



# Les Soirées de Kinésithérapie



## ARTHROSE DES DOIGTS ET RHIZARTHROSE

A.GODFROY-LEFLON

Dr A. DEDERICHS, Dr C. CAMPS, Dr A. DURAND, Dr S. BARBARY  
J.M. CLEMENT  
J. CLAUDEL



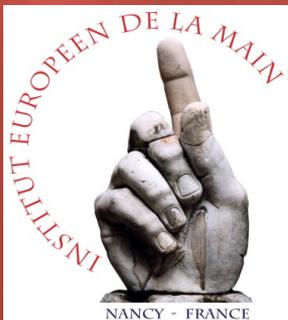


# Les Soirées de Kinésithérapie



## LES COMMUNICATIONS SONT EN TÉLÉCHARGEMENT

<http://www.sosmain.eu/telechargement.html>



# Notions préalables

- Maladie dégénérative
- Plusieurs tableaux de symptomatologie
- Causes: génétique, traumatique, mécanique ou métabolique (chondrocalcinose)
- Atteinte plus fréquente chez les femmes à partir de 40 ans



# Bilan kinésithérapique de la main arthrosique

- ▣ Goniométrie
- ▣ Centimétrie



- ▣ Mesure de la force de préhension: dynamomètre de Jamar
- ▣ Mesure de la force de pince: pinch-mètre

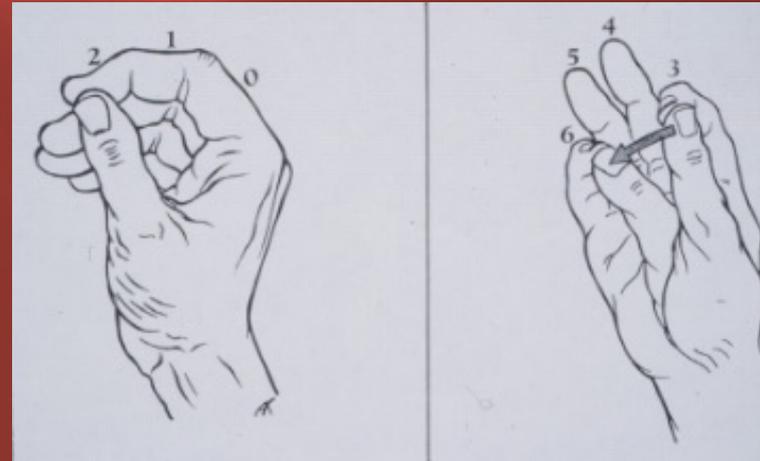


# Bilan kinésithérapique de la main arthrosique

- ▣ Interprétation fonctionnelle des mesures: TAM/TPM, écart pulpo-palmaire
- ▣ Bilan fonctionnel: cotation de Kapandji, DASH
- ▣ Photographies: visualisation des déformations

Évaluez votre capacité à faire les activités suivantes au cours de la dernière semaine en encadrant le nombre dans la colonne appropriée. Répondez en vous basant sur votre capacité à réaliser la tâche sans vous soucier de comment vous l'effectuez ou de quelle main vous utilisez pour réaliser l'activité.

	Pas de difficulté	Difficulté légère	Difficulté moyenne	Difficulté sévère	Incapable
1. Ouvrir un pot mét ou de métal serré	1	2	3	4	5
2. Écrire	1	2	3	4	5
3. Tourner une clé	1	2	3	4	5
4. Préparer un repas	1	2	3	4	5
5. Ouvrir une porte lourde ou peinte	1	2	3	4	5
6. Placer un objet sur une tablette située au-dessus de votre tête	1	2	3	4	5
7. Faire de gros travaux ménagers (ex : laver les murs, laver les planchers)	1	2	3	4	5
8. Jardiner ou faire l'entretien d'un terrain	1	2	3	4	5
9. Faire va li	1	2	3	4	5
10. Transporter un sac d'épicerie ou un porte-document (valise)	1	2	3	4	5
11. Transporter un objet lourd (plus de 10 livres)	1	2	3	4	5
12. Changer une ampoule située au-dessus de votre tête	1	2	3	4	5
13. Laver vos cheveux ou sécher vos cheveux à l'aide d'un sèche-cheveux	1	2	3	4	5
14. Laver votre dos.	1	2	3	4	5
15. Mettre un chaudi.	1	2	3	4	5
16. Utiliser un couteau pour couper des aliments.	1	2	3	4	5
17. Activités de loisirs qui exigent peu d'effort.	1	2	3	4	5
18. Activités de loisirs dans lesquelles votre bras, votre épaule ou votre main subit un impact.	1	2	3	4	5
19. Activités de loisirs durant lesquelles vous balancez votre bras librement.	1	2	3	4	5
20. Déplacements (transport).	1	2	3	4	5
21. Activités sexuelles.	1	2	3	4	5



