

NANCY

09 MARS 2016

COUDE, POIGNET ET MAIN DOULOUREUX

C. CAMPS - A. DURAND
A. FALCONE

JM. CLEMENT, D. MAKHLOUFI, A. GODFROY

Institut Européen de la Main

Polyclinique Gentilly – Nancy

INSTITUT EUROPEEN DE LA MAIN



NOTRE SOIREE



COUDE
EPICONDYLALGIE



POIGNET
TRAUMATIQUE
DEGENERATIF

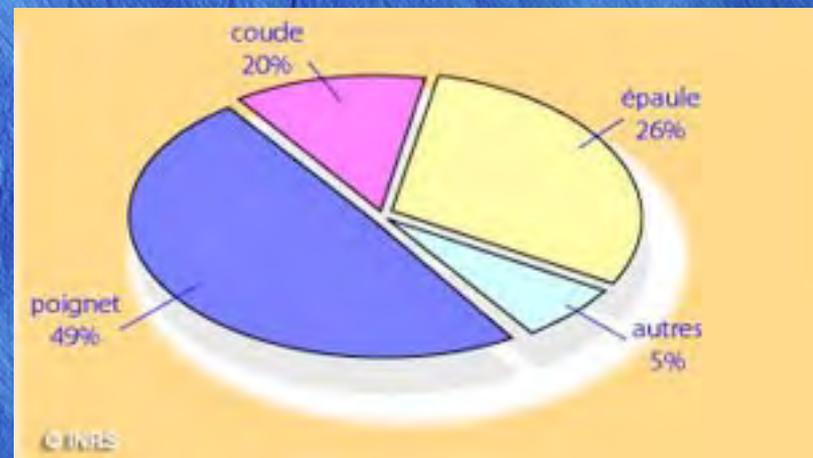


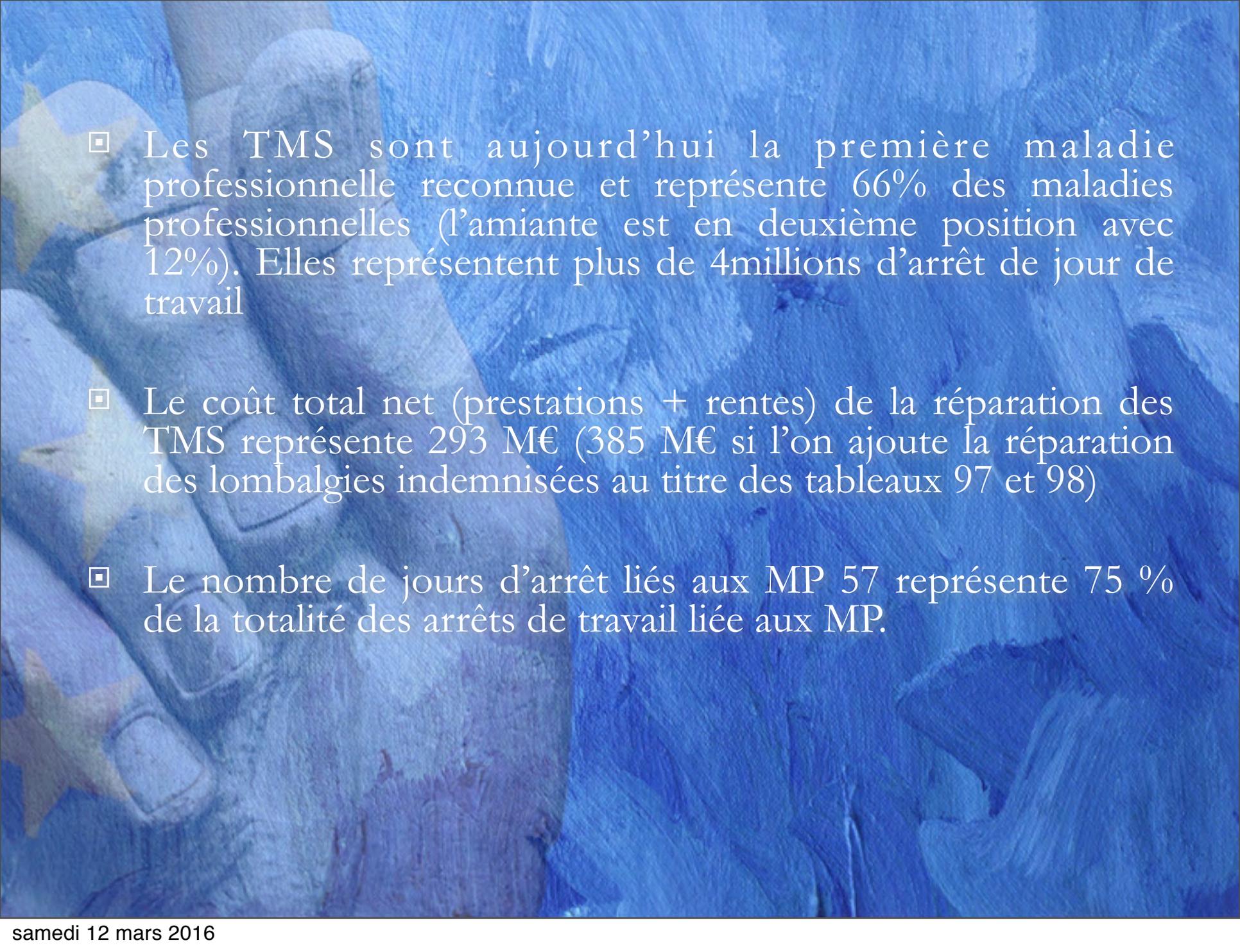
MAIN
TRAUMATIQUE
ARTHOSIQUE



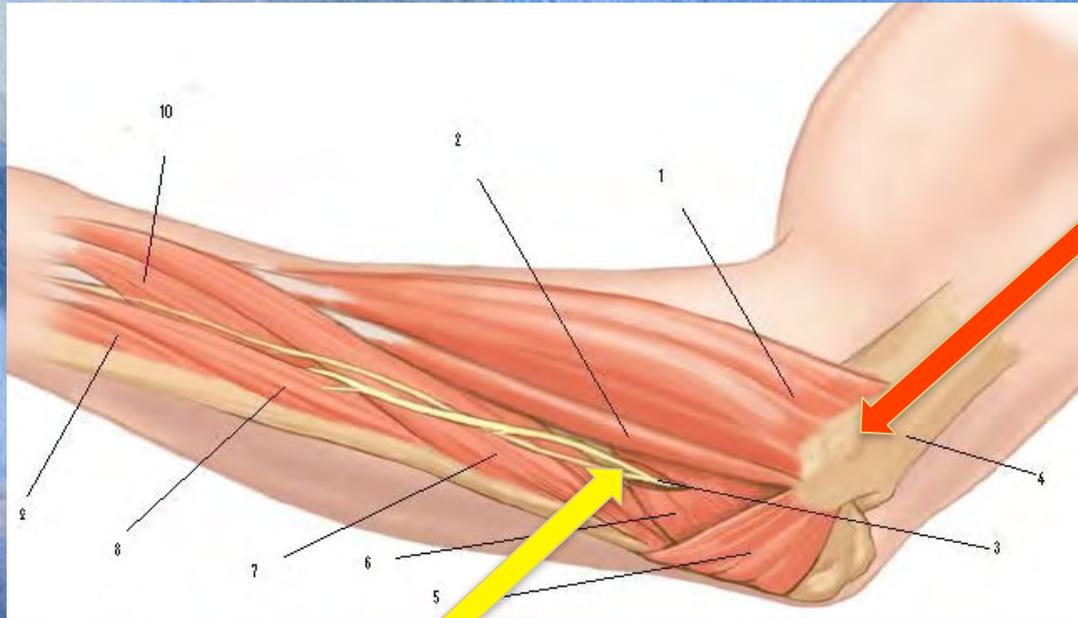
EPICONDYLALGIE

- Tableau 57 RG ET 39 RA des maladies professionnelles
- TMS du Membre Supérieur : 60% des MP, 95% des MP reconnues chez la femme, 70% chez l'homme
- Epicondylite, Epitrochleite, hygroma : 20% des MP du tableau 57



- 
- ▣ Les TMS sont aujourd'hui la première maladie professionnelle reconnue et représente 66% des maladies professionnelles (l'amiante est en deuxième position avec 12%). Elles représentent plus de 4 millions d'arrêt de jour de travail
 - ▣ Le coût total net (prestations + rentes) de la réparation des TMS représente 293 M€ (385 M€ si l'on ajoute la réparation des lombalgies indemnisées au titre des tableaux 97 et 98)
 - ▣ Le nombre de jours d'arrêt liés aux MP 57 représente 75 % de la totalité des arrêts de travail liée aux MP.

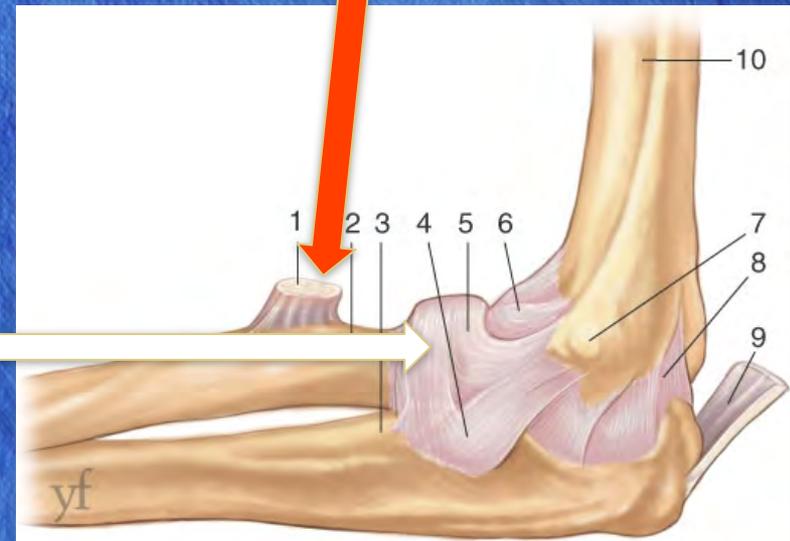
LES CAUSES DE L'EPICONDYLAIRIE



NERF RADIAL

PROBLEME ARTICULAIRE

PROBLEME TENDINEUX



FACTEURS FAVORISANTS

- **LES FACTEURS BIOMÉCANIQUES** : forte répétitivité des gestes - efforts excessifs - sollicitation des extrémités - position maintenue
- **LES FACTEURS ORGANISATIONNELS** : manque de pause - manque d'alternance des tâches - durée de travail excessive. Ces facteurs ne permettent pas une récupération suffisante.
- **LES FACTEURS PSYCHOSOCIAUX** : mauvaises relations dans le travail - courts délais d'exécution des tâches - manque de contrôle sur son travail

CAT DEVANT UNE EPICONDYLALGIE

- **RÉÉDUCATION ET ORTHÈSE** : Prise en charge initiale
- **CHIRURGIE** : Echec d'un traitement medical bien conduit (6mois)
- Toujours associer une recherche de la cause / problématique du poste de travail / orientation du patient vers le Médecin du travail tôt
- Infiltration d'une bursite bicipitale si écho +

PRINCIPES DE LA REEDUCATION

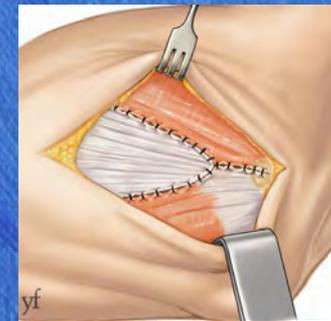
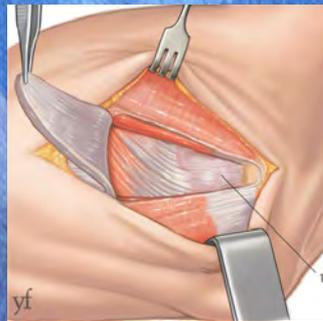
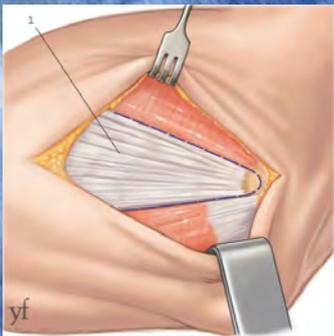
- le massage transverse profond
- l'automassage transverse profond
- un protocole d'exercices
- des étirements
- de la physiothérapie antalgique
- le port d'un Condylex®
- Port d'une orthèse de repos nocturne poignet en légère extension

Ce qu'il ne faut plus faire

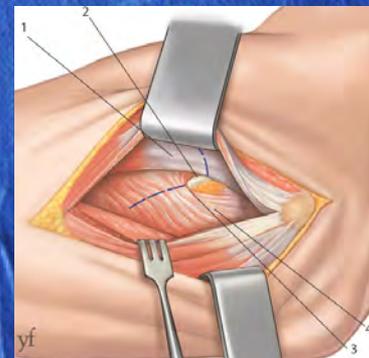
- ▣ Immobilisation du coude
- ▣ Infiltration
- ▣ Anti-inflammatoire

En cas d'échec

- ▣ La chirurgie n'intervient qu'après 6 mois d'une prise en charge médicale bien conduite
- ▣ Les possibilités chirurgicales
 - Allongement des épicondyliens



- Libération du nerf radial



Poignet traumatique

- ❑ Tout poignet traumatisé douloureux, sans fracture sous-jacente, est susceptible de présenter des lésions ligamentaires.
- ❑ On ne parlera de traumatisme simple ou d'entorse bénigne qu'après avoir éliminé, de façon formelle, une éventuelle lésion ligamentaire par un examen clinique précis et des examens complémentaires adaptés.

Méconnaître une lésion ligamentaire, c'est grever le pronostic fonctionnel du patient et ceci de façon définitive.

CAT Devant Un Poignet Traumatique Sans Fracture



L'interrogatoire doit rechercher le mécanisme lésionnel. Le plus souvent, il s'agit d'une chute sur la paume de la main, le poignet en hyperextension. D'autres mécanismes existent : hyperflexion, pronation ou supination forcée, voire choc direct.

L'examen clinique

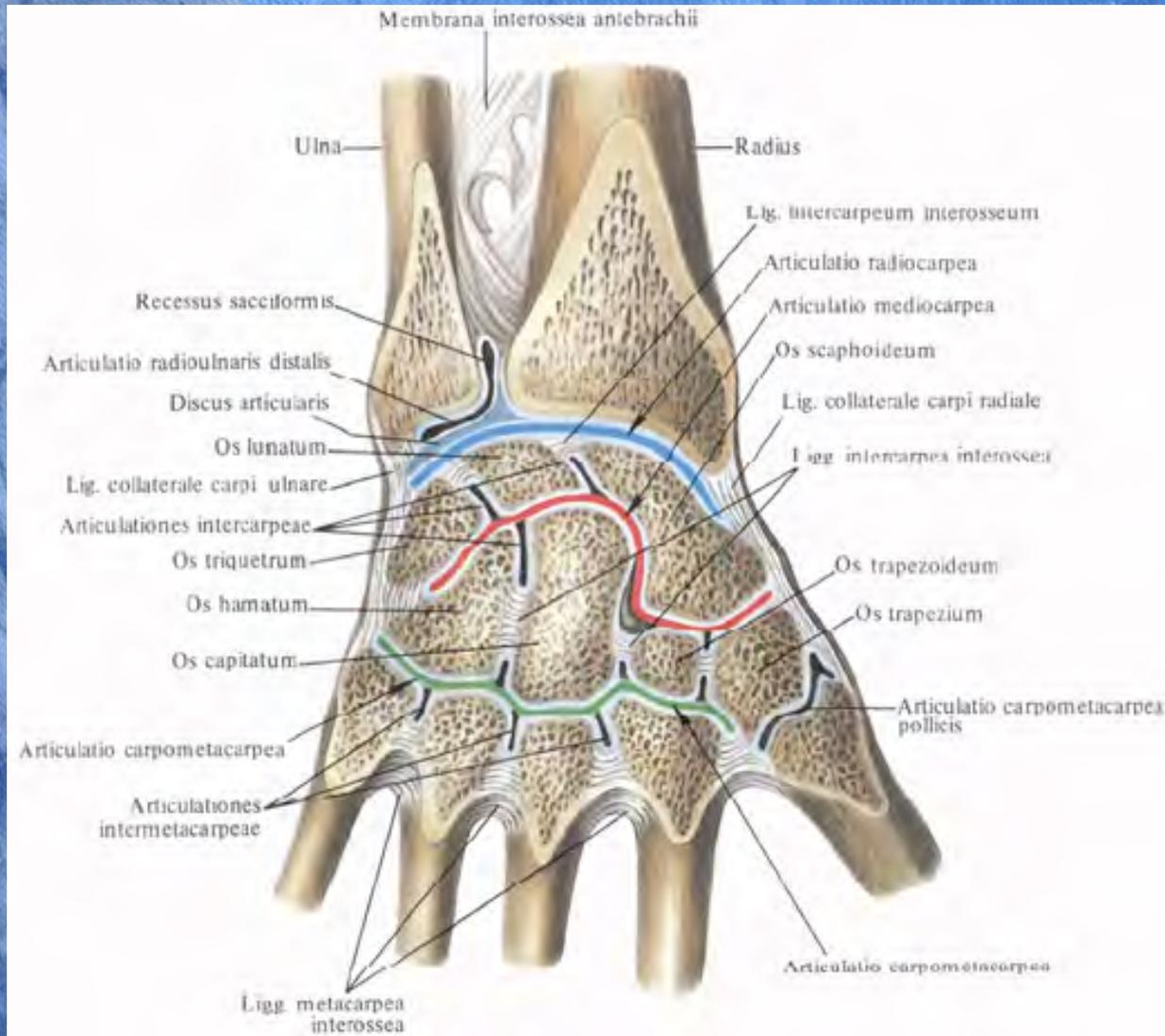
- ☒ étude des amplitudes articulaires à comparer au côté controlatéral.
- ☒ recherche des points douloureux qu'il faudra corrélérer aux structures anatomiques sous-jacentes : interlignes scapho-lunaire ou triquetro-lunaire, pôle supérieur du scaphoïde, isthme scaphoïdien (tabatière anatomique), médiocarpienne ...



