

Conseils et astuces

Traitement par infiltration de la main au cabinet de médecine de famille

Lisa Reissner, Andreas Schweizer, Ladislav Nagy

Universitätsklinik Balgrist

Les problèmes de la main se rencontrent régulièrement au cabinet de médecine de famille. Avant d'adresser le patient à un spécialiste de la main, un certain nombre de mesures peuvent être réalisées au cabinet de médecine de famille, comme l'infiltration de cortisone. Dans cet article, nous aborderons les principales pathologies de la main et expliquerons pas à pas la technique de l'infiltration.

Syndrome du canal carpien

Définition

Le syndrome du canal carpien (SCC) est une neuropathie de compression du nerf médian dans le canal carpien ostéofibreux.

Clinique

Initialement, les patients se plaignent de paresthésies nocturnes dans les doigts innervés par le nerf médian (pouce, index, majeur, face radiale de l'annulaire). Avec la progression de la maladie, la sensation d'engourdissement peut devenir permanente, pour finalement aboutir à une atrophie thénarienne.

Les tests de provocation clinique, tels que le signe de Hoffmann-Tinel et le test de Phalen ou de Durkan, peuvent aider à confirmer le diagnostic d'un SCC [1–3]. Le signe de Hoffmann-Tinel est positif lorsque des paresthésies surviennent dans le pouce, l'index et le majeur lors de la percussion de l'entrée du canal carpien. Le test de Phalen est positif lorsque des paresthésies surviennent dans les doigts innervés par le nerf médian en l'espace de 60 secondes lorsque le poignet est fléchi. Lors du test de Durkan, une compression est exercée sur le canal carpien (fig. 1).

Diagnostic

L'évaluation électrophysiologique constitue un examen diagnostique complémentaire. Elle consiste à mesurer le temps de conduction motrice (latence distale motrice) du nerf médian entre le site de stimulation au niveau du poignet et les muscles de l'éminence thénar innervés par ce nerf. Dans de rares cas, il existe un problème au niveau du canal carpien malgré une électroneurographie normale. Dans de tels cas, nous recommandons de réaliser une échographie et/ou une infiltration de stéroïdes (éventuellement guidée par échographie) dans le canal carpien. L'infiltration est alors réalisée entre le tendon du muscle long palmaire et l'os pisiforme à hauteur de la rasceta. L'aiguille est piquée à 45° d'inclinaison en direction distale et 45° en direction radiale jusqu'au carpe et retirée d'1 cm (fig. 1). Si le patient répond à l'infiltration malgré l'électrophysiologie négative, on peut partir du principe d'un problème du canal carpien.

Traitement

Une orthèse de poignet dans une position neutre permet de remédier à la position de flexion automatiquement prise pendant le sommeil. Elle est particulière-

Généralités sur l'infiltration

Avant chaque infiltration, le site d'injection doit être suffisamment traité au moyen d'une solution alcoolique. Le temps de pose indiqué par le fabricant doit être respecté (par exemple pour Softasept® N, temps de pose d'au moins 1 min.). Nous estimons que des gants stériles, un masque, une charlotte ou des champs stériles ne sont pas indispensables. Pour les infiltrations dans la région de la main, nous utilisons une seringue à usage unique de 2 ml. Cette dernière est préparée avec 1 ml de cortisone (par exemple Triamcort® Dépôt 40 mg/ml). Le plus souvent, nous y ajoutons env. 0,5 ml–1 ml d'anesthésique local (par exemple Rapidocain® 1% ou 2%) afin de réduire les effets indésirables, tels que les douleurs dans la région de l'infiltration. Selon le site de l'infiltration, nous utilisons des aiguilles entre 24G et 26G.

Parmi les effets indésirables redoutés figurent la dépigmentation cutanée ainsi que l'atrophie de la peau et du tissu adipeux sous-cutané, notamment en cas de traitement répété. Une infiltration correcte dans la couche de tissu souhaitée doit permettre d'éviter ces complications. Il convient en outre d'informer les diabétiques quant à la possible augmentation du besoin en insuline. Les infiltrations sont contre-indiquées en cas de suspicion d'infection bactérienne.

