

Entretiens
de Bichat
Chirurgie
10 sept. 2001
Amphi B
9 h 45

Les traumatismes tendineux au poignet et à la main chez le sportif

E. Masméjean*

* Service d'Orthopédie et de Traumatologie, Chirurgie de la Main, Hôpital Européen Georges Pompidou, 20, rue Leblanc, 75908 PARIS Cedex 15.

Si l'activité sportive est supposée promouvoir la santé, elle peut dans un certain nombre de cas la compromettre. En ce qui concerne le domaine des tendinites au poignet ou à la main, les conséquences ne sont le plus souvent qu'une interruption de l'activité sportive. Sous le terme générique de « tendinite » se cache une riche pathologie regroupant tous les processus inflammatoires ou dégénératifs extra- ou juxta-articulaire touchant non seulement les tendons mais aussi les gaines synoviales et les bourses séreuses.

Chez le sportif, c'est le plus souvent le geste sportif lui-même, et en particulier les microtraumatismes répétés, qui sont un facteur déclenchant. L'âge est également un facteur important notamment après la quarantaine. Les erreurs d'entraînements sont souvent en cause (erreur technique, changement d'intensité, de durée ou de fréquence des séances, équipement défectueux), voire les problèmes de santé du sportif (déséquilibre musculaire, pathologie associée). Il faut d'emblée noter la relative rareté des tendinites chez le sportif professionnel ou de haut niveau. En revanche, elles sont beaucoup plus fréquentes chez les sportifs occasionnels. Sur le plan de la pathologie, si le diagnostic est essentiellement clinique basé sur une sémiologie précise, le traitement est avant tout médical et la prise en charge chirurgicale est exceptionnelle. En complément du traitement médical, l'arrêt de l'activité sportive est primordial. On considérera successivement la ténovaginite de de Quervain, la tendinite des extenseurs radiaux du carpe, la tendinite de l'extenseur ulnaire du carpe, et la tendinite du long extenseur du pouce. Enfin, le problème du doigt à ressort doit être considéré.

TÉNOVAGINITE DE DE QUERVAIN

Il s'agit d'une tendinite du compartiment latéral (premier compartiment) intéressant les tendons cours extenseur et long abducteur du pouce (EPB et APL). Elle est déclenchée par des mouvements répétés d'inclinaison latérale du poignet. Les sports impliqués sont essentiellement l'escrime, le golf, le tennis, le kayak, le ski mais aussi la gymnastique et l'haltérophilie.

Sur le plan clinique, il s'agit le plus souvent d'une femme qui consulte pour une tuméfaction douloureuse au bord radial du poignet. Le signe de Finkelstein est quasi pathognomonique. Il consiste à replier le pouce sous les doigts longs tandis que la main est mise passivement en inclinaison ulnaire. La névrite dite de Wartenberg est associée dans 15 p. cent des cas. C'est l'inflammation de la branche sensitive du nerf radial au bord latéral du tendon du brachioradial (BR) (à environ 100 mm de la styloïde). Aucun examen complémentaire n'est nécessaire à part la réalisation d'une radiographie simple du poignet de face et de profil.

Sur le plan thérapeutique, il faut dans un premier temps proposer l'arrêt du sport, une attelle de repos et éventuellement une infiltration de corticoïdes. Celle-ci pourra être renouvelée une à deux fois au maximum. L'efficacité du traitement conservateur sur la tendinite du premier compartiment est excellente. Dans les rares cas sans amélioration, un traitement chirurgical peut être réalisé. Il consiste en une ténolyse des tendons en faisant attention à la présence de tendons terminaux multiples. Point technique essentiel, il faut réséquer la partie proximale

de la poulie (et de la cloison parfois présente entre les deux tendons). En cas de symptomatologie mixte tendineuse et nerveuse, une neurolyse de la branche sensitive du nerf radial devra être réalisée.

TENDINITE DES TENDONS EXTENSEURS RADIAUX DU CARPE

C'est une tendinite du long et du court extenseur radial du carpe (ECRB et ECRL).

Cliniquement, il existe deux aspects :

- soit une tendinite proximale au niveau de la jonction musculotendineuse,
- soit une ténopériostite d'insertion au niveau de la terminaison de ces deux tendons sur les bases des deuxième et troisième métacarpiens.

Les sports impliqués sont essentiellement l'aviron, le golf mais aussi le ski et l'haltérophilie. La ténopériostite d'insertion est rare et fréquemment associée à un carpe bossu. La tendinite proximale est plus fréquente et il faudra rechercher une crépitation sous-cutanée caractéristique. Elle peut être associée à une pathologie « d'intersection » au niveau du croisement entre d'une part le long abducteur et le court extenseur du pouce (tendinite de de Quervain) et d'autre part les tendons radiaux notamment chez les rameurs, les skieurs et les haltérophiles.