Si le poignet est trop douloureux, il faut savoir mettre en place une immobilisation de type attelle ou manchette et refaire un examen à 8 jours.

Ne jamais se contenter du diagnostic de contusion simple sans avoir éliminer formellement une lésion ligamentaire.

Petits rappels anatomiques



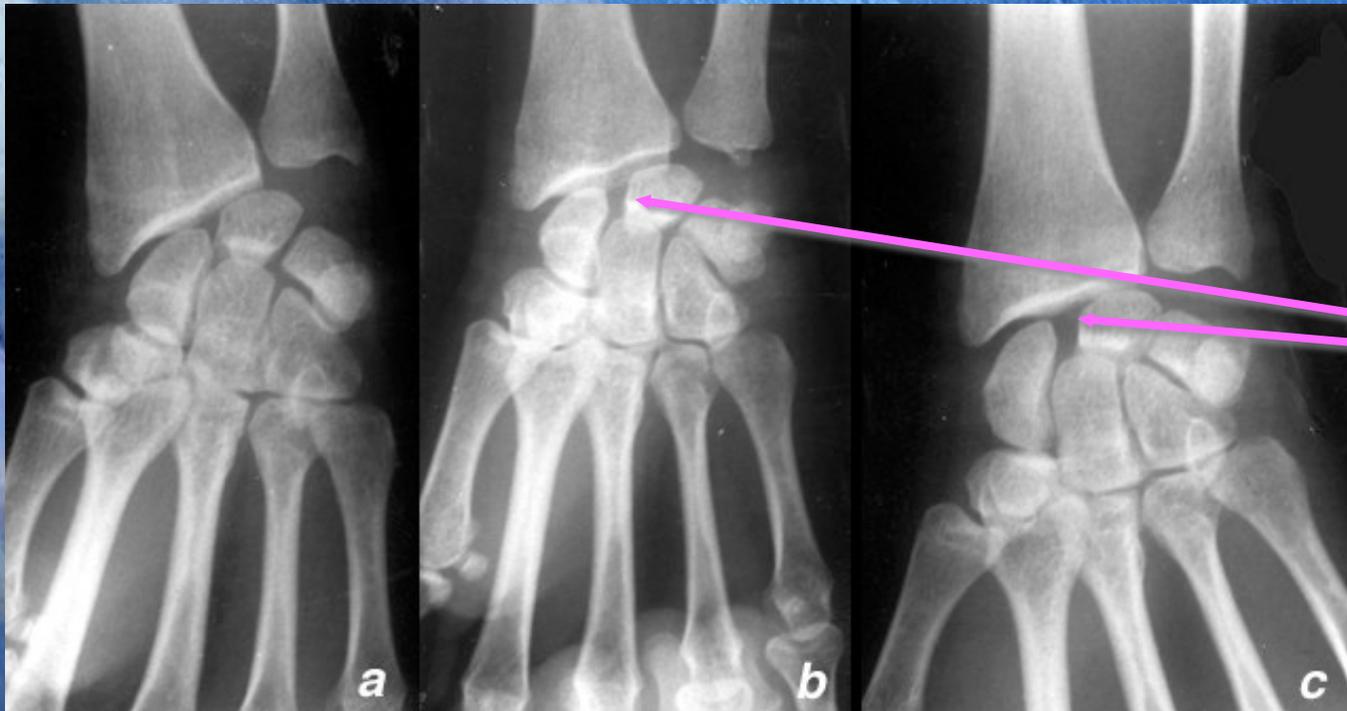
Bilan Radiographique

Radiographies Standards : Face et Profil



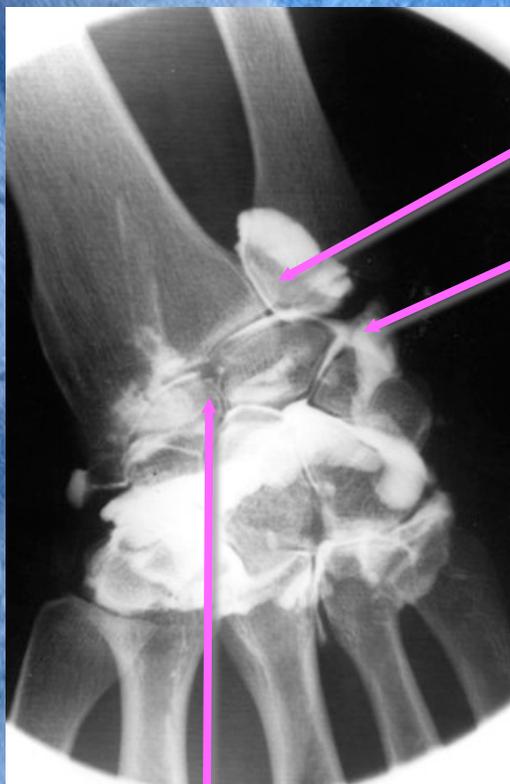
Bilan Radiographique

Cliché Dynamique : Supination Poing Fermé



Diastasis
scapho-lunaire

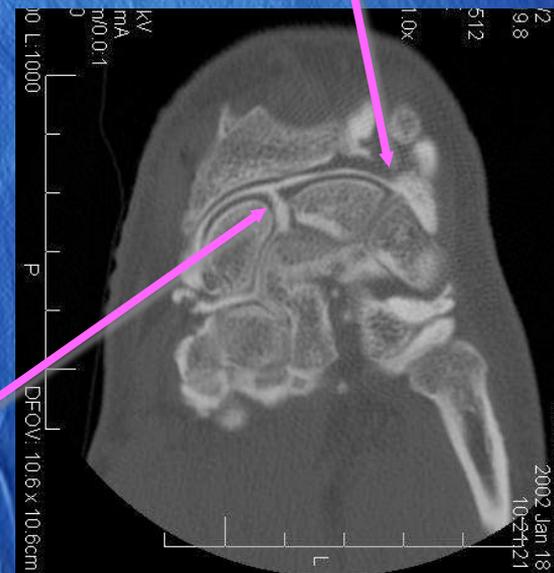
ARTHROSCANNER GOLD STANDARD



Brèche ligament triangulaire

Brèche ligament triquetro-lunaire

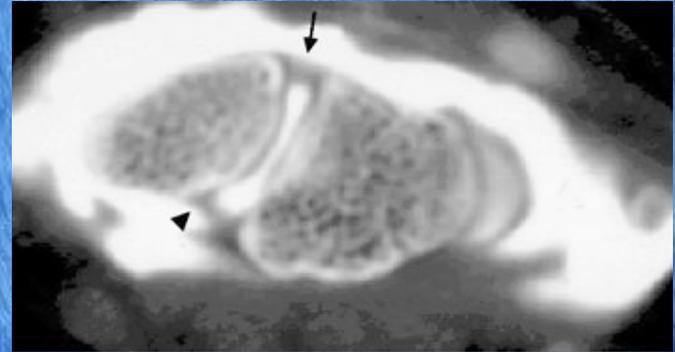
Brèche ligament scapho-lunaire



ARTHROSCANNER



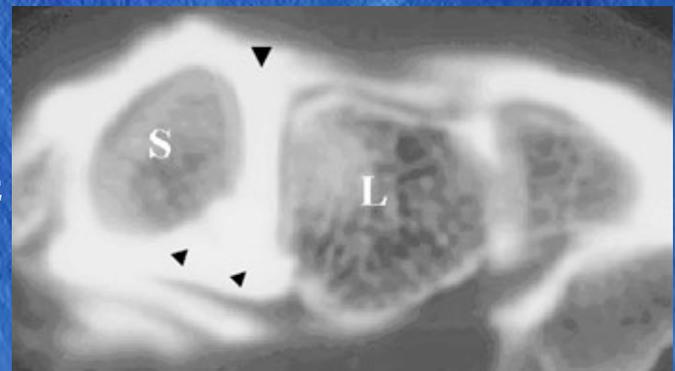
NORMAL



LESION PARTIELLE

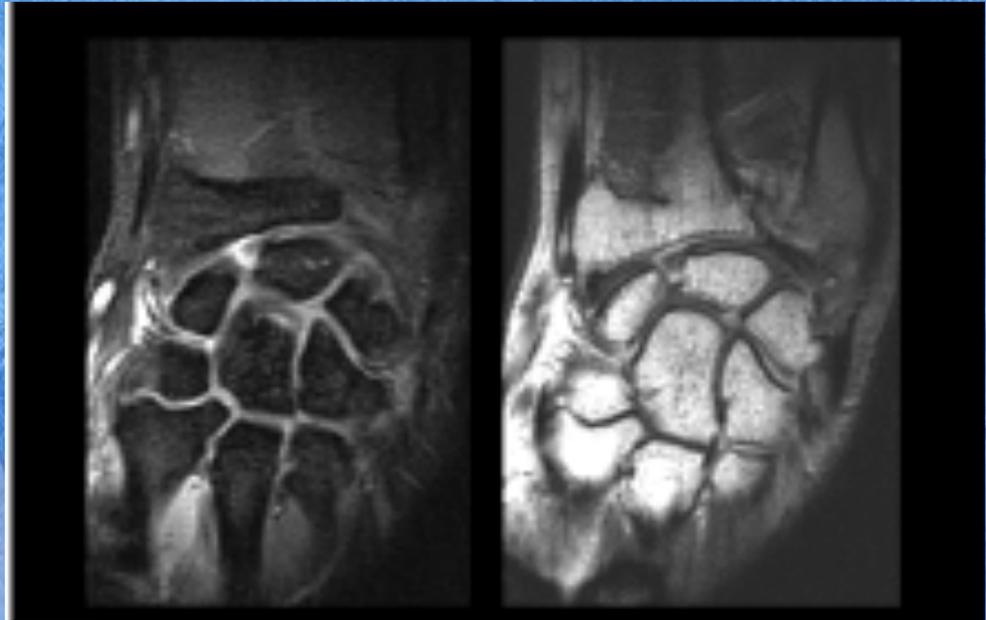


LESION COMPLETE

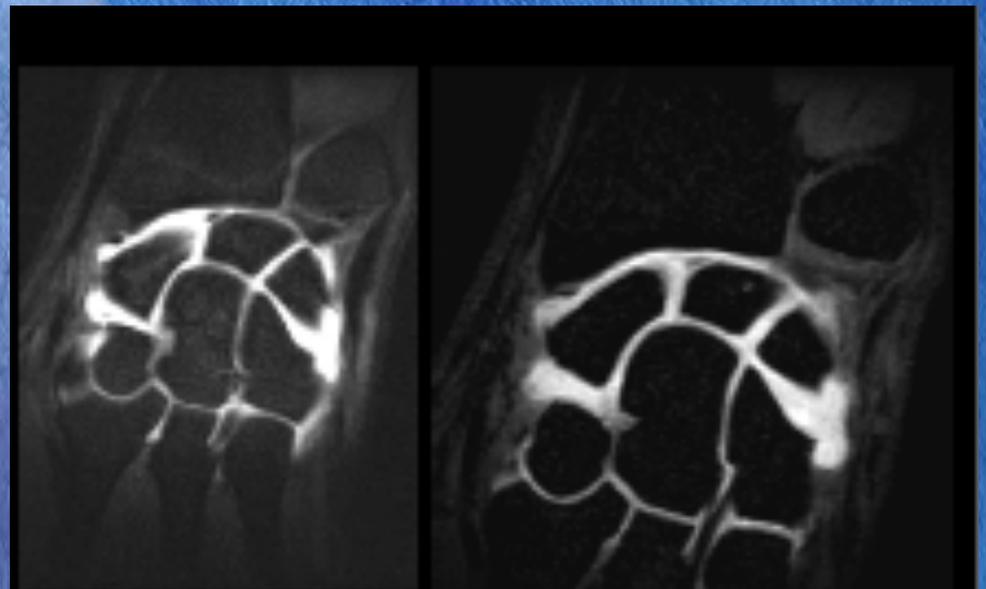


IRM ET ARTHROIRM

IRM



ARTHRO IRM



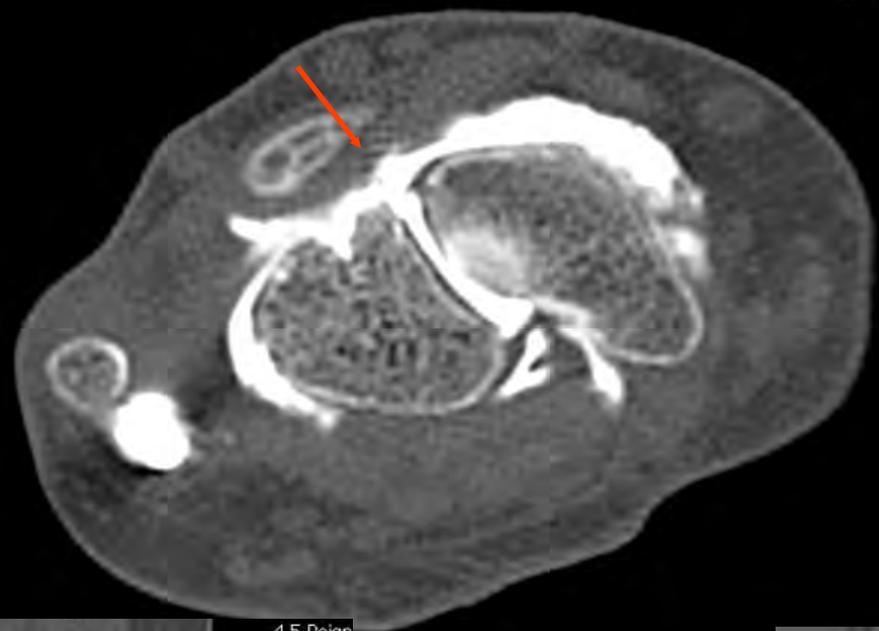
CE QU'IL FAUT CHERCHER ABSOLUMENT

Les Lésions ligamentaires

- Entorse Scapho-Lunaire ++
+
- Entorse luno-triquétrale ++
- Lésion ligament triangulaire
- Lésions combinées
- Entorses S.T.T.
- Entorses extrinsèques