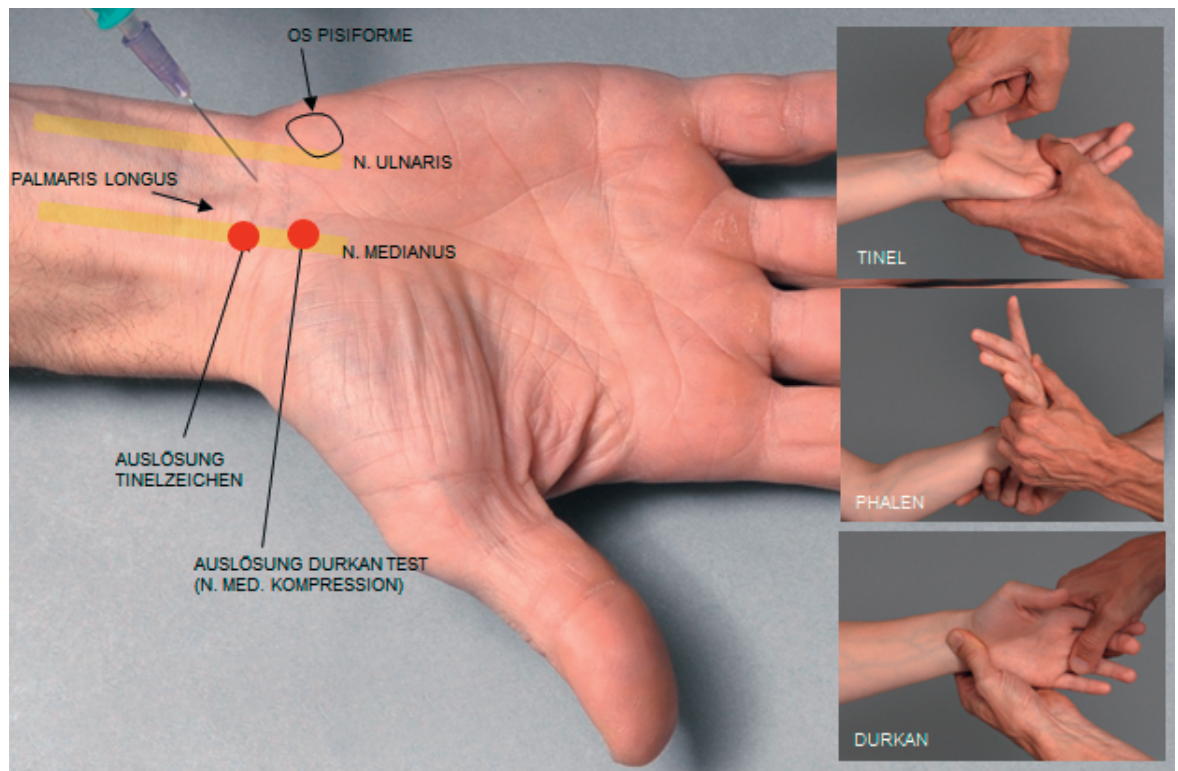


Figure 1: Diagnostic et points d'infiltration en cas de syndrome du canal carpien. Infiltration entre le tendon du long palmaire et l'os pisiforme. Piquer à 45° en direction distale et 45° en direction radiale. Profondeur jusqu'au carpe, retirer d'1 cm et infiltrer.

ment adaptée aux stades précoces et pendant la grossesse, sachant que dans ce dernier cas de figure, les symptômes s'améliorent en général rapidement en postpartum.

Une infiltration de stéroïdes dans le canal carpien est avant tout réalisée en vue de confirmer le diagnostic en cas de symptômes d'origine indéterminée ou lorsque l'électrophysiologie n'est pas univoque. En revanche, pendant la grossesse, une unique infiltration de stéroïdes dans le canal carpien peut être réalisée si aucune amélioration n'est obtenue au cours du dernier trimestre avec le traitement par attelle [4]. La prudence est de mise en cas de diabète gestationnel.