Le traitement conservateur est efficace dans près de 90 p. cent des cas. Il associe une attelle en extension-inclinaison radiale du poignet, éventuellement associée à une attelle stabilisant le pouce en abduction et en rétropulsion en cas de tendinite d'intersection. Dans les cas rebelles, le traitement chirurgical de bursectomie pourra être proposé.

TENDINITE DE L'EXTENSEUR ULNAIRE DU CARPE

Elle présente cliniquement deux aspects. La tendinite d'insertion est rare. Il s'agit d'une douleur à la base du 5^e métacarpien. Plus fréquemment, il s'agit d'une tendinite du compartiment médial (sixième compartiment) des extenseurs. Les sports considérés sont essentiellement le tennis, le judo, le golf et l'haltérophilie. Cliniquement, il existe une douleur en inclinaison ulnaire et extension contrariée du poignet. Elle peut s'associer à une rupture de la cloison médiale de l'extenseur avec luxation du

tendon qui entraîne une sensation de « claquement » en flexion, pronation et inclinaison ulnaire.

Le traitement par immobilisation du poignet, à 20° d'extension, doit toujours être tenté. Il est malheureusement rarement efficace lorsque le tendon est luxé en cas de consultation tardive. On est alors amené à proposer un traitement chirurgical avec plastie de réfection de la poulie.

LA TENDINITE DU LONG EXTENSEUR DU POUCE

Le long extenseur du pouce (EPL) permet la rétropulsion de la colonne du pouce lorsque l'on pose la main à plat sur un plan dur. Le trajet du tendon est caractérisé par un angle de réflexion autour du tubercule de Lister et par un rapport avec les radiaux. Cette tendinite est particulièrement fréquente chez le musicien (drummer). Chez le sportif, elle peut être observée en cas de fracture sans déplacement du radius distal. Il s'agit alors d'une inflammation en rapport avec un double mécanisme, vasculaire et/ou traumatique. Le mécanisme vasculaire, fréquent après fracture du radius non déplacée, est dû à la constitution d'un hématome dans la gaine du tendon. Cet hématome peut engendrer une rupture ischémique au niveau du tubercule de Lister. Plus rare, le mécanisme traumatique direct peut-être expliqué par un déplacement important et/ou par une agression chirurgicale par broche. Cette disposition anatomique et le risque de rupture expliquent que dans cette tendinite l'infiltration de corticoïdes soit contre-indiquée.

Le traitement est médical par orthèse de repos stabilisant la colonne du pouce en rétropulsion.

DOIGT À RESSAUT (TRIGGER FINGER)

La responsabilité d'une activité sportive est difficile à mettre en évidence dans le cas du doigt à ressaut tant cette tendinite est fréquente dans la pratique quotidienne. Ils sont néanmoins observés chez le golfeur, le joueur de tennis ou le skieur de fond. Il s'agit d'une tendinite des tendons fléchisseurs au niveau de la poulie (A1) située en regard de l'articulation métacarpophalangienne.

Cliniquement, il existe trois stades. Tout d'abord, il existe une gêne à la mobilisation, ensuite l'extension devient impossible, enfin il peut exister un blocage de l'articulation soit en flexion, soit en extension. À

la palpation, on retrouve un nodule palmaire sensible.

Le traitement conservateur par infiltration doit être tenté dans tous les cas. Cette infiltration de corticoïdes dans la gaine peut être renouvelée une à trois fois. On obtient la guérison dans 73 p. cent des cas après une injection et dans 83 p. cent après deux injections. Le traitement chirurgical consiste à réaliser sous anesthésie locale l'excision de la partie proximale de la poulie et l'ouverture de la partie distale.

CONCLUSION

Le diagnostic de tendinite au poignet et à la main du sportif ne doit pas être un diagnostic « fourre-tout » pour masquer l'absence de diagnostic précis. Une connaissance exacte des structures anatomiques est essentielle pour établir le diagnostic d'inflammation

tendineuse ou de tendinite. En particulier, il faudra éliminer (ou diagnostiquer) les autres pathologies, parfois intriquées, en rapport avec les microtraumatismes répétés chez le sportif. Il peut s'agir de pathologie de compression nerveuse comme le syndrome du canal carpien ou de pathologie de distension ligamentaire progressive (lésion du ligament scapho-lunaire).

Sur le plan thérapeutique, le traitement médical conservateur doit toujours être associé à une adaptation du geste sportif. Cette mesure est essentielle si l'on veut espérer une reprise du sport sans risque ultérieur.

RÉFÉRENCES

1. FOUCHER G. – Tendinites de la main et du poignet chez le sportif. In : ALLIEU Y. *La main du sportif*, pp. 35-40. Paris, Expansion Scientifique Française, 1995.
2. MASMEJEAN E.H., CHAVANE H., CHANTEGRET A., ISSERMANN J.J., ALNOT J.Y. – The wrist of the formula 1 driver. *Brit. J. Sports Med.*, 1999, 33, 270-273.