# Diagnostic kinésithérapique

## Déficiences

- Trophique: amyotrophie musculature intrinsèque, œdème, +/- hyperhémie, +/- hyperthermie
- Diminution des amplitudes articulaires voire évolution vers une raideur
- Présence de déformations
- Perte de force musculaire: diminution de la force de préhension et de la force de pince
- Douleurs majorées par certains gestes ou le maintien prolongé de certaines positions
- Sous-utilisation voire exclusion du ou des doigts atteints

# Diagnostic kinésithérapique

## Incapacités

- Prises et pinces fines
- Utilisation bimanuelle en force et en résistance
- Maintien de position prolongé
- Gestes répétitifs

## Désavantage

- Temporaire pouvant évoluer vers du définitif
- Professionnel
- Social
- Occupationnel
- Esthétique

# Objectifs kinésithérapeutiques

## Objectifs à court terme

- Lutte contre les troubles trophiques
- Lutte contre la douleur
- Restitution de mobilité
- Education thérapeutique quant au principe d'économie articulaire

## Objectifs à moyen terme:

- Prise de conscience de la position corrigée
- Lutte contre le travail en position accentuant la déformation
- Récupération de force musculaire

# Objectifs kinésithérapeutiques

## Objectifs à long terme

- Automatisation de la gestuelle en position corrigée
- Reprogrammation neuro-motrice
- Poursuite de l'éducation thérapeutique en vue de l'économie articulaire

# RHIZARTHROSE

Prise en charge kinésithérapique  
de la rhizarthrose non opérée

# Physiopathogénie

## Déformation de type « pouce adductus »

- Subluxation dorsale et radiale du 1er métacarpien
- Hyperextension de la MP par compensation
- Fermeture de la 1<sup>ère</sup> commissure par rétraction musculo-aponévrotique
- Flexion de l'IP pour le travail en pinces fines



# Rééducation

- ▣ Physiothérapie: cryothérapie
- ▣ Massage décontracturant
- ▣ Education thérapeutique
- ▣ Pressothérapie
- ▣ Entretien des amplitudes articulaires :  
mobilisations passives et actives aidées  
analytiques et globales poignet, doigts longs et  
pouce
- ▣ Lutte contre la déformation: travail du couple  
1<sup>er</sup> interosseux dorsal/opposant

# Travail de la stabilité de la TM

- **Renforcement analytique de l'opposant:**  
sollicitation d'une opposition statique contre  
résistance d'intensité progressive



# Travail de la stabilité de la TM

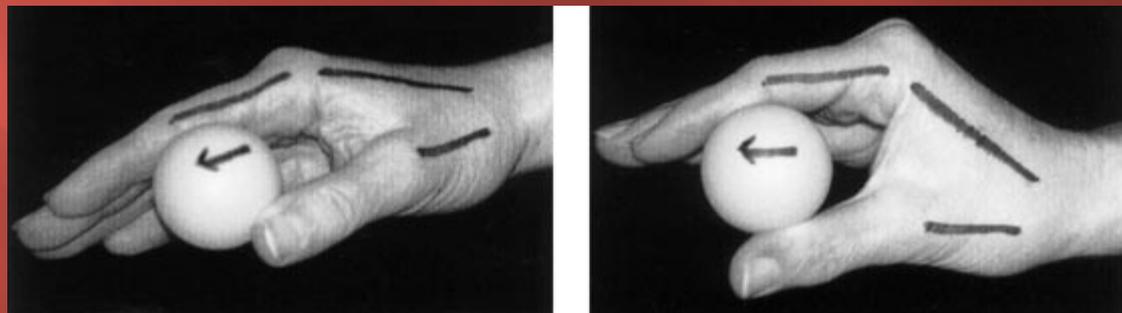
- **Renforcement analytique du 1<sup>er</sup> IOD:**  
sollicitation statique d'une pince pouce/index termino-latérale contre résistance progressive



