

La Place De La Chirurgie Dans Le Traitement De La Tenosynovite De Dequervain

El Mekkaoui MJ*, Boukhris J, Mourafiq O, Chafry B, Bencheba D, Bouabid AS, Boussouga M

Service de Traumatologie-Orthopédie II - H.M.I.Mohammed V – Rabat

DOI: [10.36347/sjams.2020.v08i04.019](https://doi.org/10.36347/sjams.2020.v08i04.019)

| Received: 31.03.2020 | Accepted: 07.04.2020 | Published: 27.04.2020

*Corresponding author: El Mekkaoui MJ

Abstract

Original Research Article

The tenosynovite of Dequervain remains among the principal causes of the pains of the radial edge of the wrist. To relieve the patient of this pain source of discomfort and functional impotence was since the era of Dequervain the concern of the experts. If the majority of them plead until our days for medical assumption of responsibility, others nevertheless direct their attitude towards an early surgery like radical treatment without repetition. Elsewhere, much from authors concluded with the relation between the failure from the medical treatment and the existence from anatomical variations, particularly the existence of a septum intratunellaire insulating tendon EPB in a tight compartment. It is to define the place of the surgery in therapeutic, that we propose an analytical study of eight cases of TSDQ treated surgically in the service between 2014 and 2019. Among our patients, we carried out successfully the technique of fixing of the scrap capsulaire to the derm after the realization of a synovectomy and/or the résection of a septum or a musculo-tendineuse anomaly. In the light of our results and those of the literature, it appears clear that the surgery offers an effective solution in the therapeutic management of the TSDQ and deserves to be regarded as the treatment of 1st intention in the cases seen tardily.

Keywords: De Quervain - Tenosynovitis - Radial edge of the wrist - Surgery.

Copyright @ 2020: This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution license which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium for non-commercial use (NonCommercial, or CC-BY-NC) provided the original author and source are credited.

INTRODUCTION

La ténosynovite de De Quervain (TSDQ) est une ténosynovite chronique sténosante du 1^{er} compartiment digital postérieur (CDP) en rapport avec une inadéquation entre le volume des tendons court extenseur (EPB) et long abducteur du pouce (APL) avec leur poulie ostéofibreuse. On doit la description clinique à De Quervain en 1895. Son diagnostic est essentiellement clinique, l'échographie est le seul examen complémentaire nécessaire. Son traitement est souvent médical de première intention, la chirurgie qui était réservée aux cas rebelles ou récidivants peut être proposée dès le début.

MATERIELS ET METHODES

Sur une période de 6 ans, entre Janvier 2014 et décembre 2019, 8 malades ont été opérés dans le service de Traumatologie-Orthopédie II de l'hôpital militaire Mohammed V. Ils ont tous bénéficié d'un traitement chirurgical par la même équipe et selon la même technique opératoire propre au service dérivée de celle de Leviet basée sur la fixation du lambeau capsulaire au derme, ceci après échec d'une prise en

charge médicale uniformisée. Leur prise en charge post-opératoire était univoque.

RESULTATS

Le recul moyen était de 2 ans (allant de 6 mois à 5.5 ans). Nos patients se répartissaient en 5 femmes et 3 hommes, dont l'âge moyen était de 38 ans avec des extrêmes de 26 ans et 60 ans. Aucun antécédent notamment traumatique n'a été relevé chez nos patients. Tous les patients étaient droitiers. Le côté gauche était atteint chez 4 malades, ainsi le côté dominant était affecté 4 fois. Chez tous les patients, un travail manuel quotidien sollicitant le pouce et le poignet en mouvement répétitifs était la principale étiologie. Tous les patients avaient un test de Brunelli + avec douleur déclenchée à la pression de la styloïde radiale. La radiographie standard s'est avérée normale. L'échographie a objectivé une hypertrophie synoviale et un épanchement péri-tendineux chez 6 malades (Fig.1). Tous nos patients ont reçu un traitement médical initial sans succès. La synovectomie a été réalisée chez 7 malades (Fig.2,3). Le résultat post-opératoire était satisfaisant et l'évolution était très bonne sans récurrence chez les 8 patients (Fig.4).



Fig-1: Echographie montrant une synovite hypertrophique autour de l'APL entourée d'un épanchement



Fig-2: La synovite hypertrophique autour de l'APL

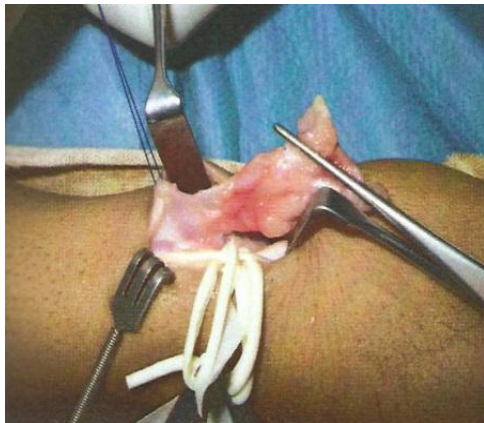


Fig-3: Résection de la synovite hypertrophique



Fig-4: Résultat post-opératoire (pas de luxation palmaire à l'abduction)

