

TENDINOPATHIES DU POIGNET

Bruno ESTÈVE-LOPEZ

SÉMÉIOLOGIE DES TENDINOPATHIES

- Douleur à la flexion ou l'extension contrariée,
- Douleur à la pression le long du trajet du tendon.
- Parfois un empâtement douloureux avec crépitation.
- Douleur à l'insertion du tendon avec apophysite.

Le traitement est essentiellement médical :

- Orthèses de repos, anti-inflammatoires, physiothérapie et infiltrations
- Mésothérapie

Dans tous les cas l'arrêt du traumatisme causal est un élément important de la guérison. La modification du matériel employé par le sportif (raquette, batte, gant etc.) fait également partie intégrante du traitement préventif.

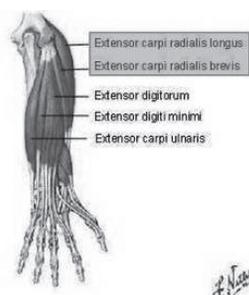
TENDINOPATHIES DU BORD RADIAL

Sur une vue du bord radial du poignet, on retrouve :

Le 1^{er} radial (Extensor carpi radialis longus) et 2^{ème} radial (Extensor carpi radialis brevis) dans leur trajet à la partie haute de la tabatière anatomique croisant par en-dessous les tendons de de QUERVAIN qui voyagent côte à côte.

Une bourse de glissement sépare ces deux systèmes tendineux et c'est à ce niveau que l'on rencontrera le classique ai crépitant situé 4 à 6 cm en amont de la styloïde radiale.

Le 1^{er} et 2^{ème} radial s'insèrent respectivement sur la **base des 2^{ème} et 3^{ème} métacarpiens**, autre lieu potentiel d'agression de ces tendons



Le long abducteur et le court extenseur du pouce cheminent, eux, côte à côte et vont former la limite antérieure de la tabatière anatomique.

Le long abducteur du pouce se fixe sur la partie externe de la base du 1^{er} méta.

Le court extenseur s'insère à la face dorsale de la base

de la 1^{ère} phalange.

Ces deux tendons ont une gaine synoviale commune, en tous cas à leur partie proximale et présentent de nombreuses anomalies de distribution de cette gaine et vont être responsables de la ténosynovite de de QUERVAIN

Le long extenseur du pouce forme, lui, la limite postérieure de la tabatière anatomique et s'insère à la face dorsale de la 2^{ème} phalange du pouce.

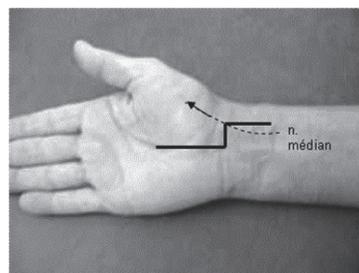
Enfin, le brachioradialis (ex long supinateur)

► TENDINOPATHIE DU FLEXOR CARPI RADIALIS

Elle est incontestablement sous-estimée, il faudra l'évoquer face à toute douleur antéro-externe du poignet, particulièrement dans les sports supposant des préhensions, que ce soit lors de l'escalade ou lors de la prise de maillot notamment lors de la pratique du judo.

On la retrouve, enfin, avec une grande fréquence, dans la pratique de la gymnastique ainsi que dans les sports mécaniques type VTT et du motocross.

Pathologie plutôt féminine



À l'examen clinique, quatre signes cardinaux:

Une douleur palpatoire,
± tuméfaction du grand palmaire qui borde, en dehors, le canal carpien, à proximité de la gouttière du pouls

Une douleur lors de la mise en étirement en extension forcée

Une douleur lors du testing isométrique en flexion contrariée des 2^{ème} et 3^{ème} métacarpiens

Enfin, des signes associatifs irritatifs du nerf médian

La particularité anatomique de ce FRC par ailleurs repose sur son angulation à 30° dans le carpe où il va

longer plusieurs structures osseuses entretenant des rapports particulièrement étroits avec le trapèze et le trapézoïde, où globalement 2/3 de sa circonférence est en contact osseux, ce qui explique sa très forte potentialité de rupture **contre-indiquant, le geste infiltratoire.**

Le traitement est médical:

Le repos sportif,
+/- attelle d'immobilisation

Mésothérapie

➔ Injections IDS de la main et de l'avant-bras avec le mélange suivant :