# Travail de la stabilité de la TM

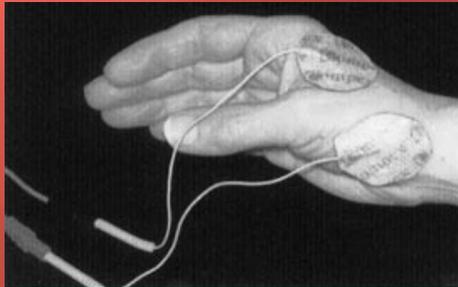
## ➤ Allongement axial actif:

allongement du 1<sup>er</sup> rayon, extension de poignet, flexion MP, IP en extension en progression mouvement guidé par une balle sans résistance puis contre résistance progressive



# Travail de la stabilité de la TM

## ➤ Stimulations électriques :



## ➤ Contrôle de la rotation du 1<sup>er</sup> métacarpien:

Sous orthèse, une balle entre le pouce et l'index en pince sub-terminale. Pression mini sur la balle, juste maintien. Allongement du 1<sup>er</sup> rayon. MK fait rouler la balle entre le pouce et l'index du sujet qui doit résister.



# RHIZARTHROSE

Prise en charge kinésithérapique  
de la rhizarthrose opérée:  
TRAPEZECTOMIE

# Rééducation J1-J30

- Broche intermétacarpienne
- Apprentissage des exercices d'entretien des amplitudes articulaires des doigts longs et de l'IP du pouce ( lutte contre les troubles trophiques, entretien du coulisement du long extenseur du pouce)
- Mobilisations MP restreintes pour éviter les micro-mouvements au niveau de la broche



# Après J30

- Massage cicatriciel, circulatoire
- Vacuothérapie
- Ondes mécaniques vibratoires et techniques de désensibilisation si hyperesthésies cicatricielles
- Mobilisations passives douces à visée de récupération des amplitudes d'abduction, d'antepulsion et d'opposition

# Après J30

- Travail de la rétropulsion du 1<sup>er</sup> métacarpien par sollicitation du long abducteur du pouce. On neutralise la participation du court et du long extenseurs du pouce par travail avec MP et IP en flexion
- Travail de stabilisation de la TM par sollicitation du couple 1<sup>er</sup> IOD/opposant
- Travail des pinces pollici-digitales
- Respect du principe d'économie articulaire

# RHIZARTHROSE

Prise en charge kinésithérapique  
de la rhizarthrose opérée:  
ARTHROPLASTIE

# Arthroplastie TM

## ➤ Evolution importante

	Prothèse	Trapézectomie
<b>Bénéfices</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Récupération fonctionnelle a priori plus rapide (quelques semaines)</li><li>- Force +/- conservée.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Intervention définitive (faible taux de reprises)</li><li>- Matériau résorbable (PLA)</li><li>- Pas de surveillance radioclinique nécessaire à distance</li></ul>
<b>Inconvénients</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Implant éphémère (descellement, usure,...) avec reprises chirurgicales nécessaires</li><li>- Risque de luxation</li><li>- Suivi radio-clinique annuel indispensable</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Récupération fonctionnelle théoriquement plus lente (plusieurs mois)</li><li>- Perte de force théorique</li></ul>

# Arthroplastie TM

- Hospitalisation en moyenne 24h
- Respect d'un port strict d'orthèse 3 à 4 semaines post-opératoires pour minimiser risque de descellement de cupule et de luxation
- Protocole de rééducation sur des bases identiques à la trapezectomie
- Moins de douleurs et de troubles trophiques en post op
- Reprise de l'entièreté des activités en moyenne au 3ème mois post op