Lorsque le traitement conservateur reste sans succès pendant longtemps ou que le SCC est si avancé qu'une atrophie des muscles thénariens ou des hyposensibilités permanentes sont apparues, une opération en ambulatoire est recommandée. Le traitement chirurgical de référence est la décompression à ciel ouvert du nerf médian. L'incision standard aujourd'hui privilégiée a une longueur d'environ 3 cm et est pratiquée au niveau du versant ulnaire du pli du thénar au niveau du 4^e rayon. Ensuite, il est procédé à la section longitudinale du rétinaculum des fléchisseurs. En cas de ré-opération, un accès plus grand est pertinent, car le nerf peut alors être isolé du tissu cicatriciel de façon plus

sûre et, le cas échéant, des plasties tissulaires peuvent être réalisées pour recouvrir le nerf (par ex. lambeau de tissu adipeux prélevé au niveau de l'hypothénar, tissu synovial, lambeaux prélevés sur l'avant-bras). Dans le cadre de la technique endoscopique, une coque avec optique intégrée et bistouri est introduite via une courte incision transversale dans le pli de flexion du poignet au moyen d'une poignée pistolet. Le rétinaculum des fléchisseurs est alors complètement sectionné en retirant la lame. Les résultats de la technique opératoire endoscopique sont globalement comparables à ceux de la chirurgie à ciel ouvert.

Dans notre clinique, nous recommandons le port d'une orthèse de poignet les 14 premiers jours suivant l'intervention, jusqu'à ce que les fils soient retirés.

Doigt à ressaut (tendinite/ténosynovite des fléchisseurs des doigts)

Définition

Le doigt à ressaut est un trouble du passage du tendon fléchisseur dans le système de poulies faisant suite à une augmentation de calibre dans le tendon (nodule) et à la dégénérescence de la première poulie (A1) causée par une ténosynovite chronique.

Clinique

Les patients rapportent typiquement un ressaut dans l'articulation interphalangienne proximale (IPP) des doigts longs ou dans l'articulation interphalangienne (IP) du pouce, avant tout le matin. Dans les formes sévères, on observe même un doigt figé/raide en flexion ou en extension.

Diagnostic

Des douleurs à la pression s'observent au niveau de la poulie A1, à hauteur du pli de flexion palmaire distal. Le tendon épaissi ou le nodule tendineux peuvent également être palpés et le phénomène de ressaut peut parfois être déclenché. À l'échographie, un blocage du tendon au niveau distal de la poulie A1 avec retroussement typique ou phénomène d'accordéon peut être visualisé lors de la flexion passive. La poulie A1 est la plupart du temps épaissie.

Traitement

Le traitement initial consiste en des mesures visant à réduire le gonflement et en l'administration d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS). Si aucune amélioration nette n'est obtenue, une infiltration de stéroïdes est réalisée dans la gaine du tendon fléchisseur. L'infiltration peut être répétée tous les deux à quatre mois en l'absence de réponse. L'infiltration est réalisée sur la ligne médiane de la phalange proximale, entre le pli de flexion proximal et le pli de flexion médian (fig. 2a).

Dans ce cadre, on pique à travers la poulie et le tendon jusqu'à l'os, l'aiguille est un peu retirée, puis la zone est infiltrée (fig. 2b). Le liquide injecté peut être palpé au niveau de la poulie A5. La procédure est la même au niveau du pouce (fig. 2c).

Lorsque les mesures thérapeutiques conservatrices sont épuisées, l'indication d'une section chirurgicale de la poulie sous anesthésie locale est posée. Après cette opération, l'immobilisation n'est pas nécessaire. Les doigts peuvent et doivent être mobilisés immédiatement.

Ténosynovite de De Quervain

Définition

La ténosynovite du premier compartiment des extenseurs (ténosynovite de De Quervain) est une irritation des tendons du muscle court extenseur du pouce et du muscle long abducteur du pouce lors du passage des tendons épaissis par l'inflammation à travers le premier compartiment des extenseurs, alors relativement étroit [5].