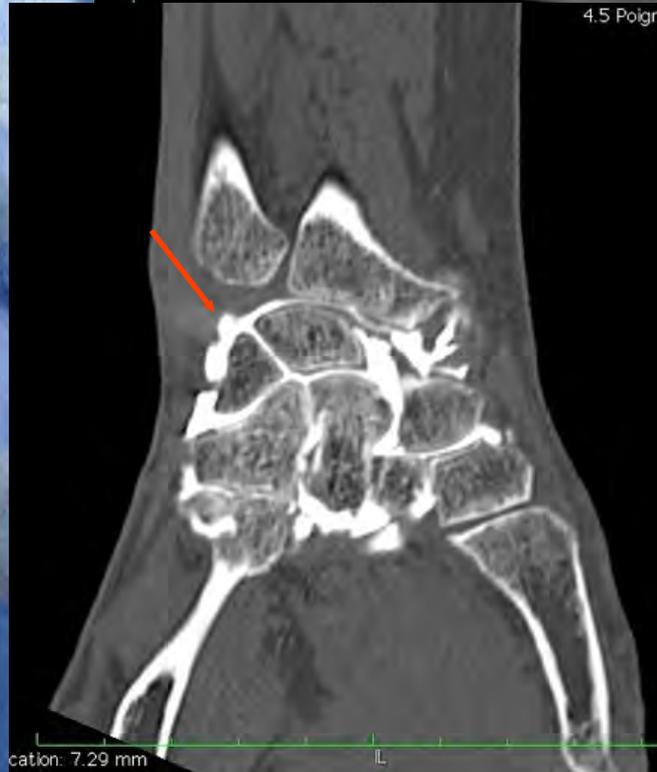
R

L

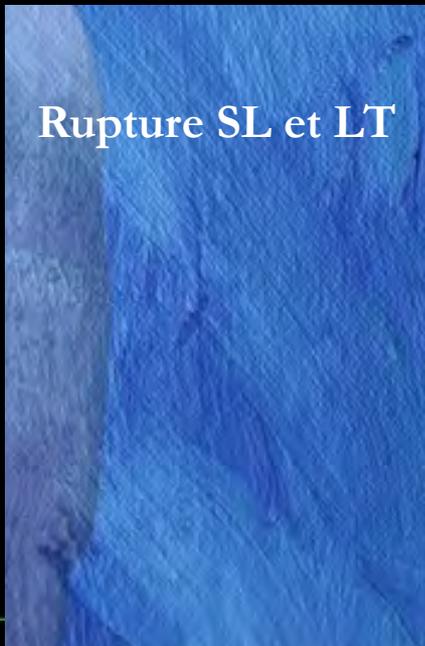


4.5 Poign

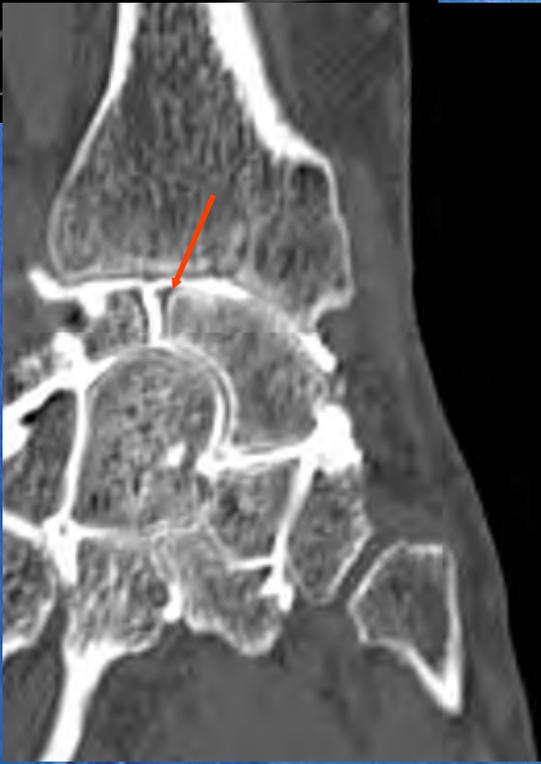
P



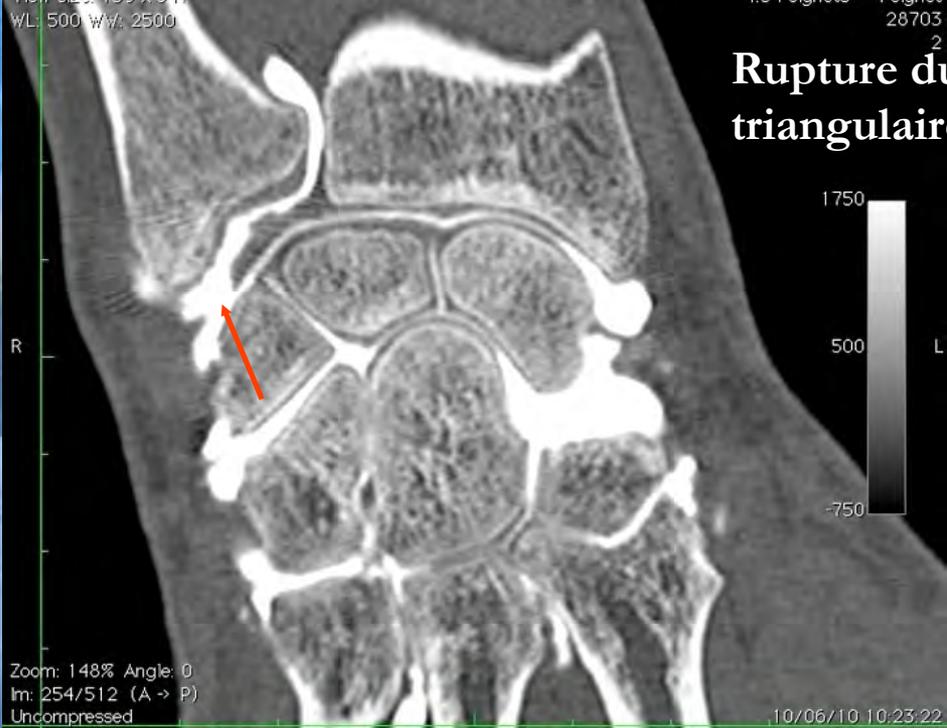
7.29 mm



Rupture SL et LT



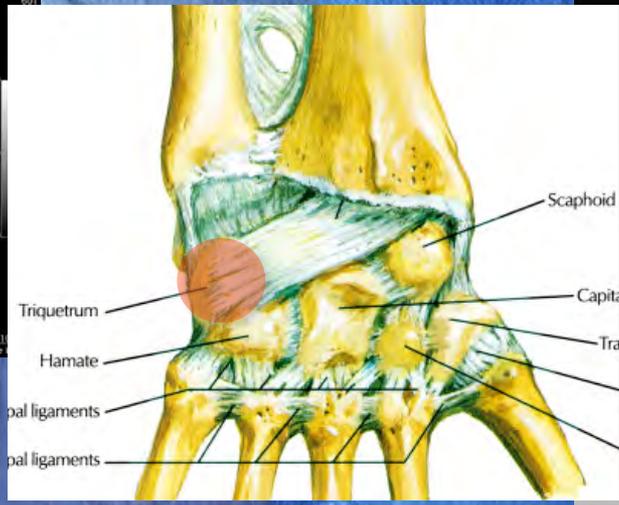
Rupture du ligament triangulaire



Rupture SL, LT, TFCC



Entorse extrinsèque dorsale
+ fracture dorsale du Triquetrum



INTERET DE L'ARTHROSCOPIE

Exploration articulaire

Surfaces cartilagineuses

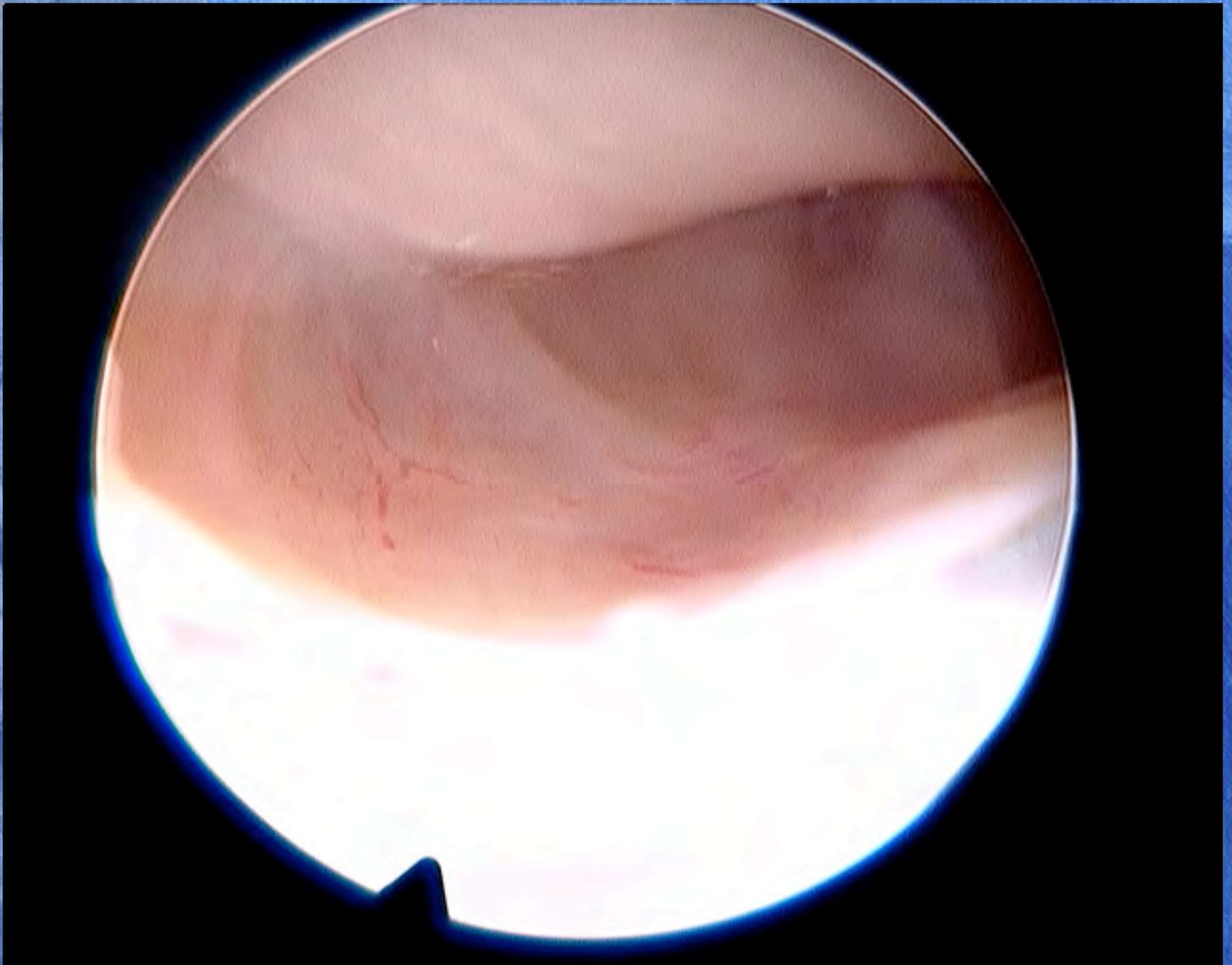
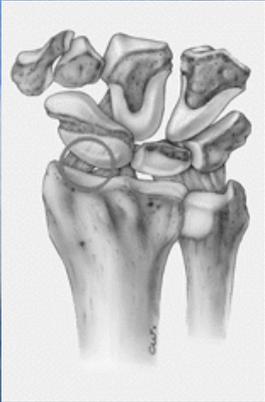
Testing de la stabilité articulaire

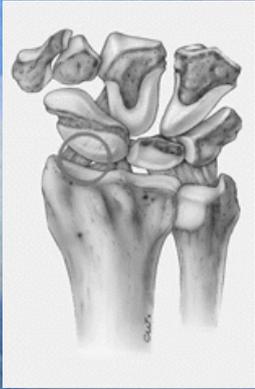
Réparation ligamentaire

Régularisation de lésions partielles

...