DISCUSSION

A la lumière des résultats de la littérature et l'analyse de nos résultats, notre discussion portera par excellence sur la place qu'occupe le traitement chirurgical comme stratégie efficace dans la gestion thérapeutique de la ténosynovite de De Quervain comparé au traitement médical. Décrite par De Quervain en 1895, la ténosynovite de De Quervain définie comme un conflit tendineux intratunellaire uni ou bi-compartmentale du 1^{er} CDP, représente l'une des principales causes des douleurs du bord radial du poignet [1-3]. Soulager le patient de cette douleur source d'inconfort et/ou d'impotence fonctionnelle était depuis l'ère de De Quervain le souci des praticiens. Si la majorité d'entre eux plaident jusqu'à nos jours pour une prise en charge médicale, d'autres néanmoins orientent leur attitude vers une chirurgie précoce comme traitement radical sans récurrence. Si la prise en charge médicale permet de soulager 80% des malades, elle n'est pas néanmoins dénuée de complications. En effet les infiltrations peuvent entraîner, surtout si elles sont répétées, des troubles de la pigmentation et des névrites des branches sensitives du nerf radial. Dans la série de Harvey, Harvey et Horsley [4], parmi les 63 poignets infiltrés, deux avaient développé une dépigmentation en regard de la zone d'injection du corticoïde et 3 avaient présenté une hyperesthésie transitoire dans le territoire du nerf radial. Dans notre pratique nous avons constaté un cas de dépigmentation sous forme d'une tache achromique suite à l'infiltration cortisonique. La rupture tendineuse par nécrose secondaire à l'injection intratendineuse du corticoïde reste la hantise de ce traitement conservateur [5]. Ainsi il nous paraît évident que toutes ces études convergent vers l'idée que le succès du traitement médical par infiltration cortisoniques reste tributaire d'un nombre de paramètres dont la technique adoptée dans l'injection, la justesse du geste et la présence ou non de variations anatomiques notamment un septum intratunellaire. Par ailleurs ce traitement dit conservateur est loin d'être dénué de complications. La chirurgie était classiquement réservée aux cas réfractaires [6]. Actuellement en analysant les études de la littérature ainsi que nos résultats, il nous semble évident que la chirurgie trouve largement sa place en matière de gestion thérapeutique de la ténosynovite de De Quervain et cela pour deux raisons principales:

- Les complications rencontrées au cours des infiltrations cortisoniques. Ces incidents avaient poussé de nombreux auteurs à remettre en question l'efficacité du traitement médical et à orienter leur attitude vers un geste chirurgical [5].
- La suppression complète de la symptomatologie de la ténosynovite de De Quervain et une évolution sans récurrence ne peuvent être obtenues qu'en supprimant les facteurs anatomiques incriminés qui sont aussi bien la synovite hypertrophique comme lésion sténosante, que les variations anatomiques prédisposant à cette lésion [7]. Le VIET [8] avait

rapporté entre 1983 et 1990 une série de 59 cas de ténosynovite de Dequervain, dont 49 (soit 83,59%) ont été opérés après échec du traitement médical. Dans notre série, le geste opératoire a été indiqué en première intention chez un seul malade qui avait une tuméfaction en aval de la styloïde radiale à l'origine d'une limitation de la mobilité du pouce et en deuxième intention chez les 7 autres après échec de l'infiltration cortisonique. Aucun problème de cicatrisation n'était rapporté. Par ailleurs, la vue obtenue était excellente et nous a toujours permis une exploration large et un geste aisé. Chez nos patients, nous avons réalisé avec succès la technique de fixation du lambeau capsulaire au derme pour éviter une subluxation antérieure des tendons du compartiment extenseur et cela après la réalisation d'une synovectomie et/ou la résection d'un septum ou d'une anomalie musculo-tendineuse. Le résultat post-opératoire était satisfaisant et l'évolution était très bonne sans récurrence chez les 8 patients.

CONCLUSION

A la lumière de nos résultats et ceux de la littérature, il paraît clair que la chirurgie offre une solution efficace dans la gestion thérapeutique de la ténosynovite de De Quervain et mérite d'être considérée comme le traitement de 1^{ère} intention dans les cas vus tardivement.

REFERENCES

1. Moore JS. De Quervain's tenosynovitis: stenosing tenosynovitis of the first dorsal compartment. *Journal of occupational and environmental medicine*. 1997 Oct 1;39(10):990-1002.
2. Maffulli N, Wong J, Almekinders LC. Types and epidemiology of tendinopathy. *Clinics in sports medicine*. 2003 Oct 1;22(4):675-92.
3. Jacques Rodineau, Gérard Saillant: Pathologie traumatique du membre supérieur du sportif: convergences et divergences. 15^{ème} journées de traumatologie du sport. 1997.
4. Harvey FJ, Harvey PM, Horsley MW. De Quervain's disease: surgical or nonsurgical treatment. *The Journal of hand surgery*. 1990 Jan 1;15(1):83-7.
5. Yuen A, Coombs CJ. Abductor pollicis longus tendon rupture in De Quervain's disease. *Journal of Hand Surgery*. 2006 Feb;31(1):72-5.
6. Lapidus PW. Stenosing Tenosynovitis of the wrist and fingers. *Clin. Orthop*. 1972, 83: 87-90.
7. Dr. F. De Quervain of Basel: On the nature and treatment of stenosing tendovaginitis on the styloid process of the styloid process. *Muenchener Medizinische Wochenschrift*. 1912, 59: 5-6.
8. Le Viet D, Lantieri L. Ténosynovite de De Quervain. Cicatrice horizontale et fixation du lambeau capsulaire. *Revue de chirurgie orthopédique et réparatrice de l'appareil moteur*. 1992;78(0002):00101-6.