. A propos de 9 observations
 - Mémoire de Rhumatologie, 5 janvier 1988 – ULB - Belgique

SYNDROME PYRAMIDO-PISIFORME

Rare

Douleurs et Impotence Fonctionnelle
bord ulnaire du poignet



3 . TRAITEMENT

ASPECTS THÉRAPEUTIQUES



BUTS

- **VAINCRE** la douleur et de l'inflammation
- **SUPPRIMER** l'impotence fonctionnelle
- **RESTAURER** l'anatomie et la fonction de la main et du poignet

MOYENS ET METHODES

- **MEDICAMENTS**

- ANTALGIQUES

- ANTIINFLAMMATOIRES NON STEROIDIENS

- ANTIINFLAMMATOIRES STEROIDIENS

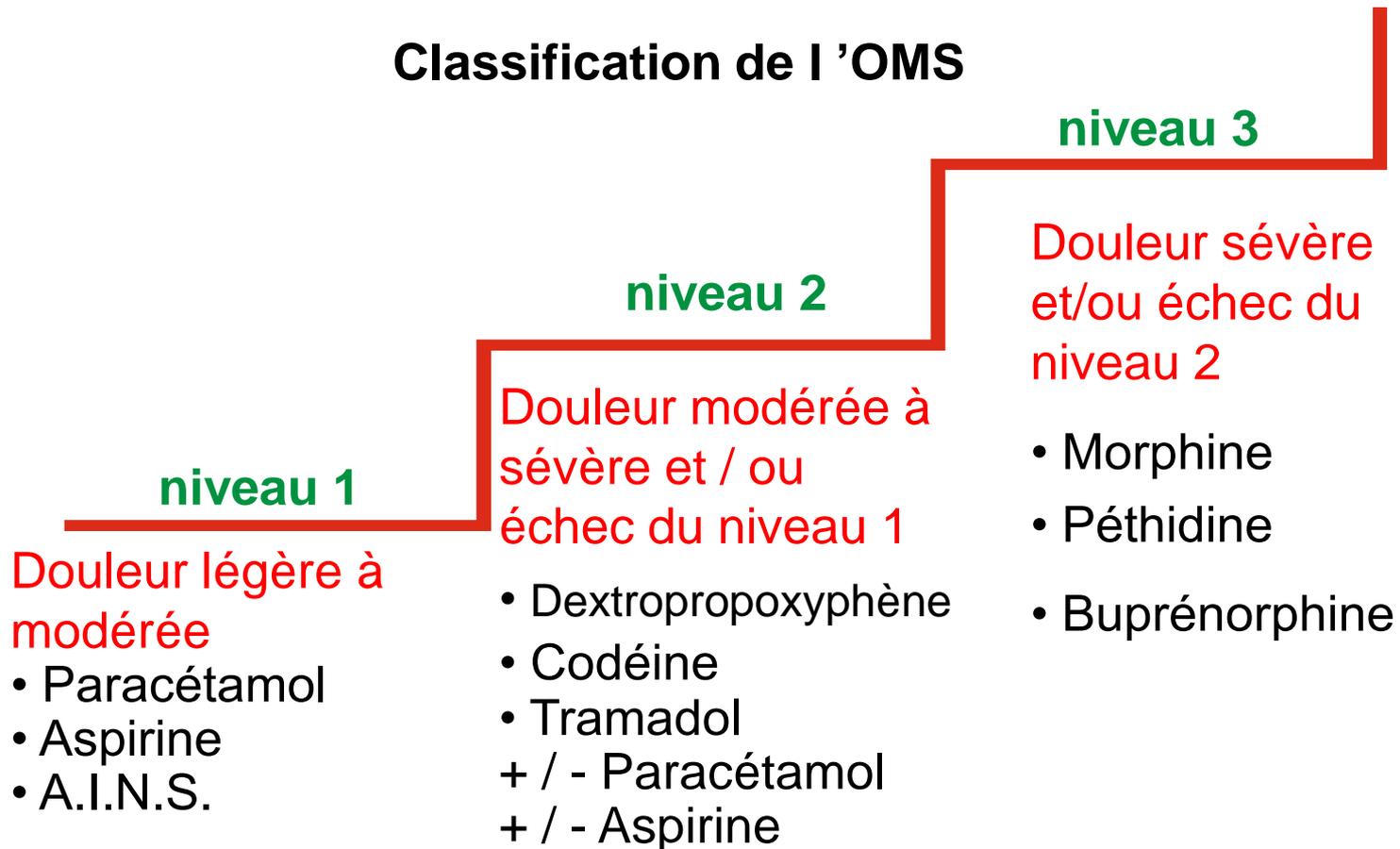
- **PHYSIOTHERAPIE ET ORTHESES**

- **CHIRURGIE**

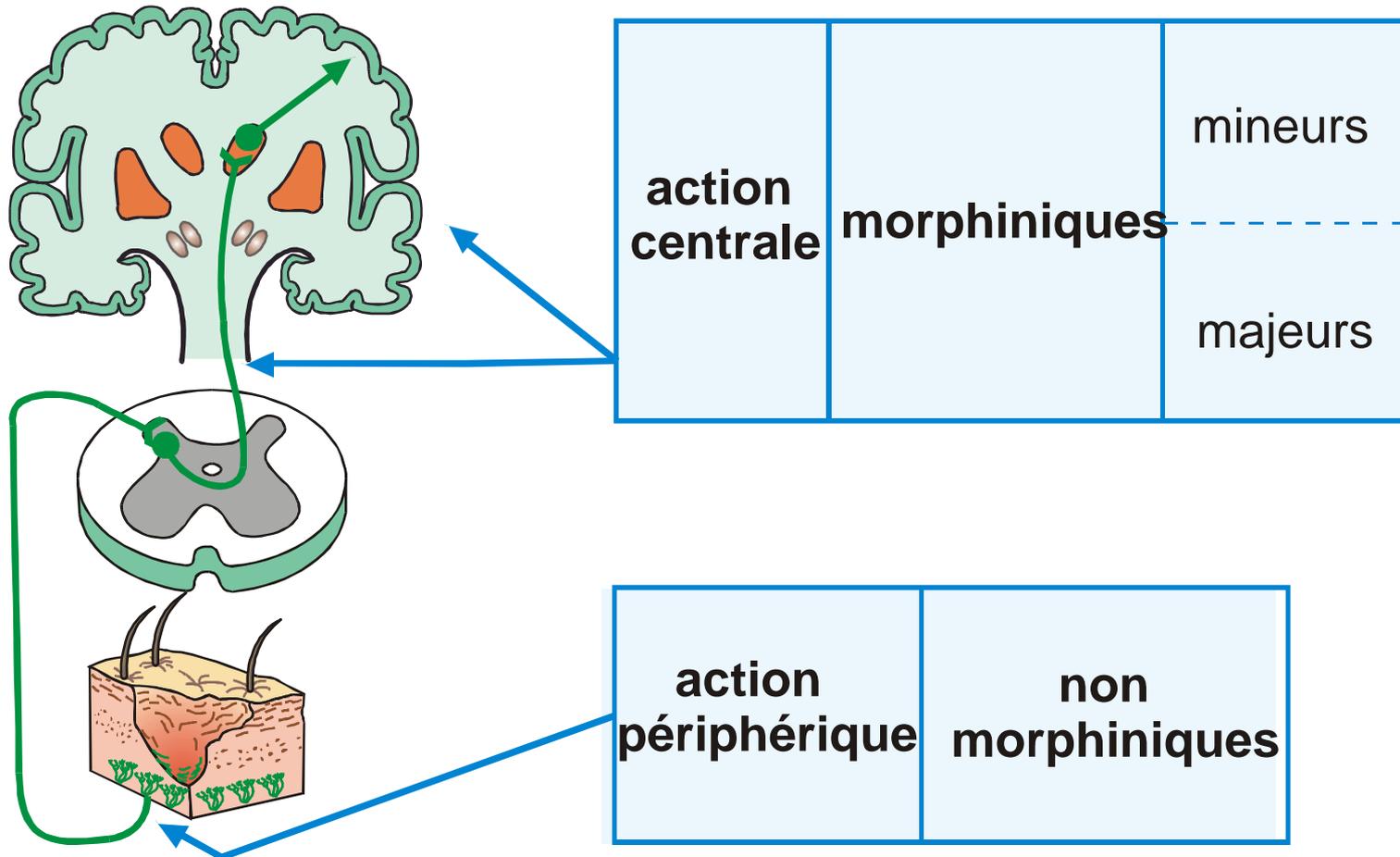
MEDICAMENTS