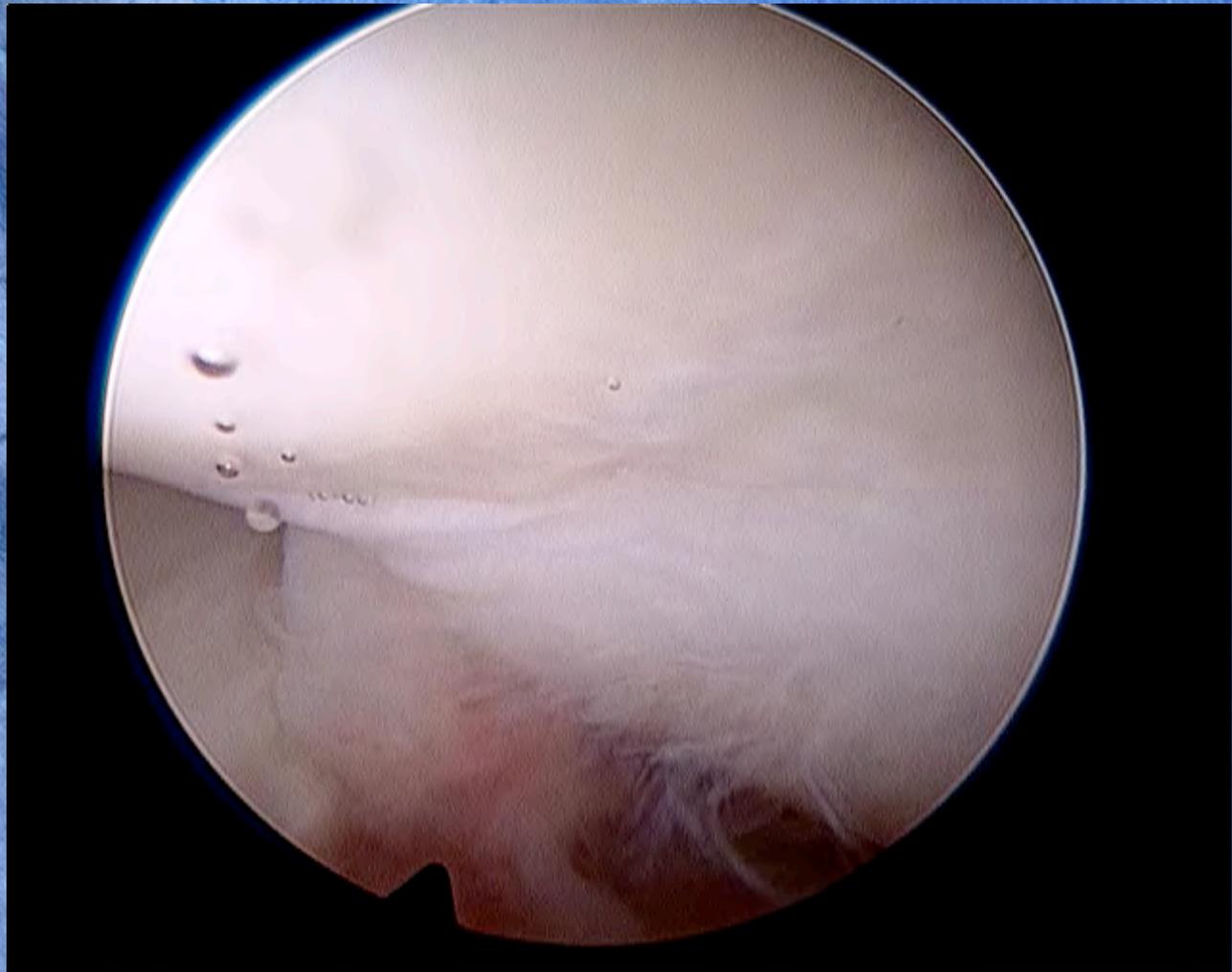
RADIO-CARPAL EXPLORATION





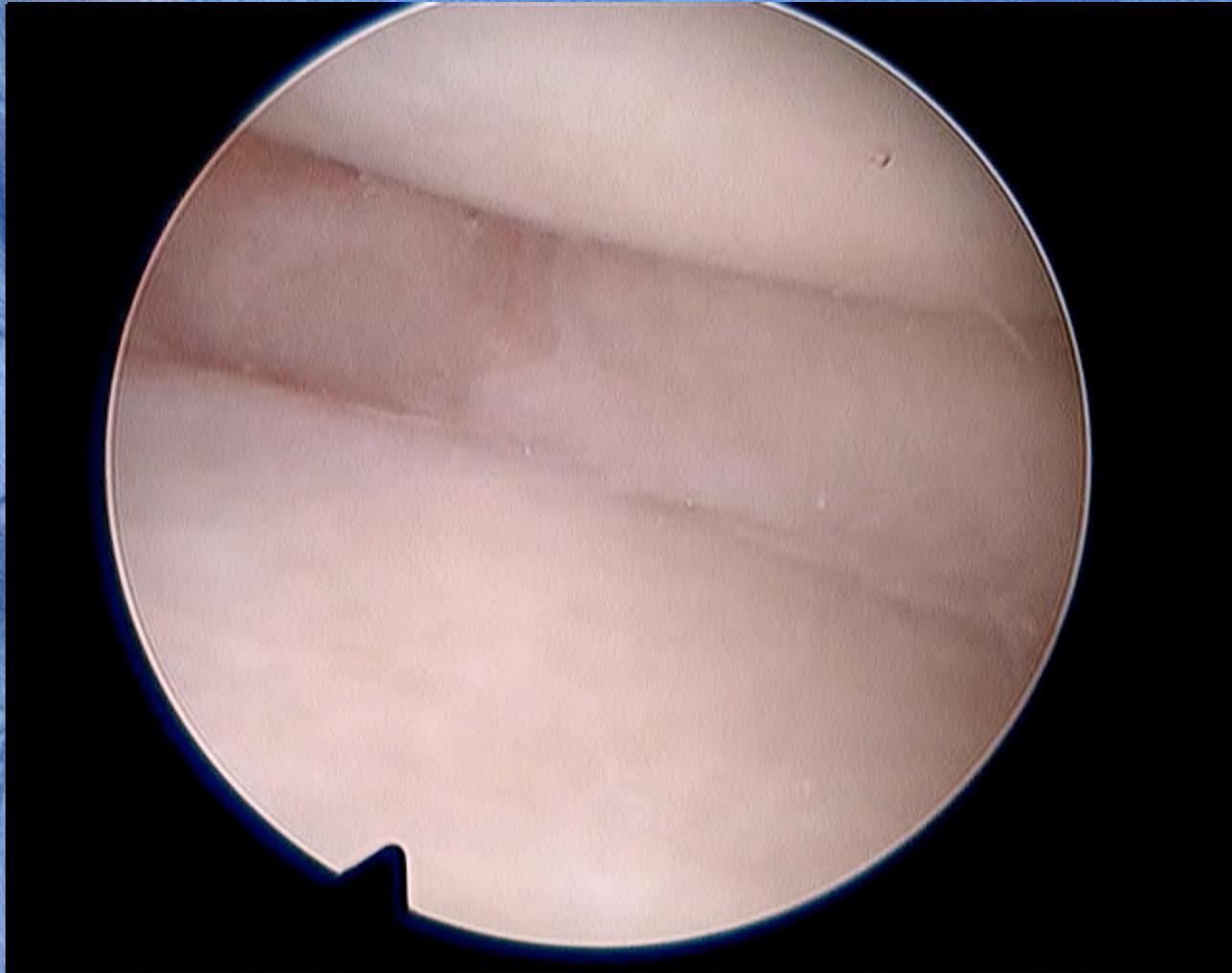
RADIO-CARPAL EXPLORATION

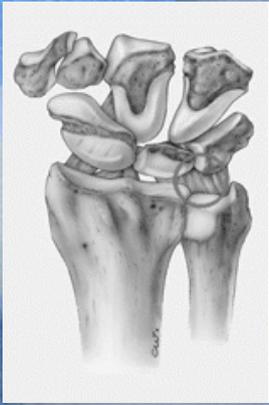
SCAPHO-LUNATE LIGAMENT



ULNO-CARPAL EXPLORATION

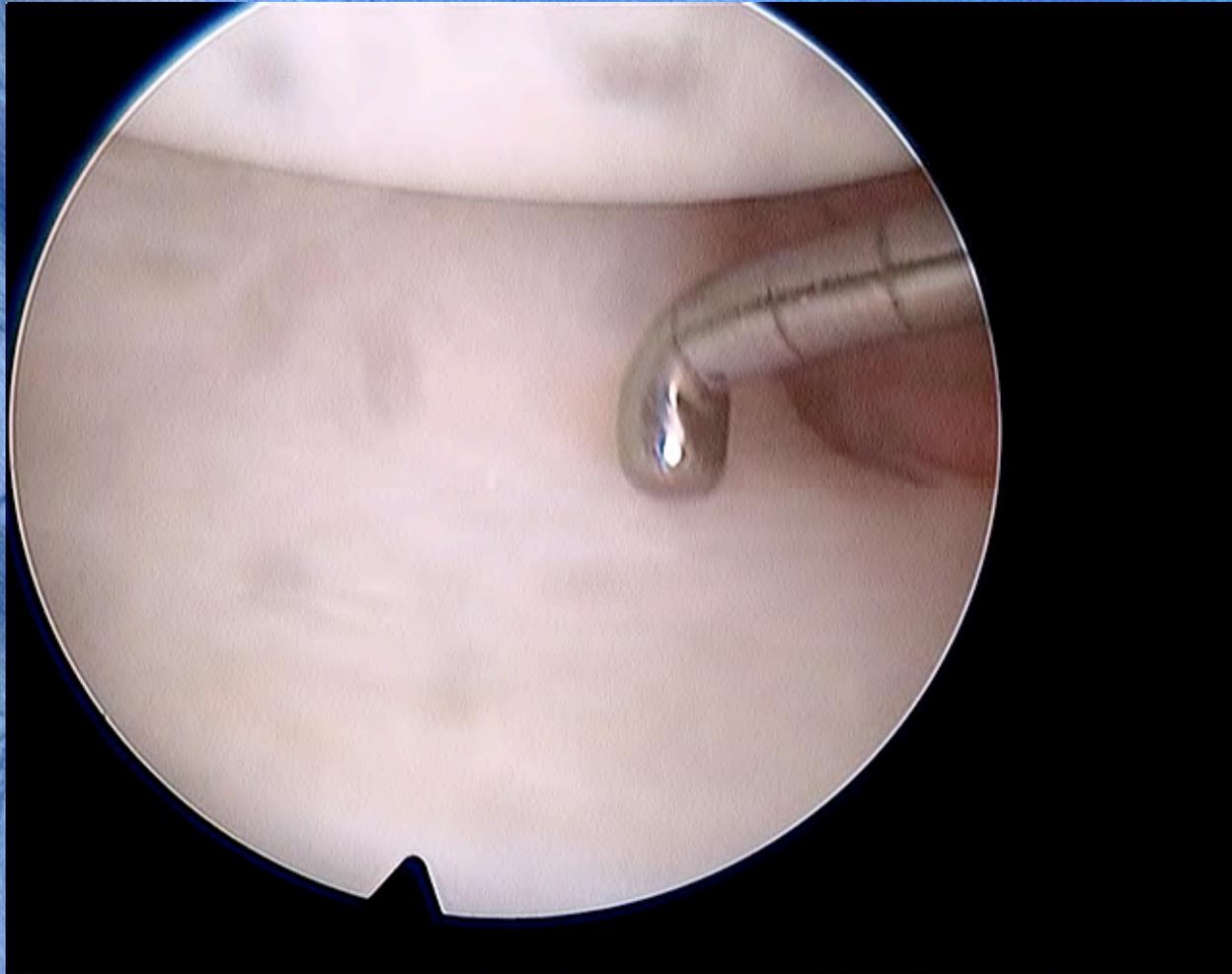
TRIQUETRO-LUNATE LIGAMENT



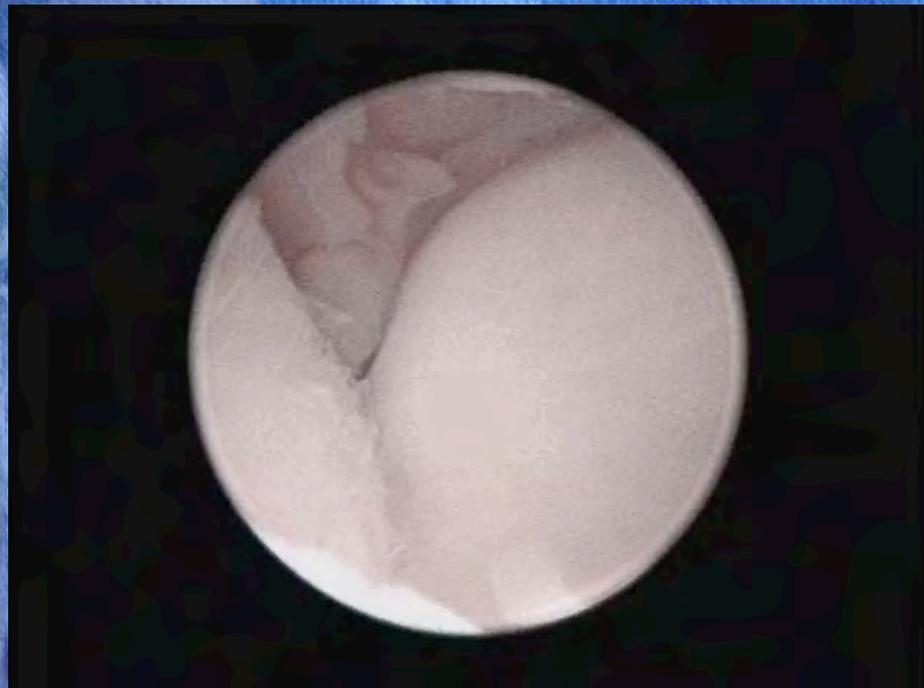
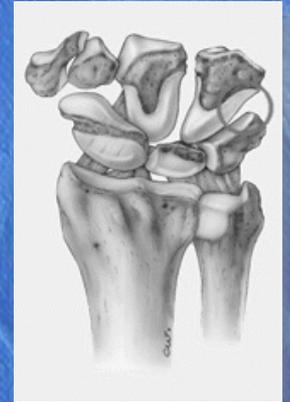