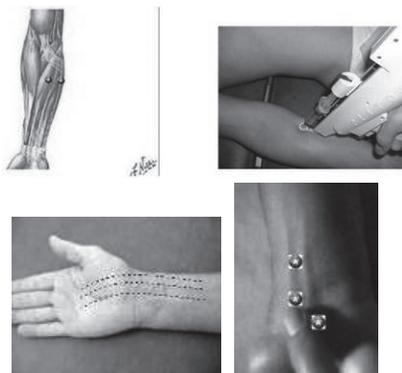
- Etamsylate (2cc)
- Calcitonine 100UI (1 ampoule)
- Pentoxifylline (1cc)

➔ Injections IDP : 2 à 3 points de 0,1 ml en regard du tendon FCR avec :

- Lidocaïne (4cc)
- Kétoprofène (0,5cc)

En cas d'échec, le traitement chirurgical propose une synovectomie en même temps qu'une résection des ostéophytes

Traitement du point myofascial associé du flexor carpi radialis



STYLOÏDITE RADIALE

C'est une tendinite d'insertion du muscle brachioradialis fléchisseur de l'avant-bras sur le bras.

Elle se distingue de la ténosynovite de de Quervain par la non accentuation lors de la mobilisation de la colonne du pouce.
Il existe parfois un arrachement osseux.



L'examen clinique reposera sur cinq signes:

- Tuméfaction de la styloïde radiale
- Douleur palpatoire de l'insertion de ce long supinateur sur la styloïde
- Douleur à l'étirement
- Douleur au testing isométrique en flexion contrariée d'avant-bras sur le bras
- Enfin, négativité de la manœuvre de Finkelstein.

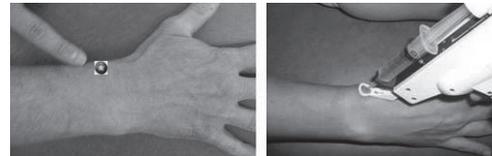
Le traitement est toujours médical:

Repos sportif,
+/- attelle d'immobilisation

Mésothérapie

➔ Injections IDP de 1 ou 2 points de 0,1ml en regard de la styloïde radiale avec:

- Lidocaïne (4cc)
- Kétoprofène (0,5cc)
- Calcitonine 100UI (0,5cc)



Infiltration effectuée au niveau de cette insertion en cas d'échec

TENDINOPATHIES DES 1^{ER} ET 2^È RADIAUX (EXTENSOR CARPI RADIALIS LONGUS ET BREVIS)

Deux possibilités étiopathogéniques sont à relever

- L'une, très fréquente, l'ai crépitant au croisement des radiaux.
- L'autre, un peu plus rare, qui est l'insertion du 1er et 2ème radial.

1/ L'ai crépitant ou syndrome du croisement des radiaux.

La topographie est très différente des tendinites de de QUERVAIN et se situe au croisement des tendons 1er et 2ème radiaux sous les tendons de de QUERVAIN avec une bourse de glissement qui, inflammatoire, va générer ce syndrome de l'ai crépitant



C'est donc la bursite qui va être responsable de cette vive douleur avec tuméfaction et sensation de crépitation neigeuse dans les sports provoquant une répétition de friction entre ces deux systèmes tendineux en flexion extension, prono supination. Sports de raquettes, VTT, motocross, gymnastique et notamment prises de barres seront les principaux pourvoyeurs

A l'examen clinique, on retrouve une tuméfaction très nette, extrêmement douloureuse, en amont de l'interligne radio-carpien, corroborée à une douleur palpatoire très élective, 4 à 6 cm au-dessus de cet interligne radio-carpien.

La revue de Mésothérapie

On reproduit une douleur au testing isométrique du 1er et 2^{ème} radial en extension contrariée du 2^{ème} et 3^{ème} métacarpien.

Enfin, la manœuvre de Finkelstein est positive, ces tendons 1er et 2^{ème} radiaux, comme les tendons de QUERVAIN, passant en pont au-dessus de l'interligne radio-carpien et étant étirés lors de cette manoeuvre.