LES CLASSIFICATIONS DES ANTALGIQUES

Classification de l'OMS

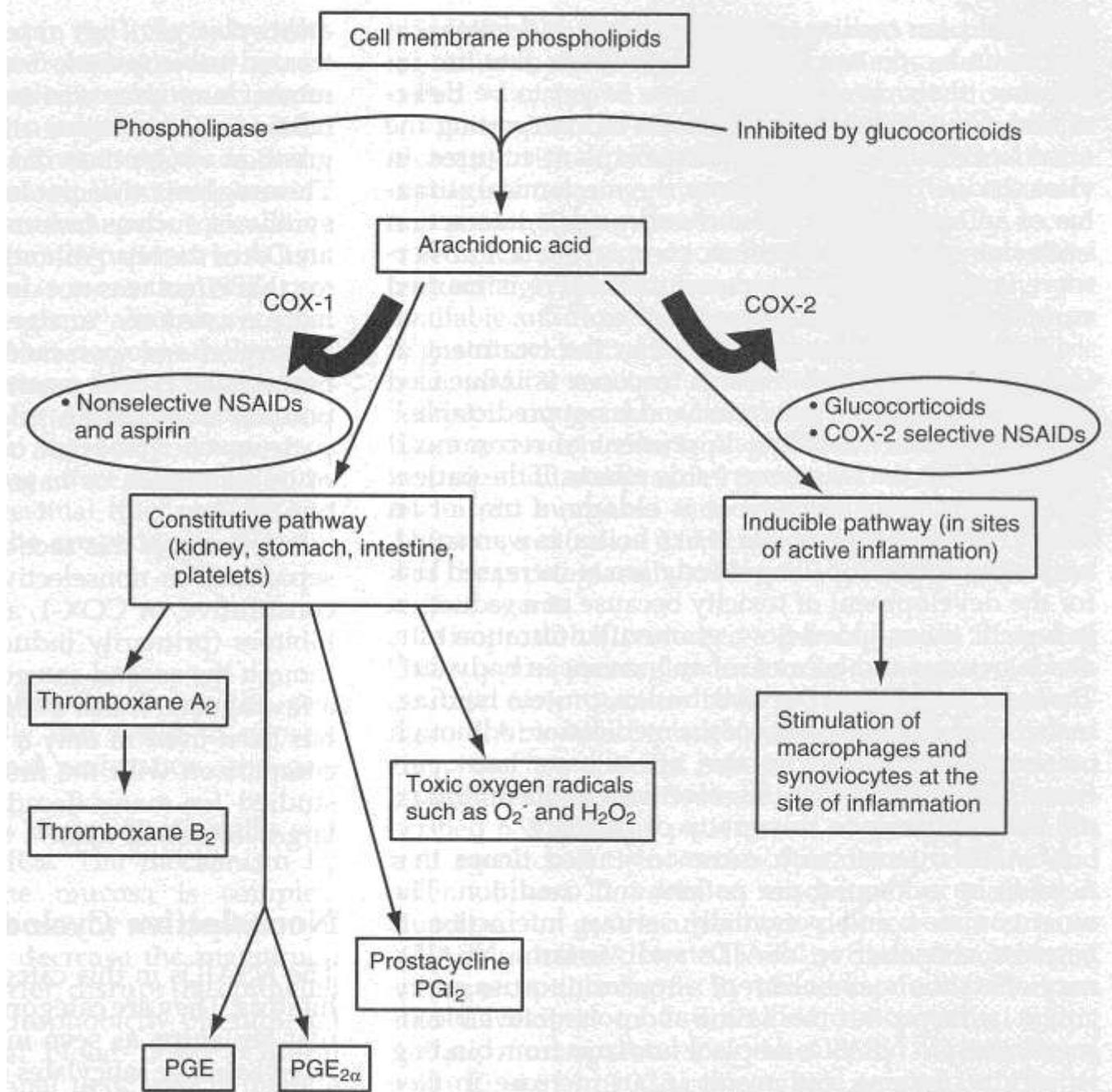


DÉFINITION ET CLASSIFICATION DES ANTALGIQUES



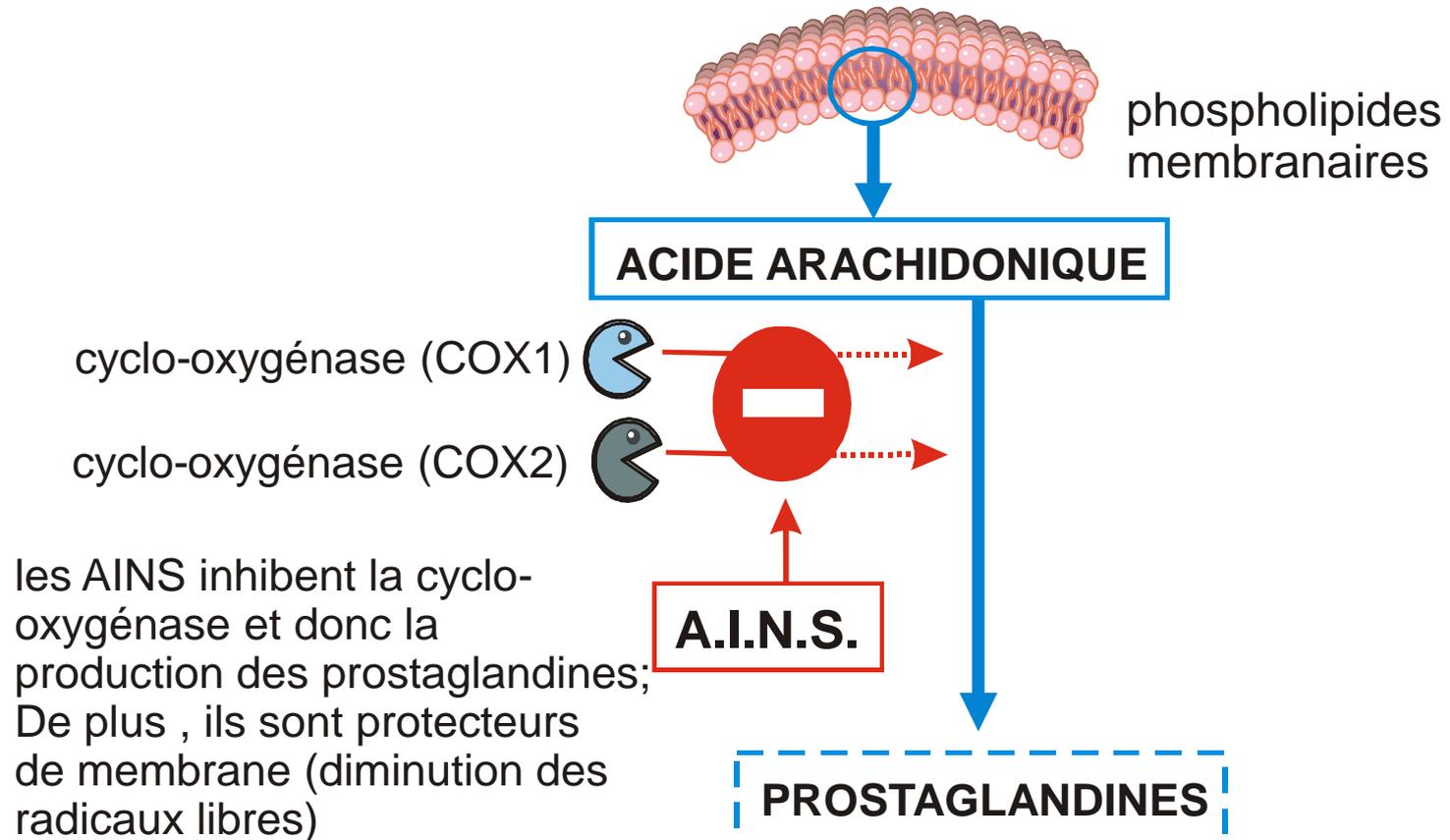
PRINCIPAUX ANTI-INFLAMMATOIRES STÉROÏDIENS