# ARTHROSE DIGITALE

Prise en charge kinésithérapique  
après arthroplastie MP

# Objectifs

- ▣ Retrouver la flexion de l'articulation prothétique afin de restaurer la fonction de la main
- ▣ Permettre la cicatrisation des tendons extenseurs
- ▣ Assurer la stabilité latérale articulaire en position corrigée



# J3 à J30: Auto-rééducation



- Flexion active des MP, IP tendues.
- Retour passif en extension par l'élastique

# J3 à J30: Auto-rééducation

- Semaine 1: flexion active de 0 à 30°
- Semaine 2: flexion active de 0 à 45°
- Semaine 3: flexion active de 0 à 60°
- Mobilisations infra-douloureuses
- 1 à 3 séries de 10 mouvements 4 À 6X/JOUR



# J0 à J30: Auto-rééducation

- MP en extension, mobilisations actives IPP et IPD en flexion/extension
- Pas d'enroulement global
- Pas de mouvement latéral ni rotatoire



# Au-delà de J30

- Prise en charge kinésithérapique
- Massage cicatriciel
- Physiothérapie
- Recherche de la flexion analytique jusqu'à 90°
- Recherche progressive de l'enroulement global
- Travail de l'extension active
- Réintégration du doigt opéré dans les AVJ

# ARTHROSE DIGITALE

Prise en charge kinésithérapique  
après émondage IPP

# Arthrose IPP

- Handicapante, inesthétique, invalidante
- Nodosités de Bouchard

- **Forme inflammatoire: douloureuse**

Epanchement liquidien et prolifération synoviale.  
Traitée par mise au repos par orthèse ou synovectomie dans les formes résistantes

- **Forme proliférative: enraidissante**

Production de nombreux ostéophytes sources de raideur. Traitée par émondage ou arthroplastie

# Emondage IPP

- Si la capsule articulaire est respectée
- Respect des faces latérales de l'articulation pour ne pas endommager les ligaments latéraux et compromettre la stabilité articulaire
- Début des mobilisations passives et actives en flexion/extension à 48H post op
- Entretien des amplitudes articulaires MP, IPD
- Recherche de l'enroulement global
- Recherche de l'extension globale active

# ARTHROSE DIGITALE

Prise en charge kinésithérapique  
après arthroplastie IPP

# J3 à J30: Auto-rééducation

- Sous couvert de l'orthèse
- Flexion active des IP progressive, infra-douloureuse
- Flexion dans l'axe du doigt pour éviter la clinodactylie (déviation latérale IPP)  
Syndactylie si nécessaire
- Semaine 1: 10 mouvements de flexion/extension 3 à 4X/ JOUR
- Ensuite: 10 mouvements de flexion/extension 6X/JOUR

# J3 à J30: Auto-rééducation

- Autorisation d'utiliser la main sous couvert de l'orthèse pour activités simples en incluant le pouce
- Attention: arthroplastie IPP index: pince pollici-digitale avec index et majeur pour minimiser les contraintes latérales
- Stabilité latérale index capitale
- Hors mobilisations: IP maintenues en extension pour éviter le flexum

# Après J30

- Port de l'orthèse la nuit jusqu'à J45
- Mobilisation en flexion analytique et globale en syndactylie
- Travail de l'extension active analytique et globale. Attention à la compensation par une hyperextension MP
- Massage cicatriciel
- Physiothérapie
- Réintégration du doigt opéré dans les AVJ

# Pour aller plus loin...

- **Orthèses de la main et du poignet**

*M. ISEL*

- **Rééducation de la main et du poignet**

*SFRM/GEMMSOR*

- **Annales de kinésithérapie**

*M. BOUTAN*

- **Thèse pour l'obtention du doctorat en  
Médecine**

*T. JAGER*

- **<http://www.sosmain.eu/telechargements.html>**

MERCI POUR VOTRE  
ATTENTION