ULNO-CARPAL EXPLORATION

TFCC

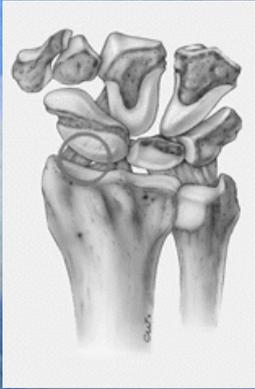


MID-CARPAL EXPLORATION



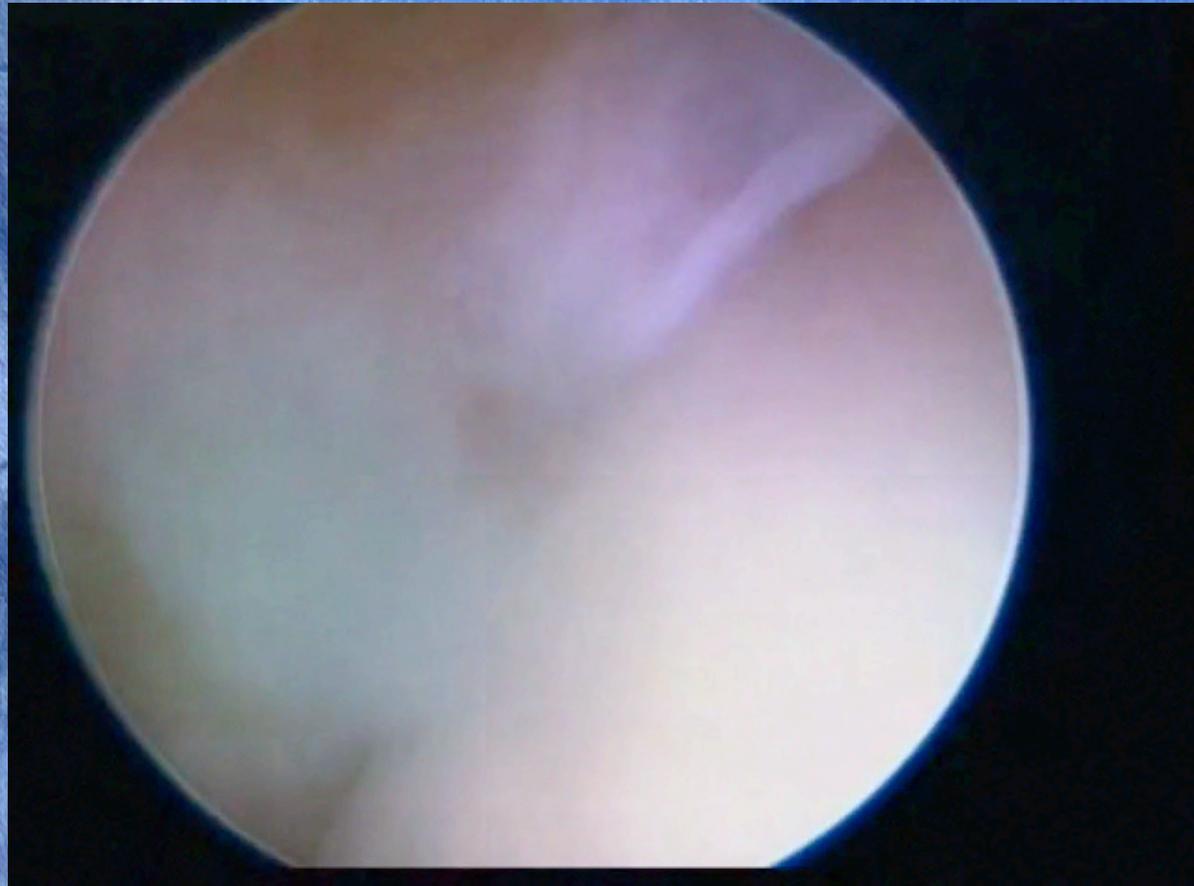
LESION SCAPHO-LUNAIRE



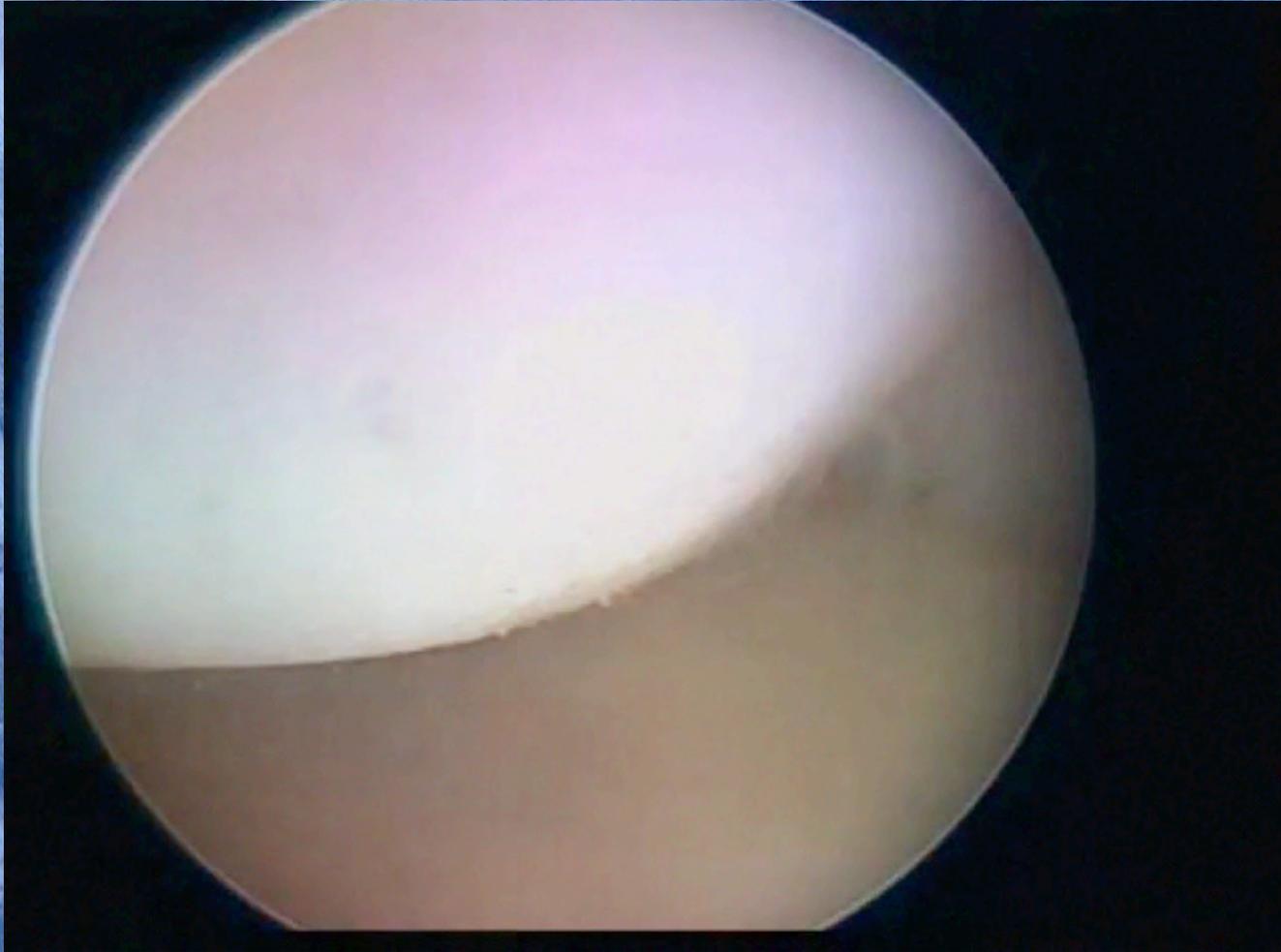


RADIO-CARPAL EXPLORATION

SCAPHO-LUNATE LIGAMENT TEAR



LESION TRIQUETRO-LUNAIRE

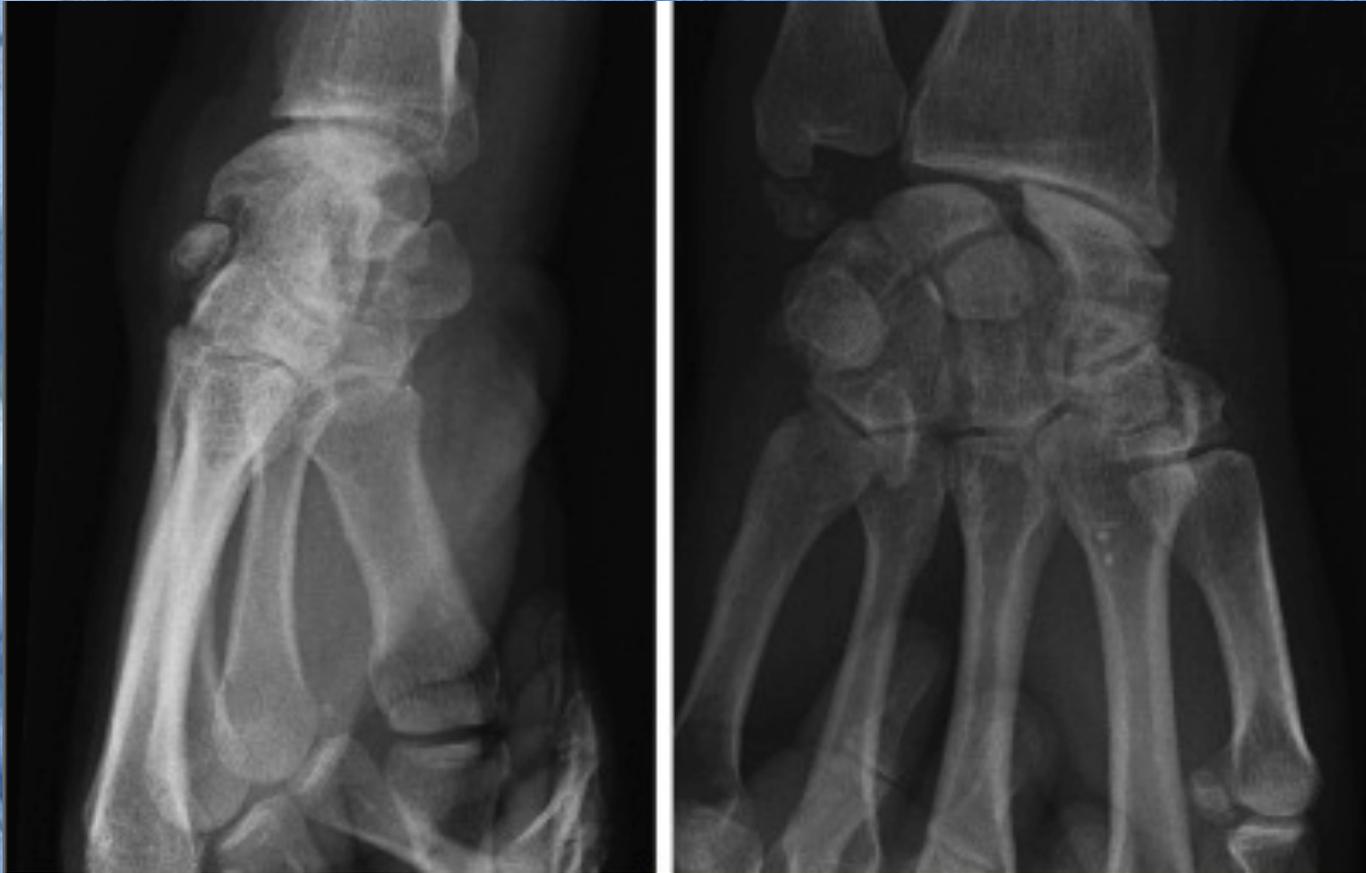


CE QU'IL FAUT RETENIR

LE DIAGNOSTIC D'**ENTORSE BENIGNE** DU

POIGNET EST UN **DIAGNOSTIC D'ELIMINATION**

Arthrose du poignet



Mécanisme de l'arthrose

Lésion scapho-lunaire traumatique ou dégénérative
(chondrocalcinose)



Mécanisme de l'arthrose

Pseudarthrose scaphoïdienne



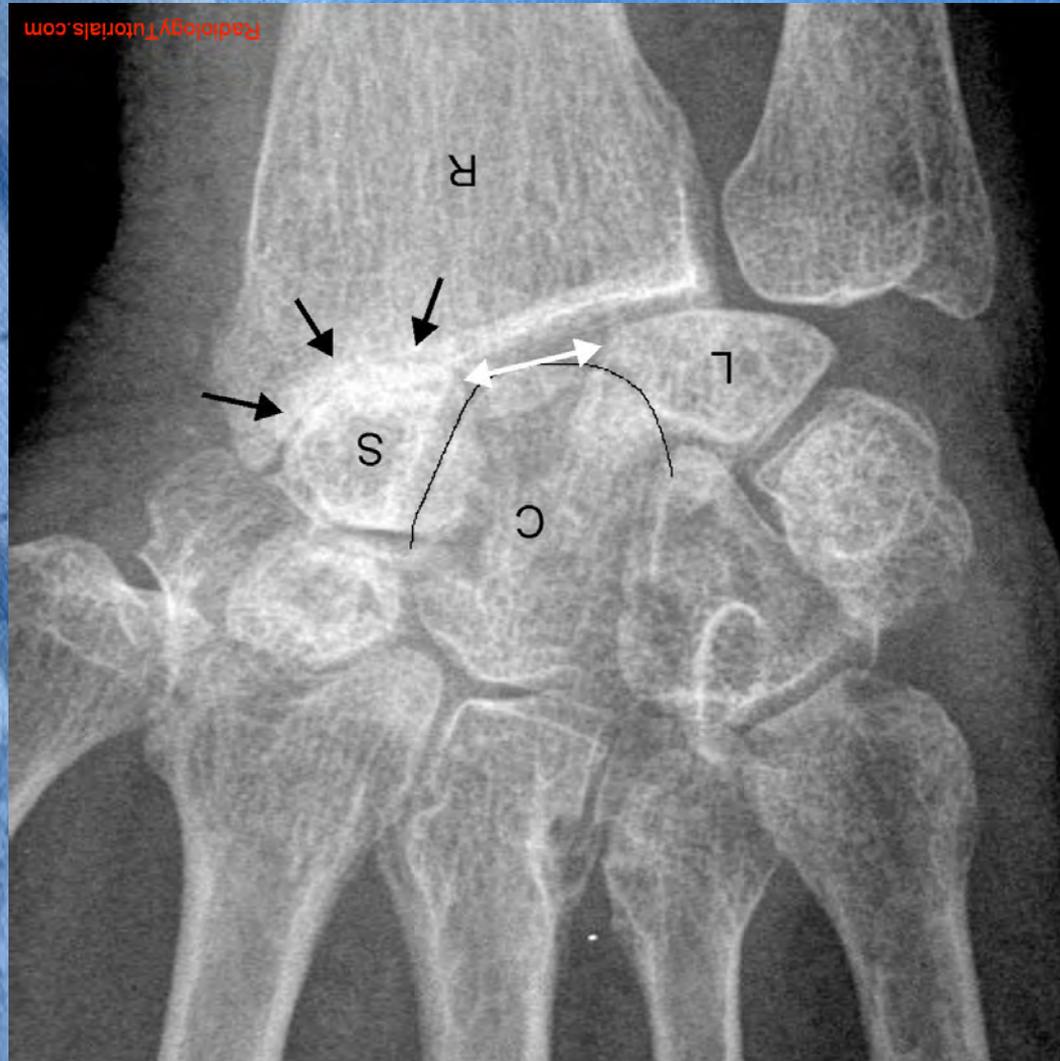
SNAC wrist

Devenir d'une pseudarthrose du scaphoïde



SLAC wrist

Devenir d'une lésion ligamentaire SL

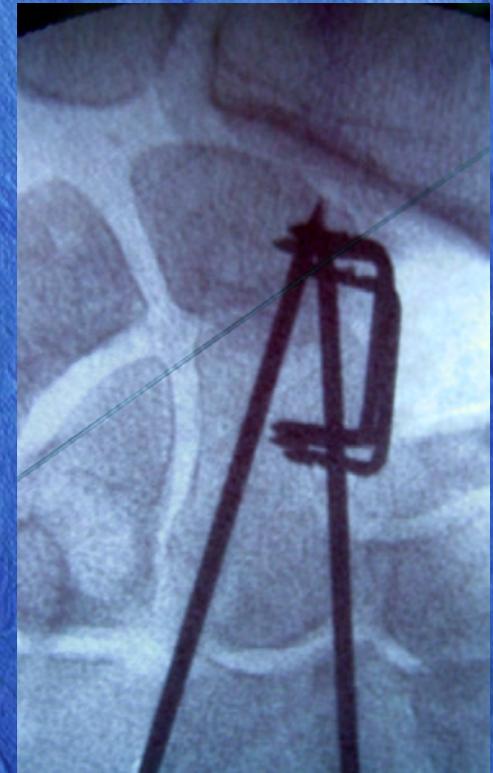


Les possibilités chirurgicales



Arthrodèse capito-lunaire

Arthrodèse 4 os



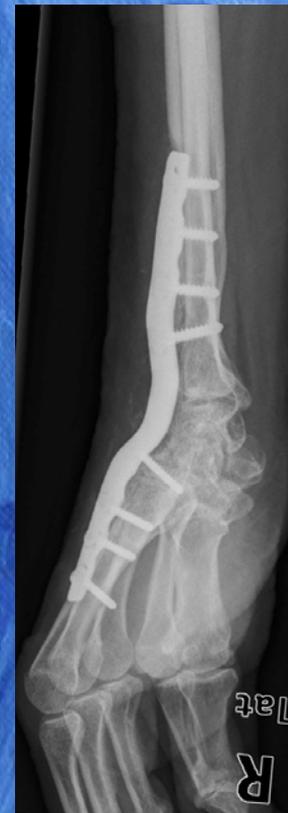
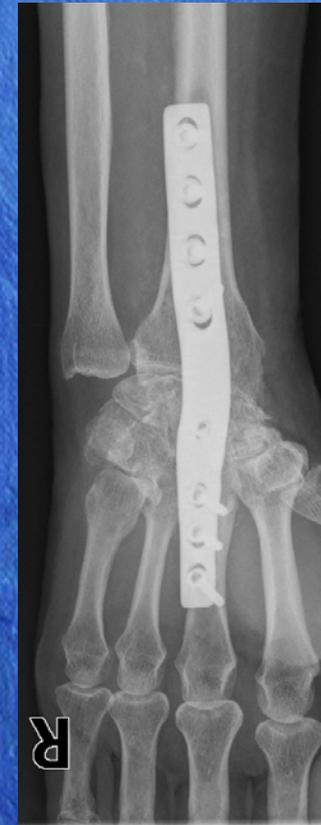
Les possibilités chirurgicales

Résection de la 1ère rangée des os du carpe



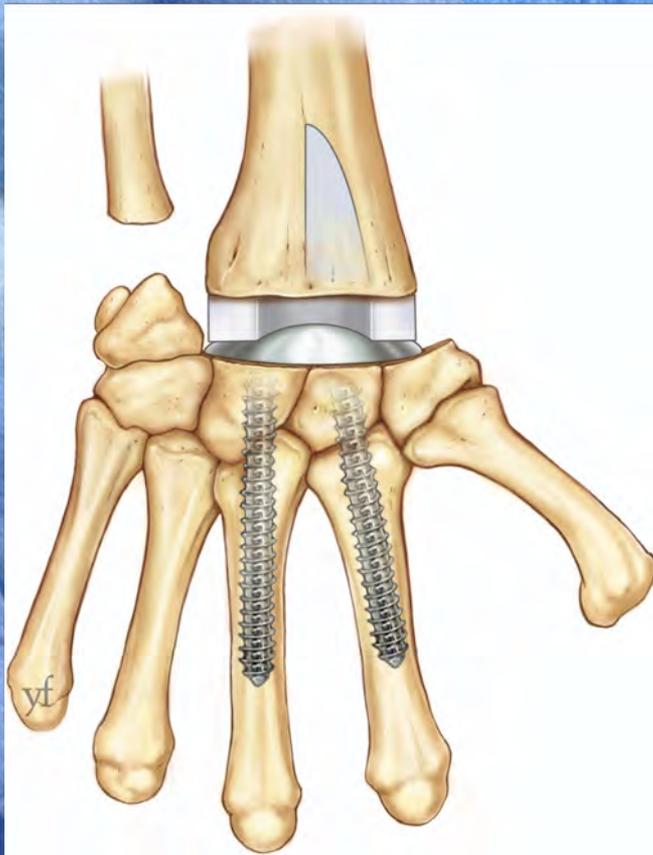
Les possibilités chirurgicales

Arthrodèse totale du poignet

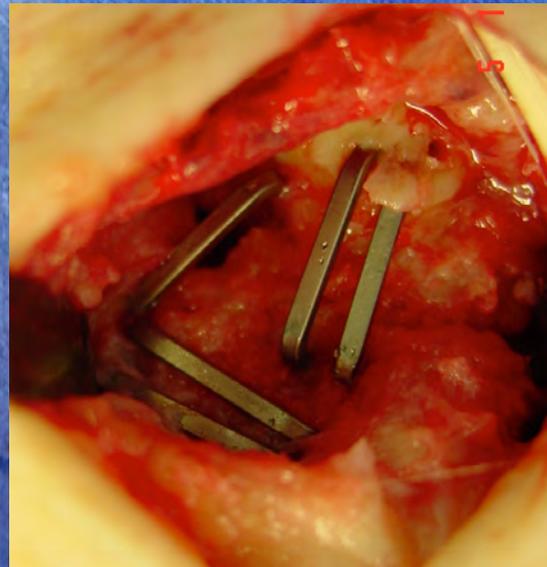
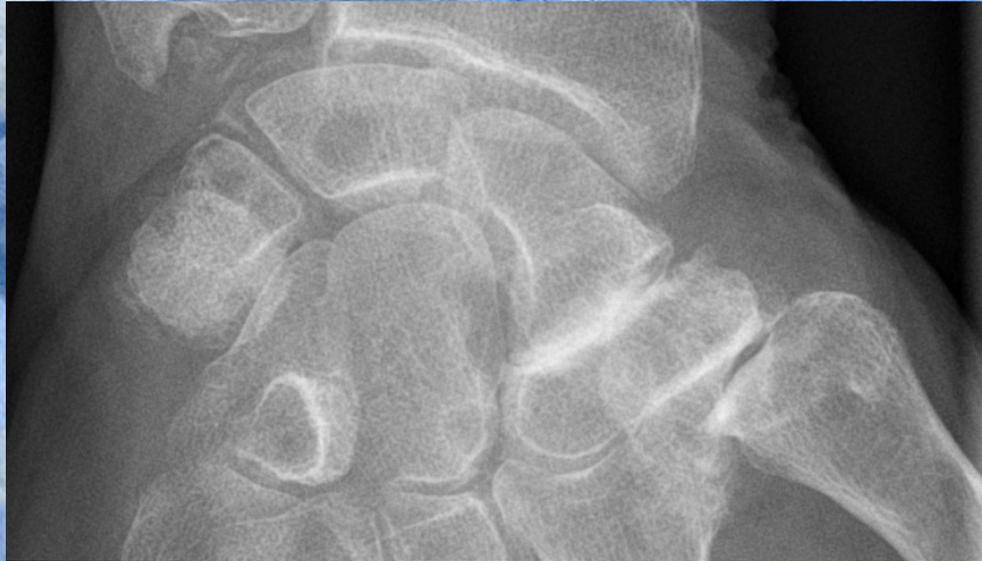