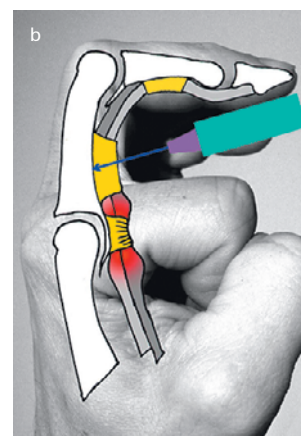
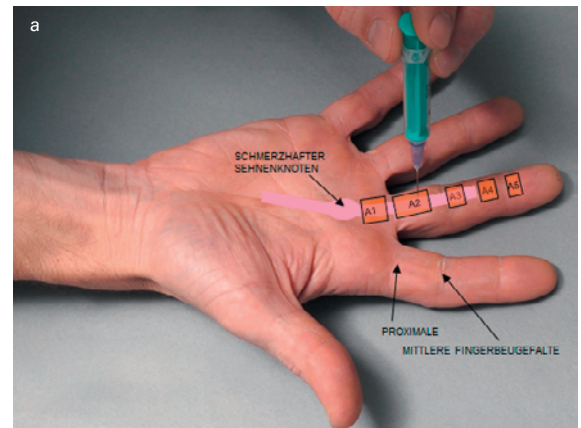


Figure 2: Position correcte de l'infiltration en cas de doigt à ressaut. Piquer au niveau de la ligne médiane de la phalange proximale (entre le pli de flexion proximal et le pli de flexion médian) à travers la poulie et le tendon jusqu'à l'os, puis infiltrer. Le liquide injecté peut être palpé au niveau de la poulie A5.

Clinique

Les patients rapportent des douleurs, un gonflement et, dans des cas exceptionnels, une crépitation au niveau du premier compartiment des extenseurs. À un stade avancé, un blocage du pouce en extension ou en flexion ainsi qu'une perte de force, par exemple pour soulever une poêle, peuvent également survenir.

Diagnostic

Cette affection donne lieu à une douleur à la pression au niveau de la styloïde radiale le long du premier compartiment des extenseurs et à un test de Finkelstein positif [6]. Les douleurs dans le premier compartiment des extenseurs surviennent en abduction ulnaire du poignet avec pouce fléchi et poing fermé (fig. 3a). L'échographie montre souvent un fort épaissement du rétinaculum des extenseurs. Des collections liquidiennes se trouvent la plupart du temps au niveau distal et proximal du canal ostéofibreux.

Traitement

Le traitement primaire consiste en l'immobilisation dans une orthèse de poignet avec maintien du pouce et en l'administration locale et systémique d'AINS. Si aucune amélioration des symptômes n'est obtenue, une infiltration de stéroïdes peut constituer l'étape suivante. L'aiguille est alors piquée dans le premier compartiment des extenseurs depuis le côté proximal à travers le tendon jusqu'à l'os (fig. 3b). Il convient de noter que le tendon du muscle court extenseur du pouce peut passer dans un compartiment séparé, qui est bien visualisable à l'échographie.

S'il n'y a pas d'amélioration des symptômes après une deuxième infiltration, une plastie d'agrandissement du premier compartiment des extenseurs est réalisée dans des conditions ambulatoires. Le poignet est ensuite immobilisé pendant deux semaines jusqu'à ce que les fils soient retirés.

Rhizarthrose

Définition

La rhizarthrose est une arthrose dégénérative et douloureuse de l'articulation de la base du pouce (articulation trapézo-métacarpienne, TMC).

Clinique

La maladie débute lentement, avec des douleurs à la sollicitation qui se calment au repos. L'intensité des symptômes augmente au fil des mois et des années jusqu'à ce que même des sollicitations minimales entraînent des douleurs et que les douleurs ne régressent plus totalement au repos. La faiblesse de préhension du pouce et les douleurs lors des mouvements rotatoires (par exemple visser un couvercle, ouvrir la serrure d'une porte) sont particulièrement caractéristiques de la maladie. Afin de compenser partiellement la mobilité réduite de l'articulation touchée, une malposition des articulations voisines peut s'installer, par exemple une hyperextension de l'articulation métacarpophalangienne du pouce.