- Cortancyl, Hydrocortancyl
 - Dectancyl
 - Hydrocortisone
 - Altim
 - Betnesol
 - Celestamine
 - Celestene
 - Decadron, soludecadron
 - Medrol, solumedrol
 - Solupred
 - Kenacort
-
- | | | |
|---------------------------|---|------------------|
| Cortancyl, Hydrocortancyl | → | Roussel |
| Dectancyl | → | Roussel |
| Hydrocortisone | → | Roussel |
| Altim | → | Roussel |
| Betnesol | → | Glaxo Wellcome |
| Celestamine | + | Schering PLough |
| Celestene | + | Schering PLough |
| Decadron, soludecadron | → | MSD |
| Medrol, solumedrol | → | Pharmacia Upjohn |
| Solupred | → | Hoechst Houde |
| Kenacort | → | BMS |



LES ANTI-INFLAMMATOIRES NON STÉROÏDIENS (AINS)

MODE D'ACTION



CLASSIFICATION : BENEFICE / RISQUE

- **Groupe I : pyrazolés**, dont les indications ont été restreintes à causes des effets indésirables,
- **Groupe II : indoliques et oxicams**, A.I.N.S. dont le risque est relativement élevé et qui sont à réserver aux affections rhumatologiques sévères,
- **Groupe III : propioniques <profénid>, aryl-acétiques et fénamates**, A.I.N.S. dont le risque est faible qui peuvent être prescrits dans les indications rhumatologiques
- **Groupe IV : aspirine et A.I.N.S. à faible dose < toprec >**, pour leur action antalgique.

**PHYSIOTHERAPIE
ET
ORTHESES**

Traitement Physique

- - Thérapeutiques physiques : cryothérapie, ultrasons, ionisations, massa
- - Chirurgie (rupture, tendinopathies et ténosynovites chroniques).
- - Traitement préventif