Le traitement est essentiellement médical:
Repos sportif,
Attelle d'immobilisation et là aussi,

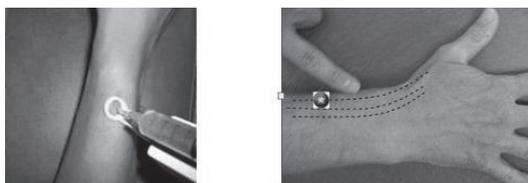
Mésothérapie

➔ Injections IDS de la main et du poignet en regard des radiaux avec:

- Etamsylate (2cc)
- Calcitonine 100UI (1 ampoule)
- Pentoxifylline (1cc)

Injections IDP : 1 ou 2 points de 0,1ml en regard du croisement des radiaux soit 4 à 6 cm au-dessus de l'interligne radio-carpien avec:

- Lidocaïne (4cc)
- Kétoprofène (0,5cc)



1 à 3 séances à 8 jours d'intervalle

En cas d'échec infiltration de corticoïde mais effectué au site anatomique spécifique du croisement de ces radiaux, soit 4 à 6 cm au-dessus de l'interligne radio-carpien

Traitement des points myofasciaux associé des extensor carpi radialis



2) Inserte radiale:

Elle correspond à l'insertion du 1er radial sur la face dorsale du 2^{ème} métacarpien et du 2^{ème} radial sur la face dorsale du 3^{ème} métacarpien.

Cette inserte est classique en boxe et va réaliser le carpe bossu ou poignet de verre des boxeurs
Outre la douleur palpatoire et la douleur à la mobilisation, les investigations complémentaires montreront une importante ostéophytose carpo-métacarpienne

Traitement :

Mésothérapie :

➔ Injections IDP : 2 points de 0,1ml en regard des insertions des radiaux avec :

- Kétoprofène (0,5cc),
- Lidocaïne (4cc),
- Calcitonine (0,5cc)

Voire infiltration de corticoïde si échec

En cas d'échec, régularisation chirurgicale



► TENDINOPATHIE DE L'EXTENSOR POLLICIS LONGUS

Elle est rare en pratique sportive hormis lors des fractures peu déplacées du radius compte tenu de la proximité du tubercule de Lister.

Elle a été décrite historiquement chez les joueurs de tambour et le diagnostic repose là aussi sur la clinique avec :

Une douleur palpatoire, cette fois-ci de la face postérieure de la tabatière anatomique

Une douleur au testing isométrique contre résistance manuelle de ce long extenseur du pouce que l'on obtient MP bloquée en extension par l'extension contrariée de P2 sur P1.

D'un point de vue thérapeutique, la proximité du tubercule de Lister et son corollaire de risque de rupture contre-indique, le geste infiltratoire corticoïde donc **mésothérapie**.

➔ Injection IDS en regard du tendon avec:

- Etamsylate (2cc)
- Calcitonine 100UI (1 ampoule)
- Pentoxifylline(1cc)

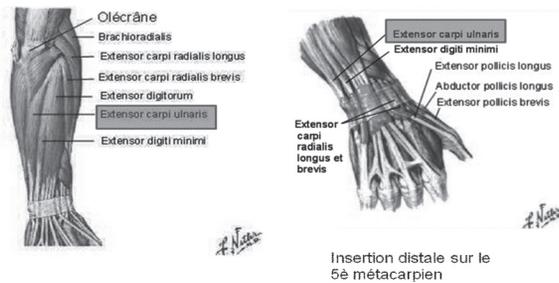
➔ Injections IDP de 1 ou 2 points de 0,1ml en regard du tendon avec:

- Lidocaïne (4cc)
- Kétoprofène (0,5c)



TENDINOPATHIES DU BORD CUBITAL

TENDINOPATHIE DE L'EXTENSOR CARPI ULNARIS (CUBITAL POSTÉRIEUR)



Elle est fréquente, incluant, outre le tennis, le vélo de route, le VTT, l'utilisation d'engins pneumatiques et va réaliser un tableau tout à fait similaire aux instabilités du cubital postérieur par une douleur postéro-interne du poignet.

L'examen clinique montre des signes positifs que sont :

- un œdème du passage du cubital postérieur en arrière de la styloïde
- une douleur palpatoire
- une douleur au testing isométrique que l'on réalise en extension adduction du poignet

Par contre, toutes les tentatives de reproduction d'instabilité par les épreuves dynamiques s'avèrent négatives +++.