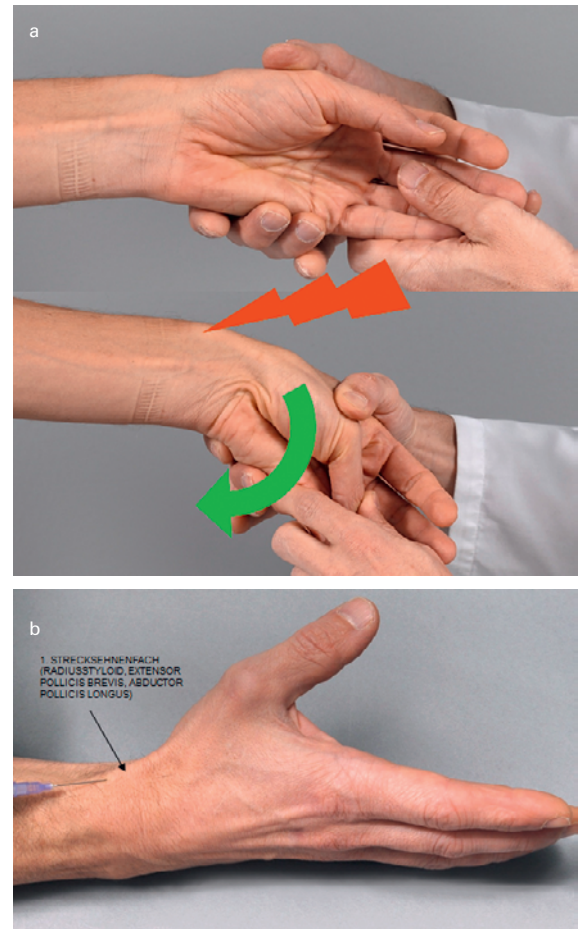


Figure 3: Ténosynovite de De Quervain. **A:** Test de Finkelstein pour le diagnostic. **B:** Position correcte pour l'infiltration de stéroïdes. Piquer depuis le côté proximal du premier compartiment des extenseurs à travers le tendon jusqu'à l'os, puis infiltrer. Attention: le tendon du muscle court extenseur du pouce peut avoir un compartiment séparé. Infiltrer avec un anesthésique local et contrôler si la douleur disparaît. Alternativement, contrôle par échographie.

Diagnostic

Il existe une douleur à la pression locale au niveau de l'angle radio-palmaire de l'articulation TMC. On retrouve également une douleur lors des changements d'axe, avec crépitation lors des mouvements rotatoires. À la radiographie, des signes d'arthrose, tels qu'une sclérose sous-chondrale, un amincissement de l'interligne articulaire, ainsi que la formation d'ostéophytes et de kystes osseux, peuvent être observés.

Traitement

En cas de symptômes légers, le ménagement et l'immobilisation temporaire par une attelle spéciale (orthèse de pouce en néoprène) sont souvent utiles. Des médicaments anti-inflammatoires d'action locale peuvent en outre être utilisés. Afin d'éviter d'autres sollicitations inappropriées ou excessives, les principes de pro-

tection des articulations relevant de l'ergothérapie peuvent également être appris. Si ces mesures n'aident plus, une injection ciblée de cortisone dans l'articulation de la base du pouce touchée peut apporter un soulagement assez prolongé des symptômes. L'infiltration s'effectue au niveau de l'extrémité distale de la tabatière. L'interligne articulaire est palpé et marqué avec l'ongle. Après désinfection, on tire sur le pouce afin d'obtenir une distraction dans l'articulation de la base du pouce, on pique à 45° en direction distale jusque dans l'articulation et la cortisone est infiltrée avec un anesthésique local (fig. 4).

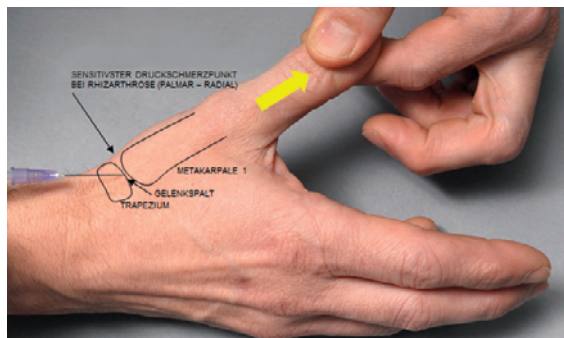


Figure 4: Position correcte pour l'infiltration de stéroïdes en cas de rhizarthrose. Palper l'interligne articulaire au niveau de l'extrémité distale de la tabatière et marquer avec l'ongle, trois minutes de désinfection, tirer le pouce (distraction de l'articulation) et piquer à 45° en direction distale jusque dans l'articulation, puis infiltrer Kenacort et un anesthésique local.