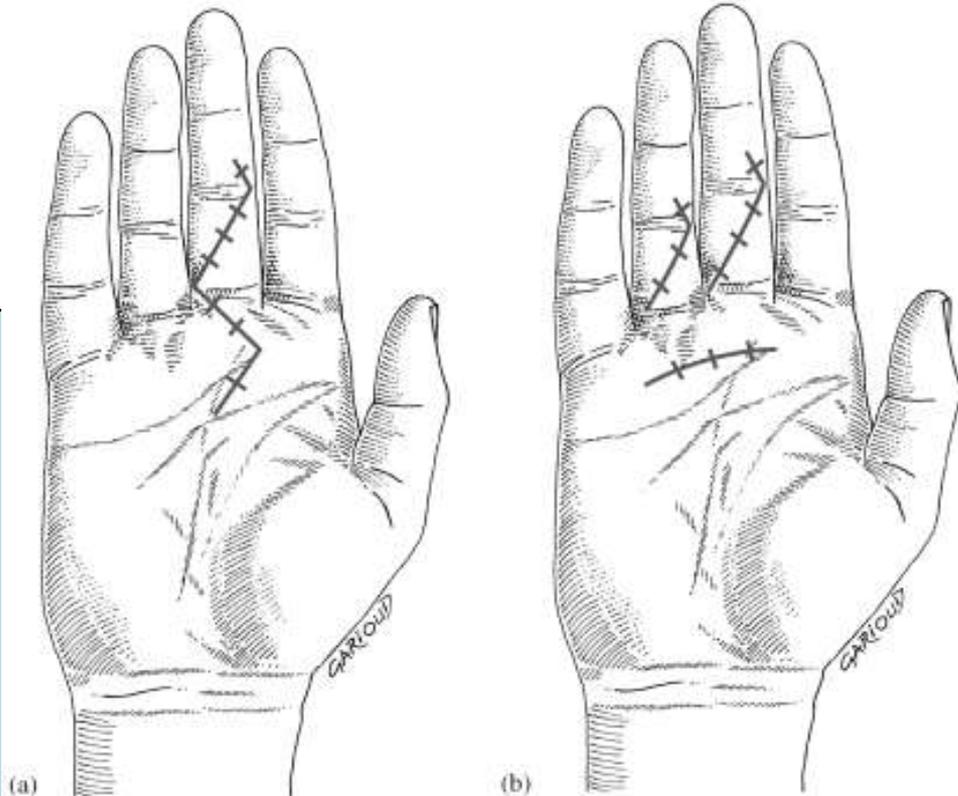
CHIRURGIE

INDICATIONS

- **NATURE DE LA LESION**
- **ECOLE ET SPECIALITE**

DOIGT A RESSAUT

- **ABORD**



DOIGT A RESSAUT

- GESTES



TÉNOSYNOVITE STÉNOSANTE DE DE QUERVAIN *•le bord radial*

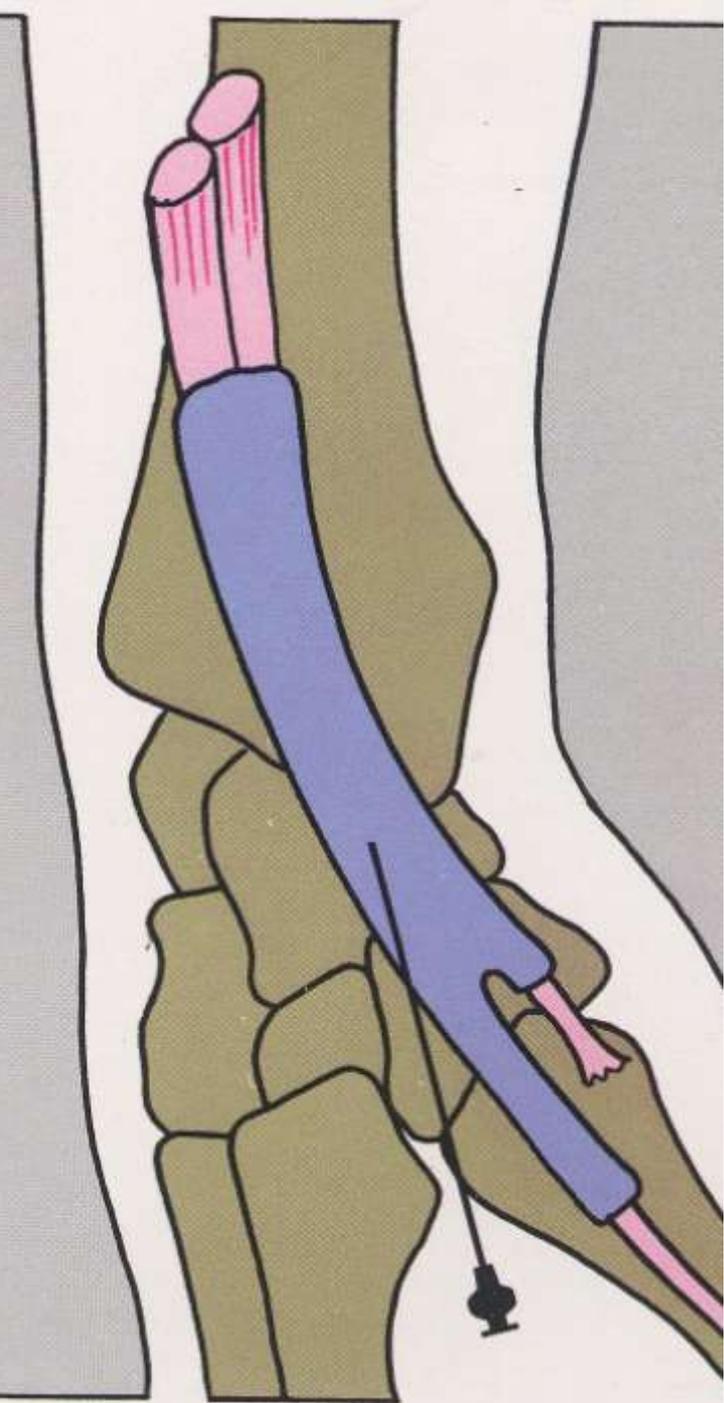
Traitement

- Ortho-rhumatologique
 - Immobilisation du pouce : appareil plâtre ou thermo-formé
 - Physiothérapique : UV, US, Ionisation
 - médicaments : AINS, Antalgiques

TÉNOSYNOVITE STÉNOSANTE DE DE QUERVAIN *•le bord radial*

Traitement

- Infiltration de cortico-stéroïde
- Chirurgical
 - plastie agrandissement poulie de Kapandji
 - résection de la gaine
- Pronostic
 - ITT de 30 jours
 - récidence ?