Les possibilités chirurgicales

Prothèse totale de poignet



Arthrose STT



Main Douloreuse Traumatique

- Fractures
- Entorses
- Luxations
- Plaies

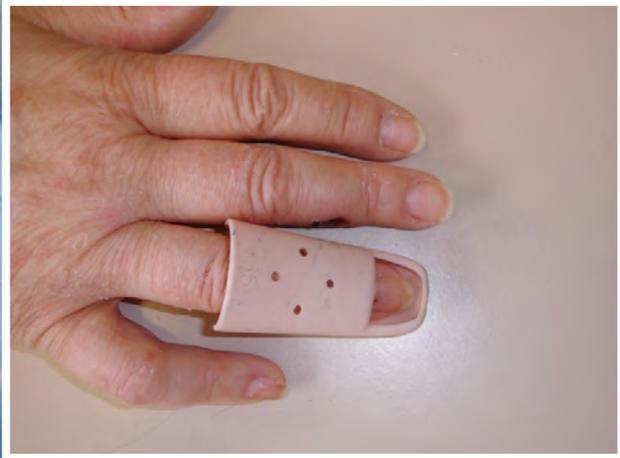
Doigt en maillet

- Rupture distale de l'appareil extenseur
- Tendineuse ou par fracture de la base de P3
- Perte de l'extension active de l'IPD
- Chute de P3

Doigt en maillet



Doigt en maillet



Orthèse statique

=> Tuile dorsale de Michon



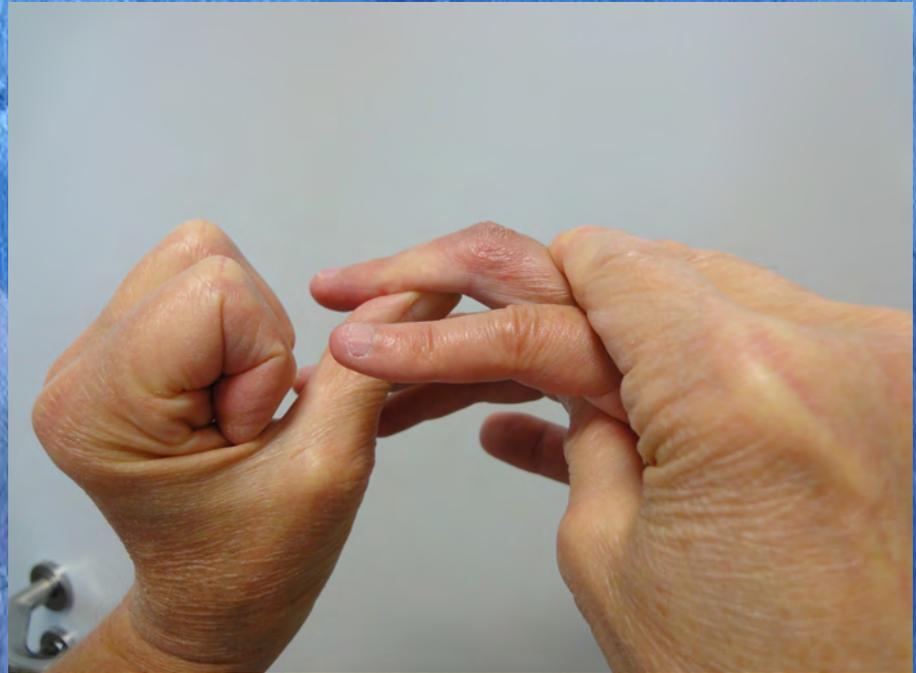
CAT DEVANT UNE ENTORSE DES DOIGTS LONGS

- Fréquentes ++ / IPP ++
- Hyper-extension / Torsion
- Accidents de sport +++ (balles, ballons)
- Lésion méconnue => Perte de fonction



LE RISQUE MAJEUR

LA RAIDEUR





CAT

CE QU'IL NE FAUT PAS FAIRE

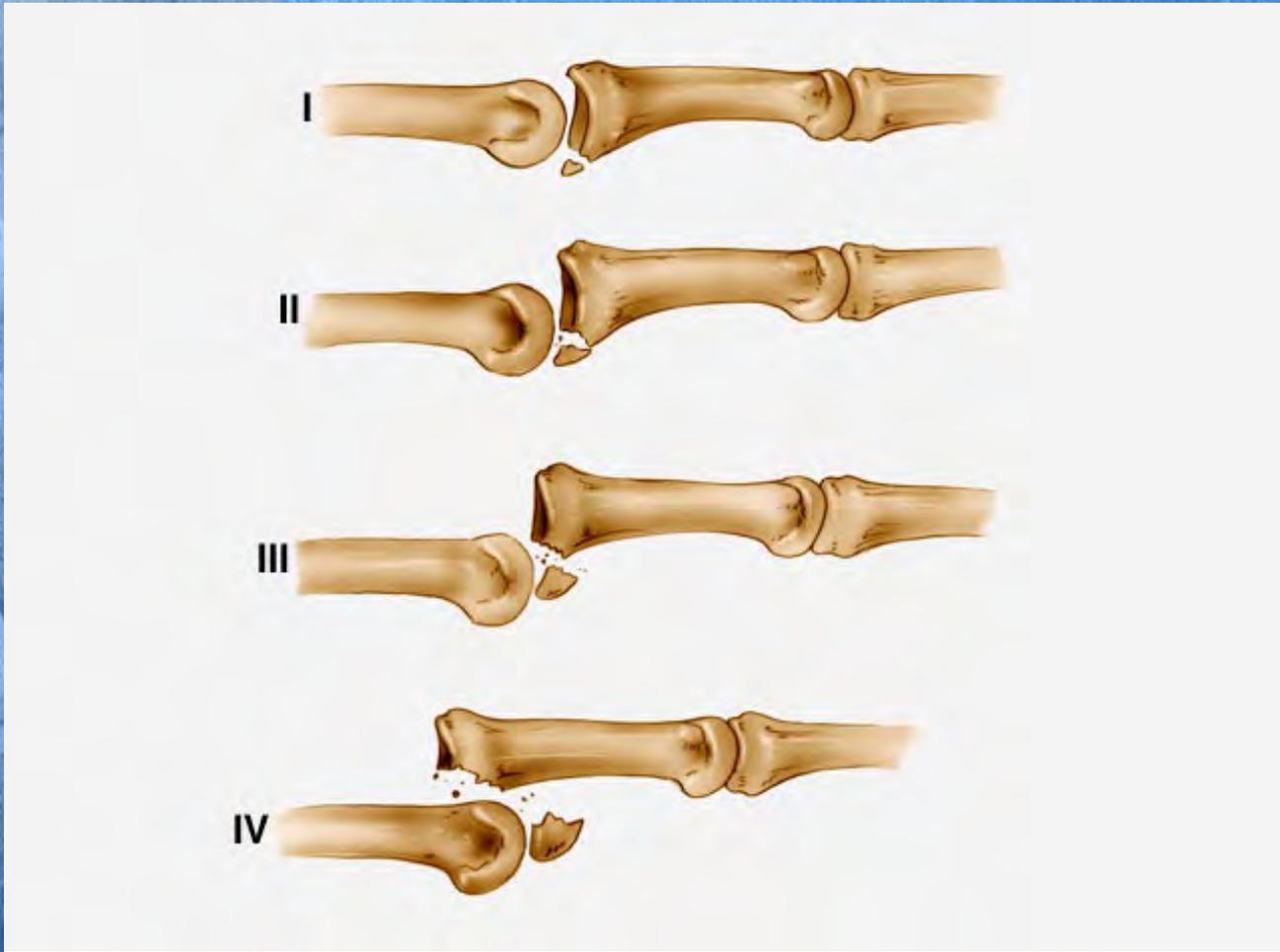
- Ne rien faire
- Immobiliser le doigt
- Ne pas le surveiller
- Ne pas le reeducquer

CAT

CE QU'IL FAUT FAIRE

- Examen clinique de la stabilité articulaire
- Bilan radiographique : Face et Profil





CAT

CE QU'IL FAUT FAIRE

- IMMOBILISATION ANTALGIQUE : 3 à 4 jours
- ANTALGIQUE / ANTI-INFLAMMATOIRE
- MOBILISATION AVEC SYNDACTYLIE
- SURVEILLANCE DE LA RECUPERATION



CAT EN CAS DE RAIDEUR CE QU'IL FAUT FAIRE

- REEDUCATION
- ORTHESE DYNAMIQUE

EXTENSION



FLEXION



SI ECHEC = ARTHROLYSE CHIRURGICALE

SEQUELLES DES ENTORSES

- Augmentation de volume articulaire
- Raideur
- Douleurs climatiques +++

ENTORSE DU POUCE

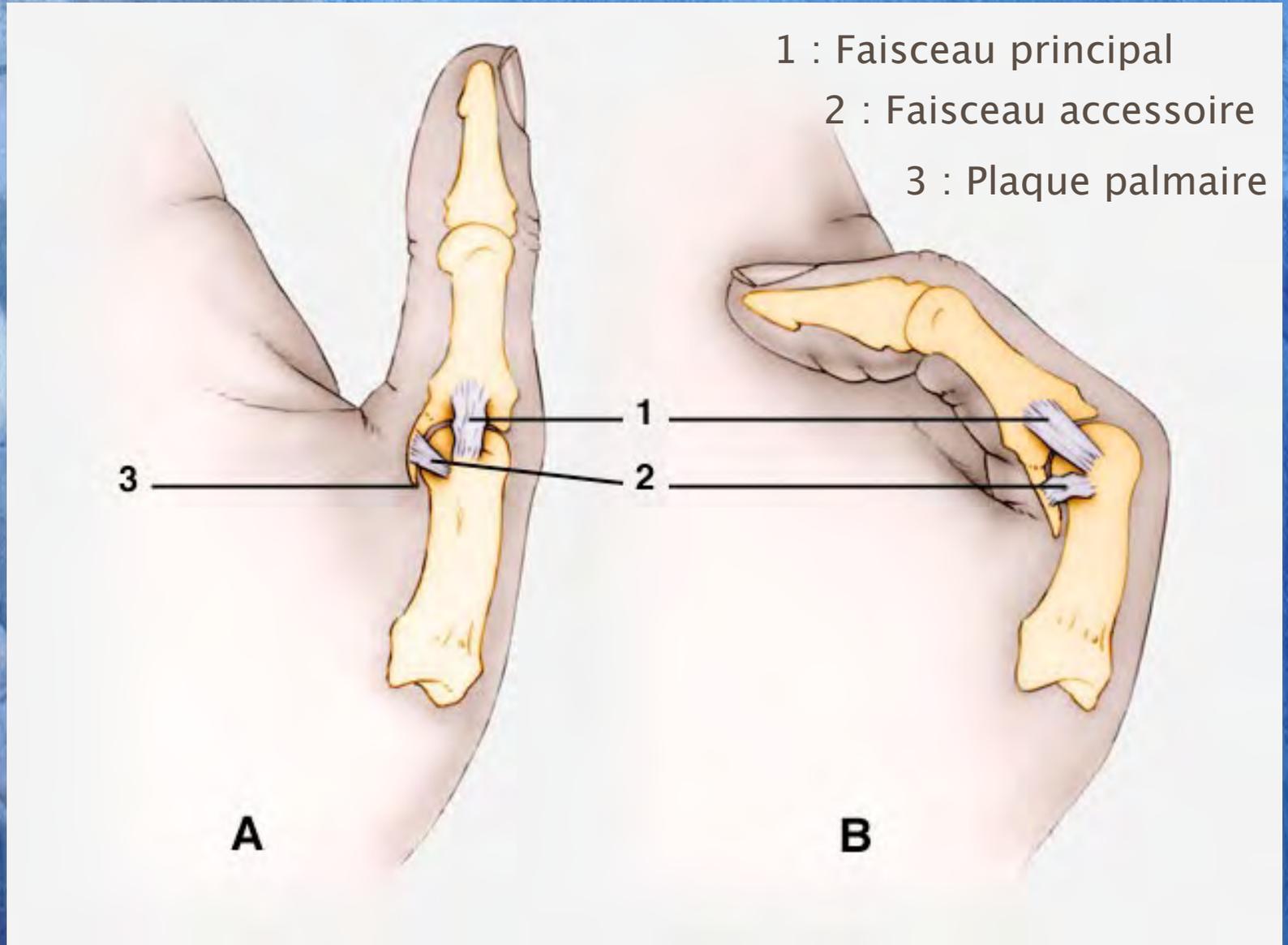
- Entorse du pouce :
- Accidents de sport +++
- Traumatisme en valgus forcé > varus
- Risque de méconnaître une lésion instable



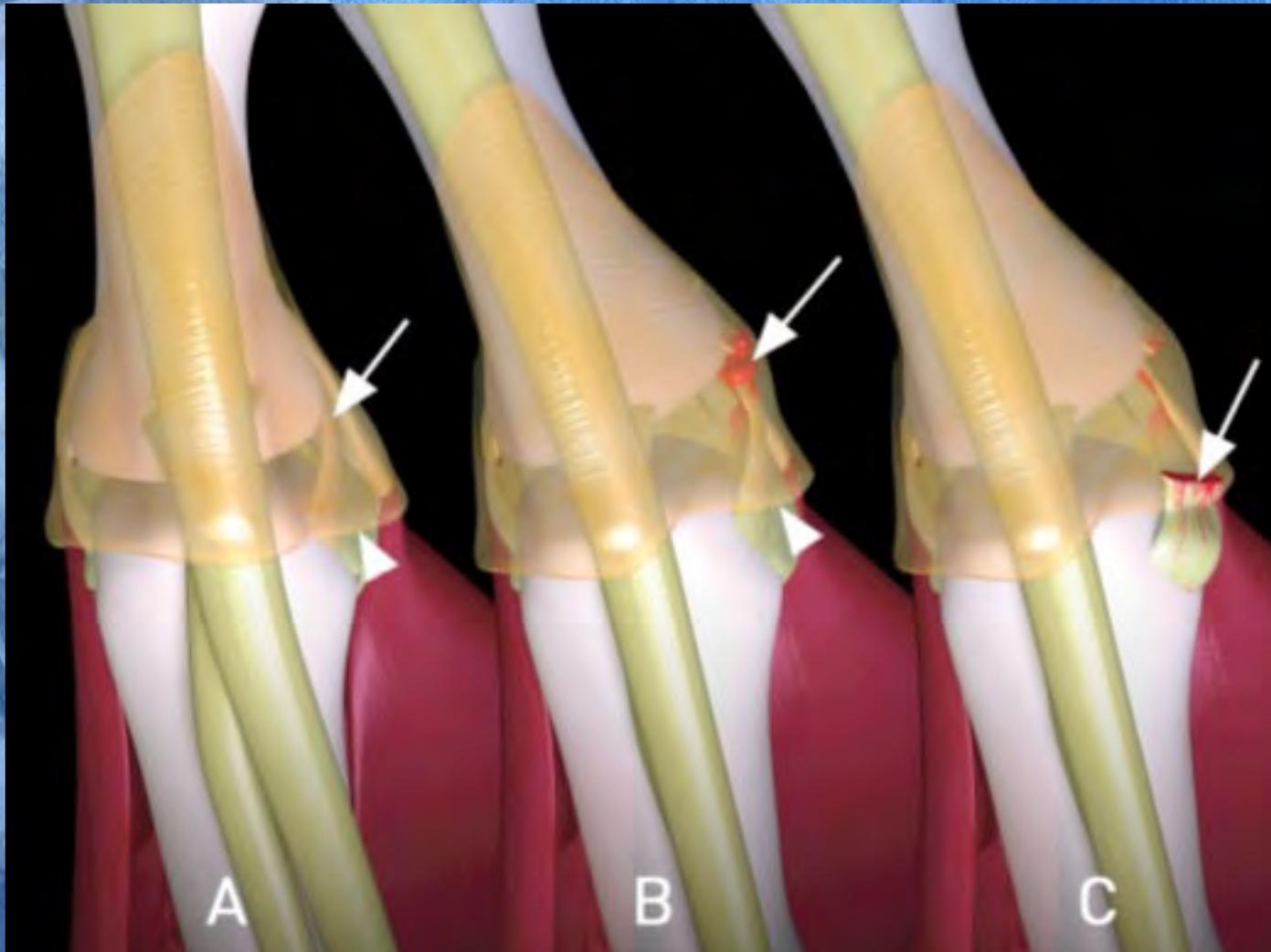
CAT DEVANT UNE ENTORSE DU POUCE

- Testing en valgus sous AL
- Clichés radiographiques de face et de profil strict
- Clichés dynamiques