Les investigations complémentaires sont ici corroborées à l'échographie qui objective l'épaississement du tendon, de même que l'IRM

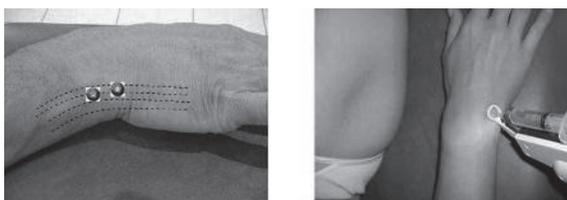
Mésothérapie:

➔ Injections IDS en regard du tendon avec:

- Etamsylate (2cc)
- Calcitonine 100UI (1 ampoule)
- Pentoxifylline (1cc)

➔ Injections IDP : 1 ou 2 points de 0,1ml en regard du tendon avec:

- Lidocaïne (4cc)
- Kétoprofène (0,5cc)



TENDINOPATHIE DU FLEXOR CARPI ULNARIS (CUBITAL ANTÉRIEUR)



Insertion distale sur le pisiforme

Rappelons que ce cubital antérieur, après être passé en avant de la styloïde cubitale, s'insère au pôle supérieur du pisiforme, puis donne des rameaux accessoires sur les ligaments annulaires, l'os crochu, les 4ème et 5ème métas

En sport, plusieurs disciplines peuvent être concernées :

- Certes les sports de raquettes avec notamment la technique de chope en flexion adduction
- Mais également tous les sports de préhension et notamment l'escalade en libre

Le tableau clinique va résulter d'une douleur du bord antéro-interne du poignet, bien corroborée à l'existence d'un œdème et surtout d'une douleur palpatoire de ce bord radial

On retrouve une douleur à l'étirement en extension abduction du poignet ainsi que lors du testing isométrique contre résistance manuelle en flexion adduction telle qu'en réalise par exemple la gestuelle de la main gauche du violoniste.



En outre, la flexion contrariée des 5ème et 4ème métacarpiens génère cette douleur du cubital antérieur



La revue de Mésothérapie

Diagnostiques différentiels

Les fractures du pisiforme inhérentes à des traumatismes du bord antéro-interne du poignet et dont le diagnostic est rendu difficile puisqu'autant l'insertion principale du cubital antérieur se situe au niveau de ce même pisiforme.

Les fractures du pyramidal

Les fractures de l'apophyse unciniforme de l'os crochu, particulièrement les fractures de fatigue de cette apophyse unciniforme puisque, rappelons le, un des rameaux accessoires du cubital antérieur s'insère à ce niveau

Les instabilités pyramido-pisiformes

L'instabilité du ligament triangulaire.

- L'instabilité du ligament luno-pyramidal (VISI).
- Et enfin les rhumatismes à hydroxy apatite, la localisation calcique du cubital antérieur étant extrêmement fréquente dans cette affection

Traitement

Repos sportif,

Plus ou moins utilisation d'une attelle d'immobilisation en légère flexion adduction.

Anti-inflammatoires locaux,

Mésothérapie

➔ Injections IDS en regard du tendon avec:

- Etamsylate (2cc)
- Calcitonine 100UI (1 ampoule)
- Pentoxifylline (1cc)

➔ Injections de IDP 1 ou 2 points de 0,1ml en regard du tendon avec:

- Lidocaïne (4cc)
- Kétoprofène (0,5cc)



La rééducation a sa place par physiothérapie, mais surtout par des techniques d'étirements

Contre-indication quasi absolue à l'infiltration de corticoïde tant la proximité des reliefs osseux expose aux ruptures.

En cas d'échec du traitement médical, traitement chirurgical par simple peignage, 3 ou 4 brins de ce tendon du cubital antérieur.

BIBLIOGRAPHIE

- Congrès « Sport et Appareil Locomoteur » Organisé par le Dr Thierry Boyer
1^{er} Avril 2006

TENDINOPATHIES DU POIGNET DANS LA PRATIQUE SPORTIVE

Dr Olivier FICHEZ – Centre de Rhumatologie et Traumatologie du Sport

Le Saint-Louis – Place Pierre Couillet – 83700 SAINT-RAPHAEL

<http://www.institut-main.fr/>

<http://www.anatomie-humaine.com/-Anatomie-du-membre-superieur-.html>

- Atlas LE NETTER

- Atlas de Mésothérapie Dr ESTEVE-LOPEZ Bruno