STYLOÏDITE RADIALE

Traitement

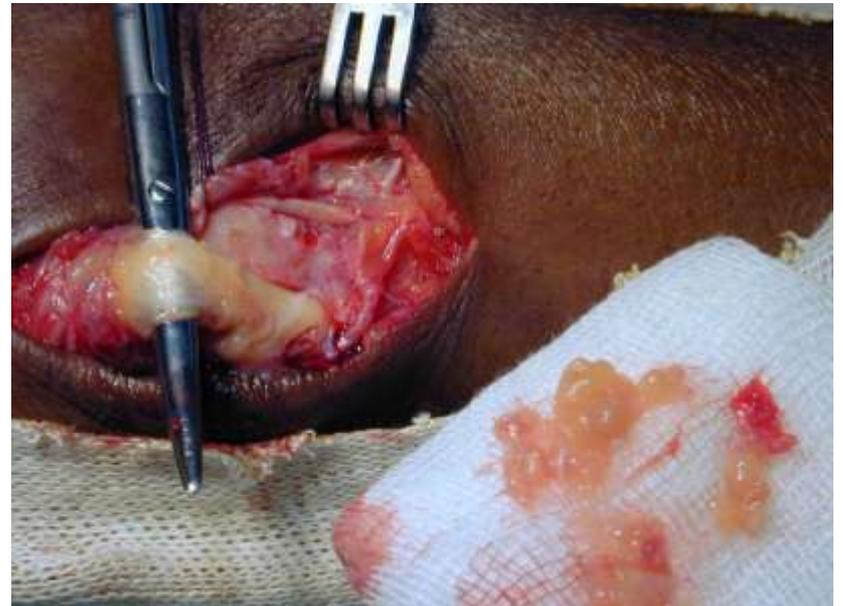
- Physiothérapie
- Antalgique
- Anti inflammatoire non stéroïdien per os
- Immobilisation par attelle
- Chirurgie : forage biopsique
- Infiltration de cortico-stéroïde

TENOSYNOVITE

Extenseur Ulnaire du Carpe

- **Traitement**

- Ténosynovectomie
- Réaxation stabilisation par plastie du RD
- Avant infiltration et traitement général PR



BURSITE ET HYGROMA

- **Traitement**
- **Ponction infiltration**
- **Excision**

TENDINITE CREPITANTE

« l'aï crépitant »

Traitement

- Immobilisation plâtrée
- Poignet et doigt en extension
- Pendant 8 à 10 jours
- Médicaments : AIS et infiltration
- Pronostic : rechute professionnelle...

SYNDROME DU CANAL CARPIEN

Infiltrations de corticostéroïdes

- 2 à 3 infiltrations par année
- Respect contre indications et précautions

SYNDROME DU CANAL CARPIEN

Chirurgie : deux modalités

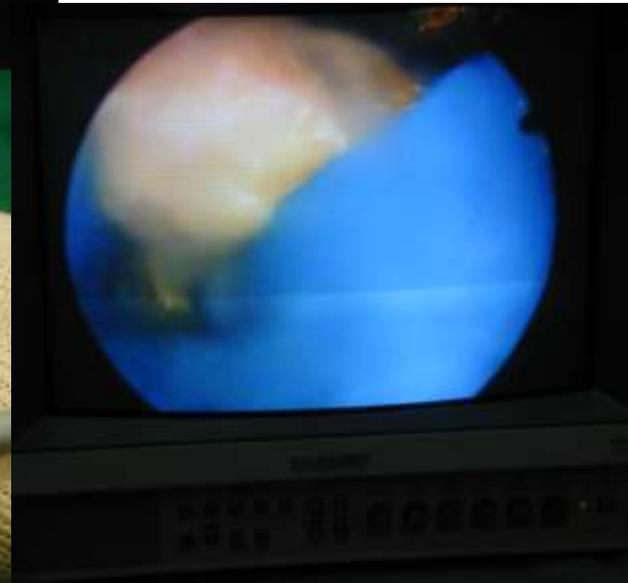
- Libération endoscopique nerf médian
- **Chirurgie à ciel ouvert**



SYNDROME DU CANAL CARPIEN

Chirurgie : deux modalités

- Libération endoscopique nerf médian
- Chirurgie à ciel ouvert



SYNDROME PYRAMIDO-PISIFORME

Rare

Douleurs et Impotence Fonctionnelle
bord ulnaire du poignet



CONCLUSION

MERCI