ENTORSE DU POUCE

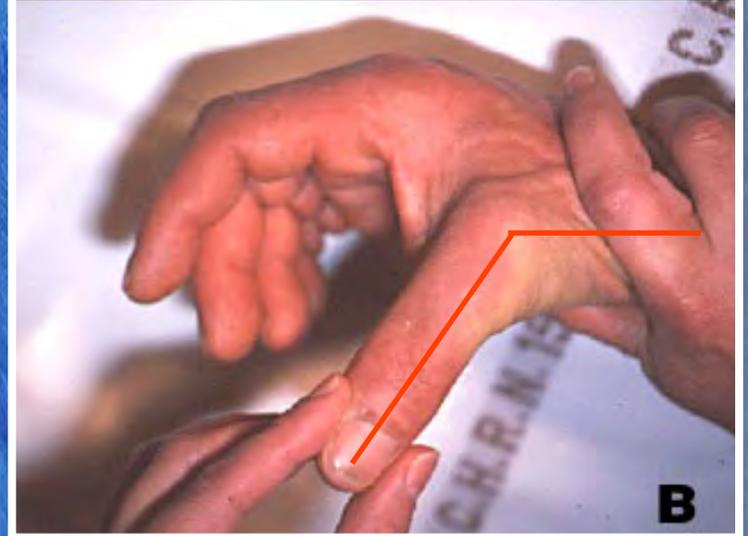


LESION DE STENER



Entorses du pouce

Testing clinique



ENTORSE DU POUCE



Radiographie simple

Fracture Base de P1
non déplacée

Radiographie normale

Fracture de P1
déplacée

Test de laxité clinique et radiologique

Pas de Laxité

Laxité importante

Entorse Benigne

Entorse grave
Chirurgie

Immobilisation 1 mois



TRAITEMENT D'UNE ENTORSE BENIGNE

Orthèse statique d'immobilisation MCP
sur-mesure pour 4 semaines



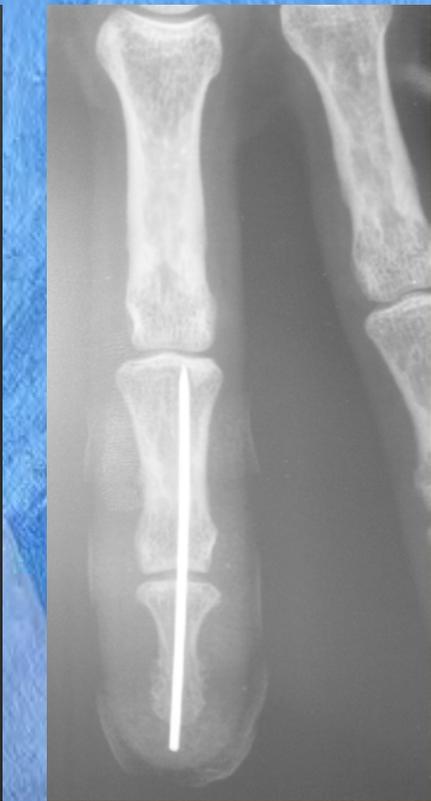
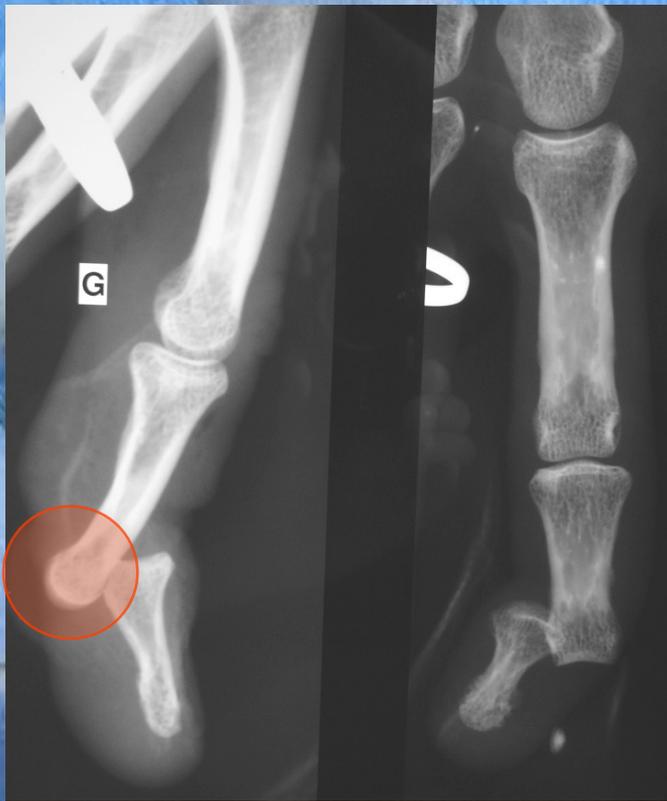
LUXATION



LUXATION DES DOIGTS

- Traumatisme important
- Rupture des stabilisateurs articulaires
- Risques :
 - Instabilité
 - Raideur articulaire
 - Arthrose





L'ARTHROSE DE LA MAIN QUE FAIRE ?



Ne pas confondre arthrose et polyarthrite rhumatoïde

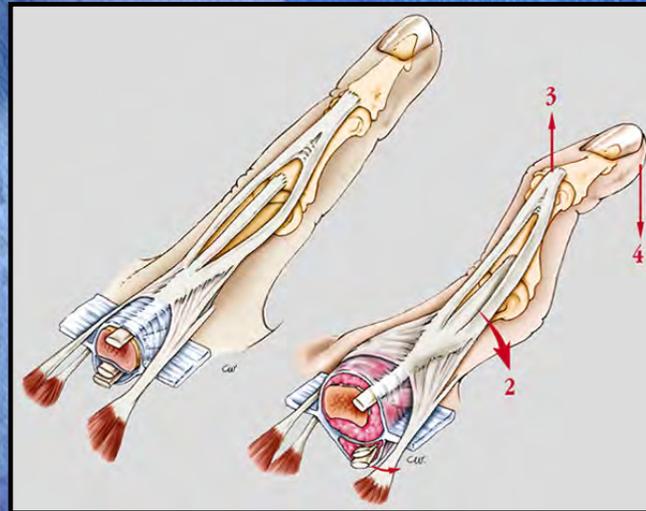


- ▣ L'arthrose primitive touche 99% des femmes après 65 ans et 75% des hommes.
- ▣ A ne pas confondre avec une arthrose post-traumatique et une ostéoarthrite infectieuse

Mauvaises nouvelles

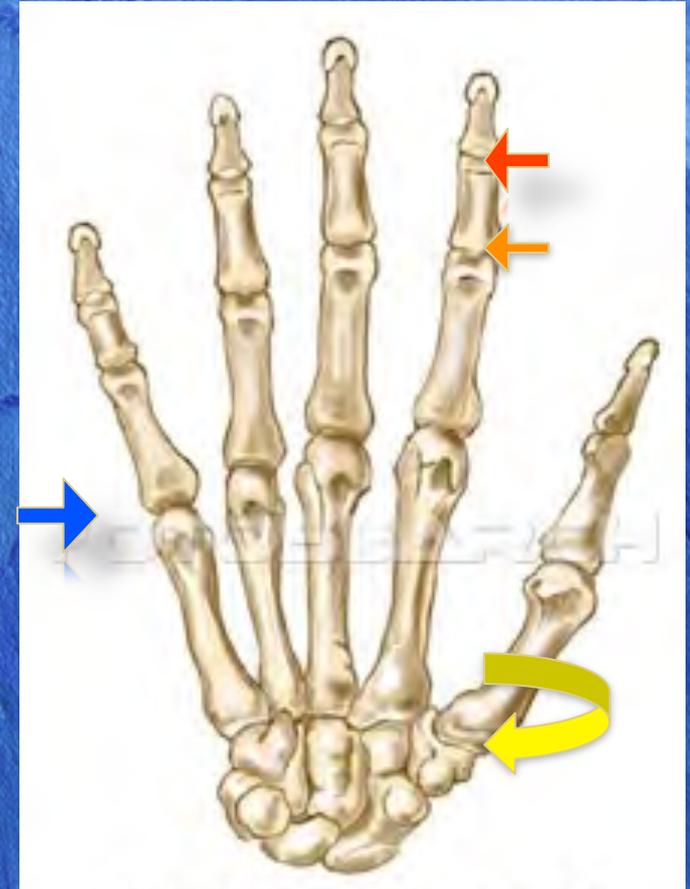


Le chirurgien ne sait pas guérir l'arthrose.... Mais il peut apporter confort, mobilité, force et un aspect esthétique de la main.



Les articulations les plus touchées

- ▣ Les interphalangiennes distales
- ▣ Les interphalangiennes proximales
- ▣ La carpo-métacarpienne du pouce (Rhizarthrose)
- ▣ Les métacarpophalangiennes



Facteurs de risque

- ▣ Facteurs génétiques
- ▣ Facteurs hormonaux
- ▣ Obésité
- ▣ Sollicitation fonctionnelle excessive

Traitements médicaux de la crise douloureuse

- ▣ Repos articulaire
- ▣ Antalgiques
- ▣ AINS
- ▣ Orthèses de repos



Traitements spécifiques de l'arthrose

- ▣ **Medicaments spécifiques**
 - ▣ Extraits de plantes (diacerheine) : **ZONDAR, ART50**
 - ▣ Extraits de Cartilage (Chondroïtine sulfate) : **CHONDROSULF, STRUCTUM**
 - ▣ Glucosamine : **DOLENIO, VOLTAFLEX, FLEXEA, OSAFLEXAN, STRUCTOFLEX**
 - ▣ Soja et Avocat : **PIASCLEDINE**
- ▣ **Effets**
 - ▣ Moins intense et plus lent qu'AINS
 - ▣ Diminue la prise d'antalgique ou AINS
 - ▣ Malgré quelques études encourageantes, pas d'effet majeur sur la détérioration du cartilage

Traitements spécifiques de l'arthrose



Maître Gishin Funakoshi

MAINTIEN D'UNE ACTIVITE PHYSIQUE REGULIERE



Traitements spécifiques de l'arthrose

- ▣ Vitamines

- ▣ Effet bénéfique :

- ▣ Vit C et E par effet anti-oxydant

- ▣ Vit D : par leur action sur la qualité de l'os sous chondral

- ▣ Aucune étude scientifique n'a prouvé l'efficacité de la supplémentation

- ▣ Cependant possible supplémentation vit C, D et E chez patient sain appartenant à une famille arthrosique



Traitements spécifiques de l'arthrose

- ▣ Infiltrations
- ▣ CORTICOIDES INTERDIT
- ▣ Acide Hyaluronique
 - ▣ Efficacite au niveau du genou
 - ▣ Efficacité moindre sur les doigts
 - ▣ Etudes Contradictoire



AVENIR

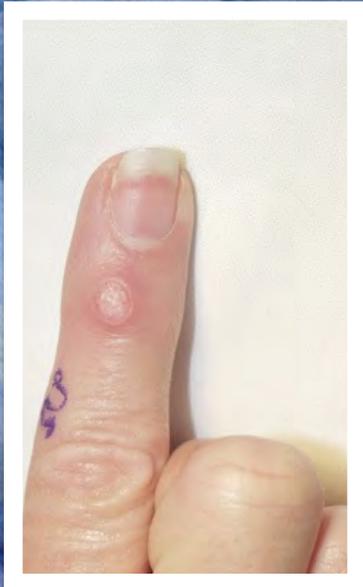
- ▣ IL6 : BIOTHERAPIE
- ▣ FORAGE ET INJECTION DE CENTRIFUGAT DE MOELLE OSSEUSE ET D'ACIDE HYALURONIQUE

Arthrose des interphalangiennes distales (IPD)



Kyste mucoïde avec
dystrophie unguéale

Arthrose des interphalangiennes distales (IPD)



Kyste mucoïde de l'index

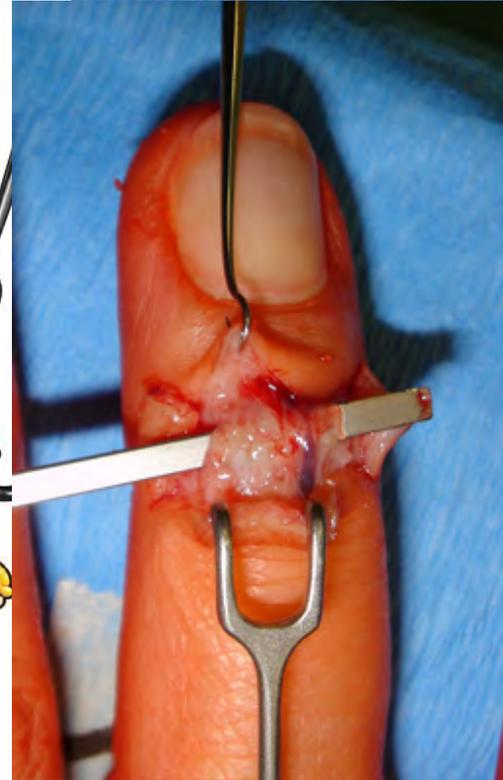
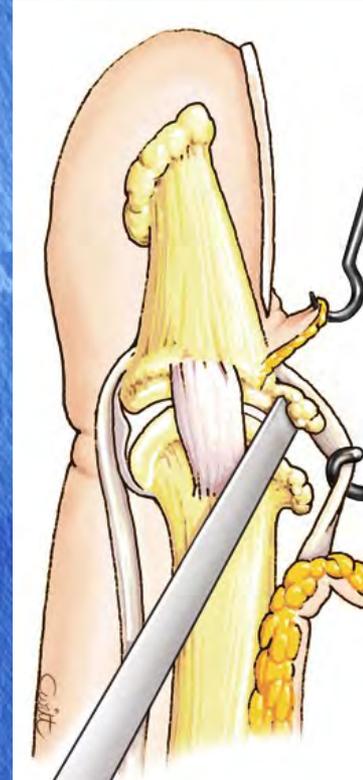


Ostéophyte dorsal de l'IPD

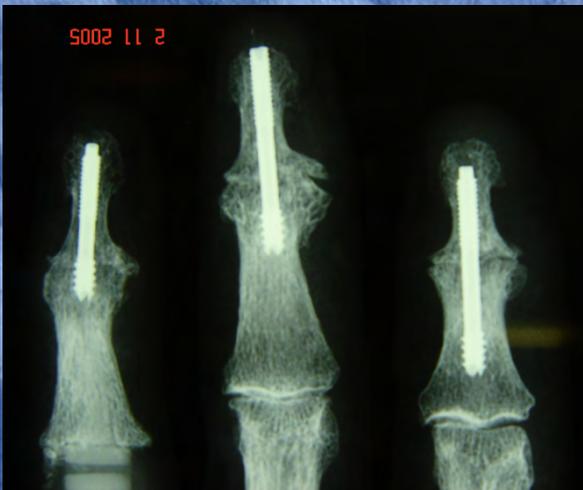
Arthrose des interphalangiennes distales (IPD)