Lorsque les symptômes sont très prononcés et que toutes les possibilités ont été épuisées, il convient de discuter des traitements chirurgicaux. Ici également, il existe différentes possibilités thérapeutiques. Le procédé le plus souvent employé est la trapézectomie avec arthroplastie de suspension et d'interposition avec un héli-tendon du fléchisseur radial du carpe. Outre cette méthode, il existe également la possibilité de remplacer l'articulation détruite par une prothèse ou de bloquer l'articulation de la base du pouce (arthrodèse). Un traitement chirurgical est la plupart du temps réalisé en stationnaire, et le pouce est ensuite immobilisé pour six semaines. L'ergothérapie est poursuivie pendant trois à six mois en vue d'améliorer la mobilité du pouce et de développer la force.

Polyarthrose

Définition

La polyarthrose digitale est une maladie dégénérative des articulations interphalangiennes distales (IPD) et proximales (IPP). Elle est également appelée «arthrose d'Heberden» (articulations IPD) ou «arthrose de Bou-

chard» (articulation IPP). Une prédisposition génétique favorise la maladie.

Clinique

Les patients se plaignent de douleurs à la sollicitation, et en cas d'arthrose active, également de douleurs au repos. A un stade avancé, la mobilité peut être considérablement réduite, avec des douleurs associées. Des kystes mucoïdes de localisation péri-unguéale peuvent également apparaître.

Diagnostic

Il s'agit souvent d'un diagnostic visuel. Les articulations IPD et IPP sont gonflées, et les articulations IPD présentent parfois des nodules typiques. Le diagnostic peut être confirmé par un cliché radiographique ciblé.

Traitement

Au stade initial, les médicaments visant à atténuer le gonflement local ou les infiltrations de cortisone d'action locale peuvent apporter un soulagement pour un certain temps. Pour l'infiltration de cortisone avec un anesthésique local, l'interligne articulaire est tout d'abord marqué avec l'ongle, et après désinfection, on pique dans le récessus articulaire (pas dans l'interligne articulaire!) depuis le côté proximal de l'interligne articulaire, sous le tendon extenseur, de façon tangentielle pour procéder à l'infiltration (fig. 5). L'infiltration peut être répétée tous les deux à quatre mois.

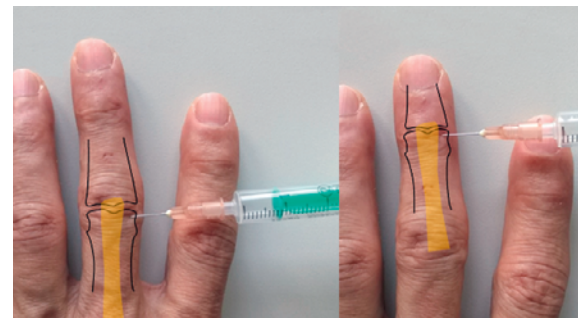


Figure 5: Position correcte pour l'infiltration de stéroïdes en cas de polyarthrose digitale. Infiltration des articulations IPD et IPP: marquer l'interligne articulaire avec l'ongle, désinfection, piquer dans le récessus articulaire (pas dans l'interligne articulaire) depuis le côté proximal de l'interligne articulaire, sous le tendon extenseur, de façon tangentielle, puis infiltrer Kenacort et un anesthésique local.

Concernant les options chirurgicales, l'arthrose de Bouchard est traitée par arthroplastie et l'arthrose d'Heberden est le plus souvent traitée par arthrodèse.

Références

La liste complète des références est disponible dans la version en ligne de l'article sur www.primary-hospital-care.ch

Correspondance:
Dr. med. Lisa Reissner
Schulthess Klinik
Lengghalde 2
CH-8008 Zürich
[lisa.reissner\[at\]kws.ch](mailto:lisa.reissner[at]kws.ch)