▣ Options chirurgicales

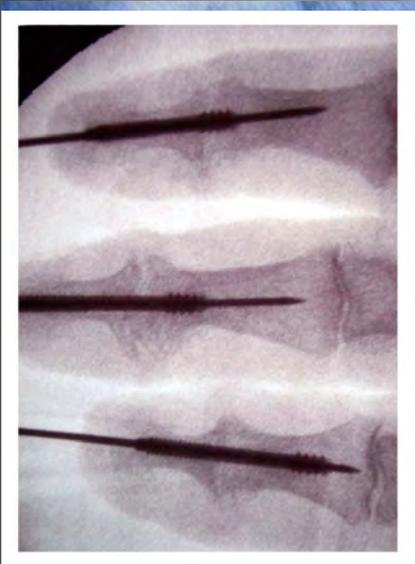
- ▣ Excision des osteophytes
- ▣ Excision des kystes mucoïdes
- ▣ Arthrodèse
- ▣ Arthroplastie abandonnée



Arthrose des interphalangiennes distales (IPD)



Arthrose des interphalangiennes distales (IPD)



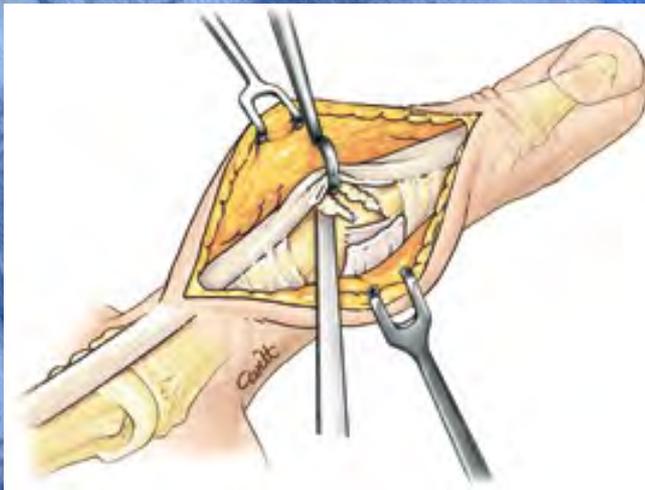
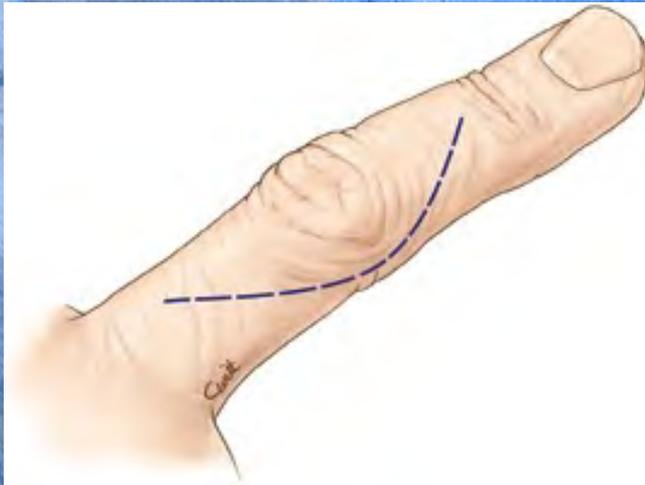
Arthrose des interphalangiennes distales (IPD)



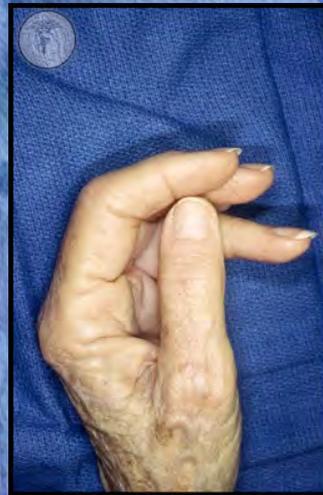
ARTHROSE INTERPHALANGIENNE PROXIMALE (IPP)



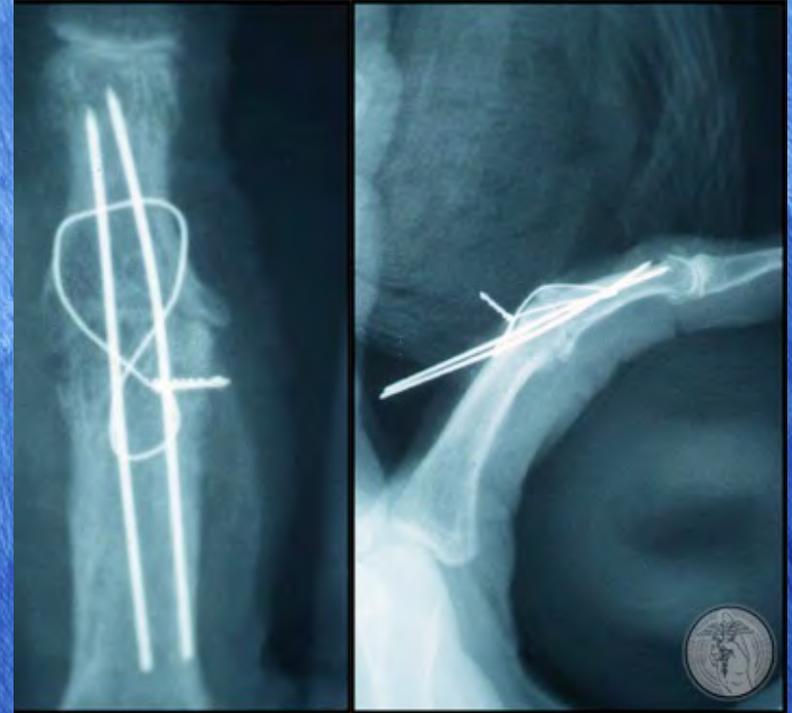
Synovectomie- Emondage IPP



L'arthrodèse IPP: le dernier recours



L'arthrodèse IPP: le dernier recours



L'arthroplastie interphalangiennne proximale

Indications

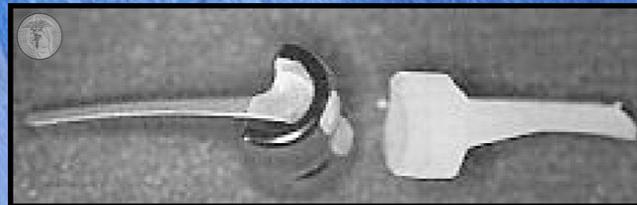
- Douleur
- Besoin de fonction

Options chirurgicales

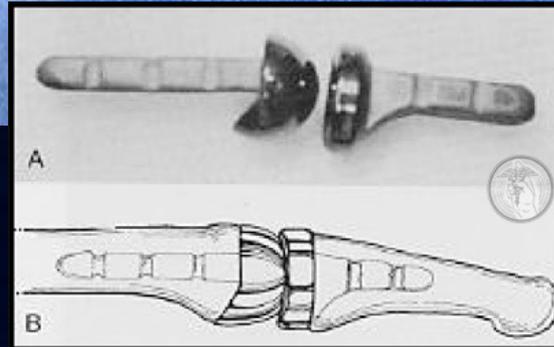
- Resection arthroplastie
- Implant silicone
- Implant cimenté
- Implant de glissement



Implant silicone



Métal – polyethylene implant

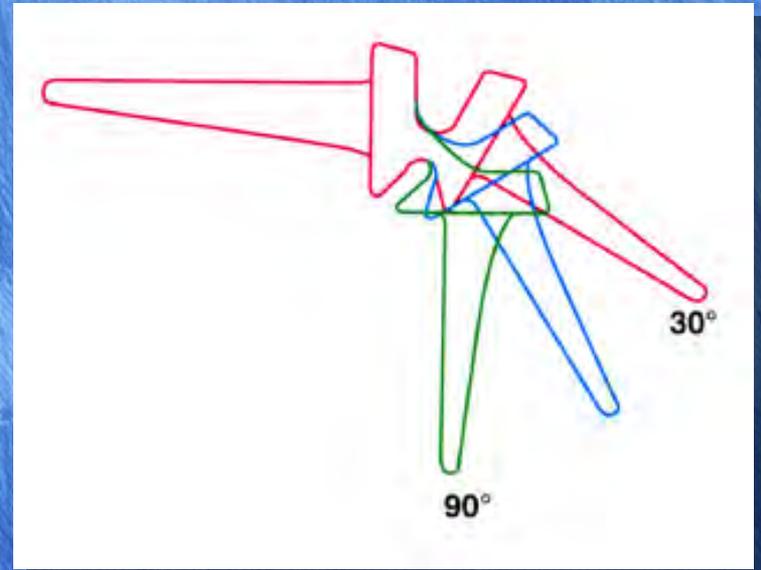


Pyrocarbhone implant

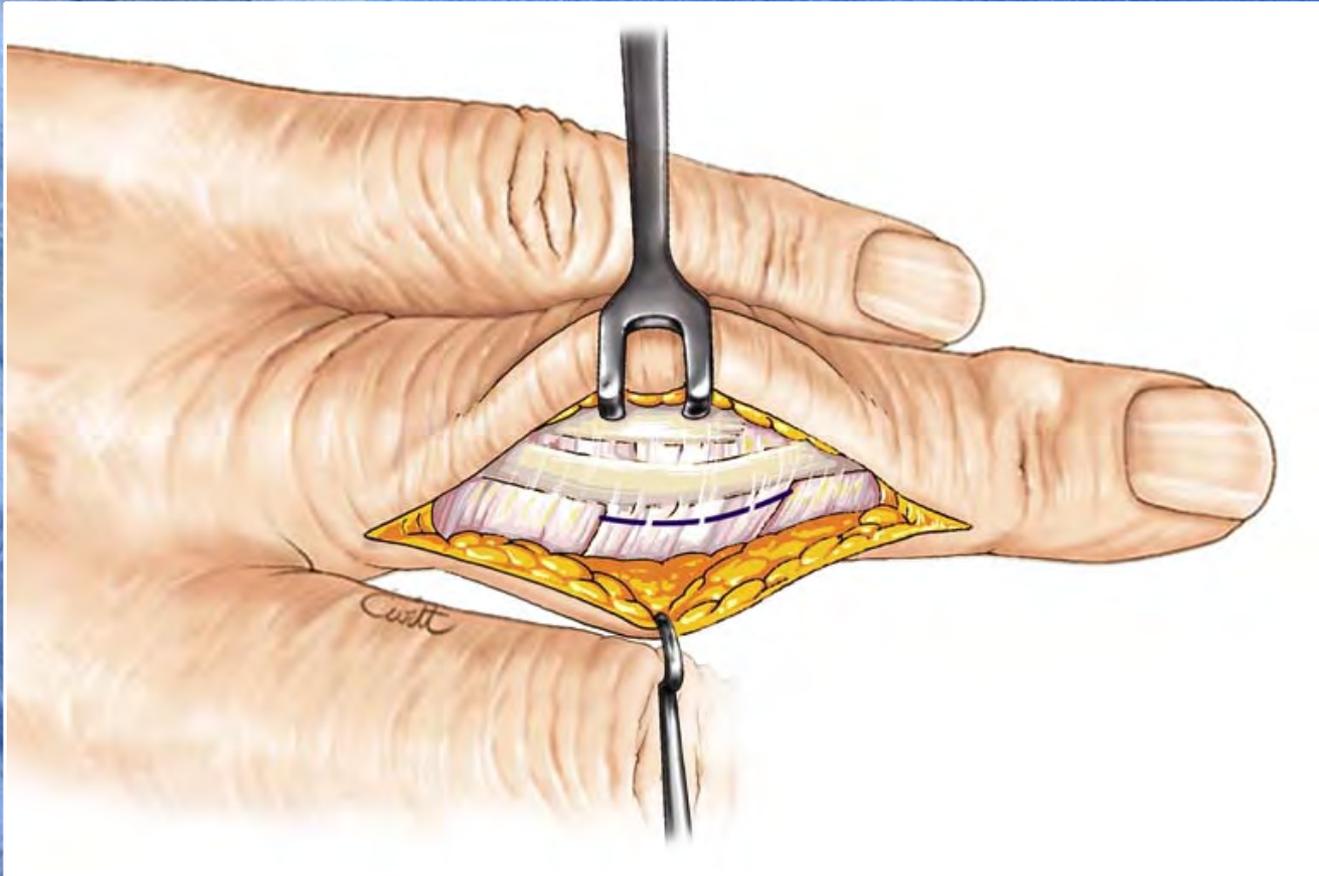


Notre choix: Implant Neuflex silicone

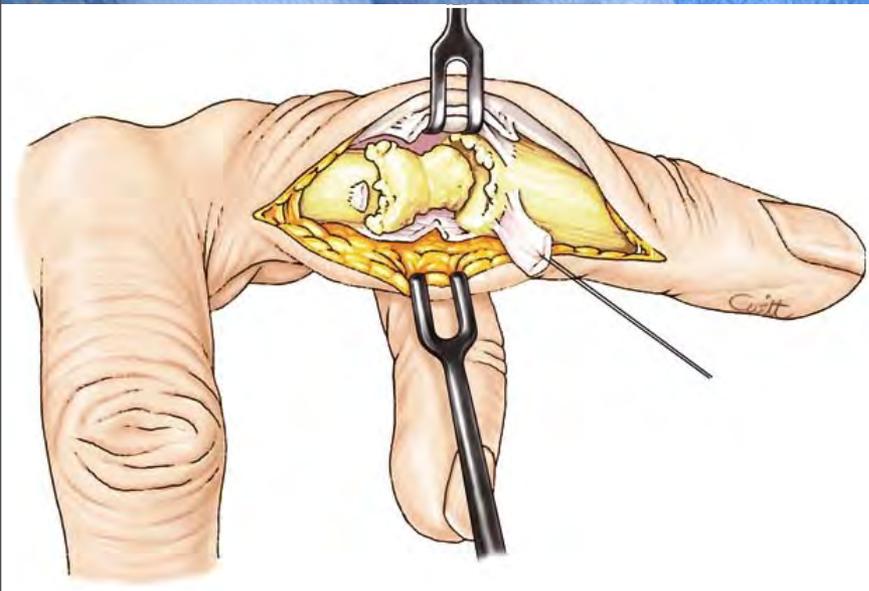
- Comporte une flexion de 15°
- Axe de rotation palmaire
- Réduction de 30% de l'effet piston



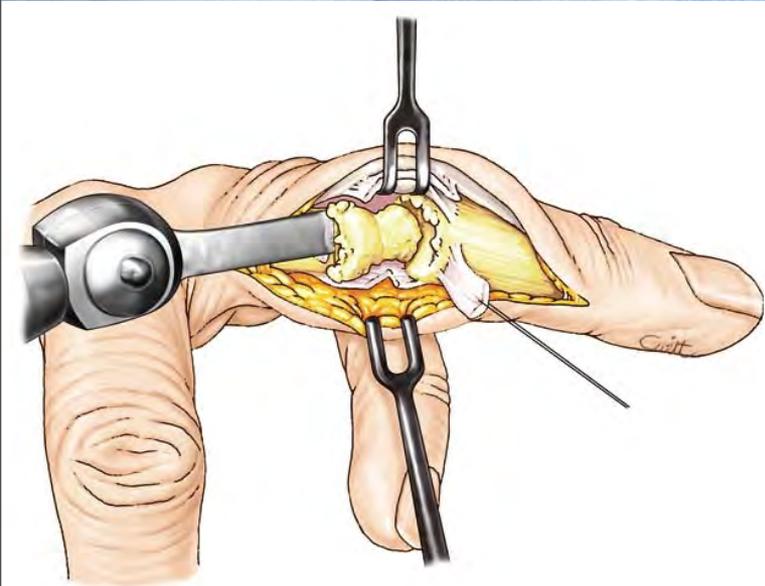
Voie d'abord latérale



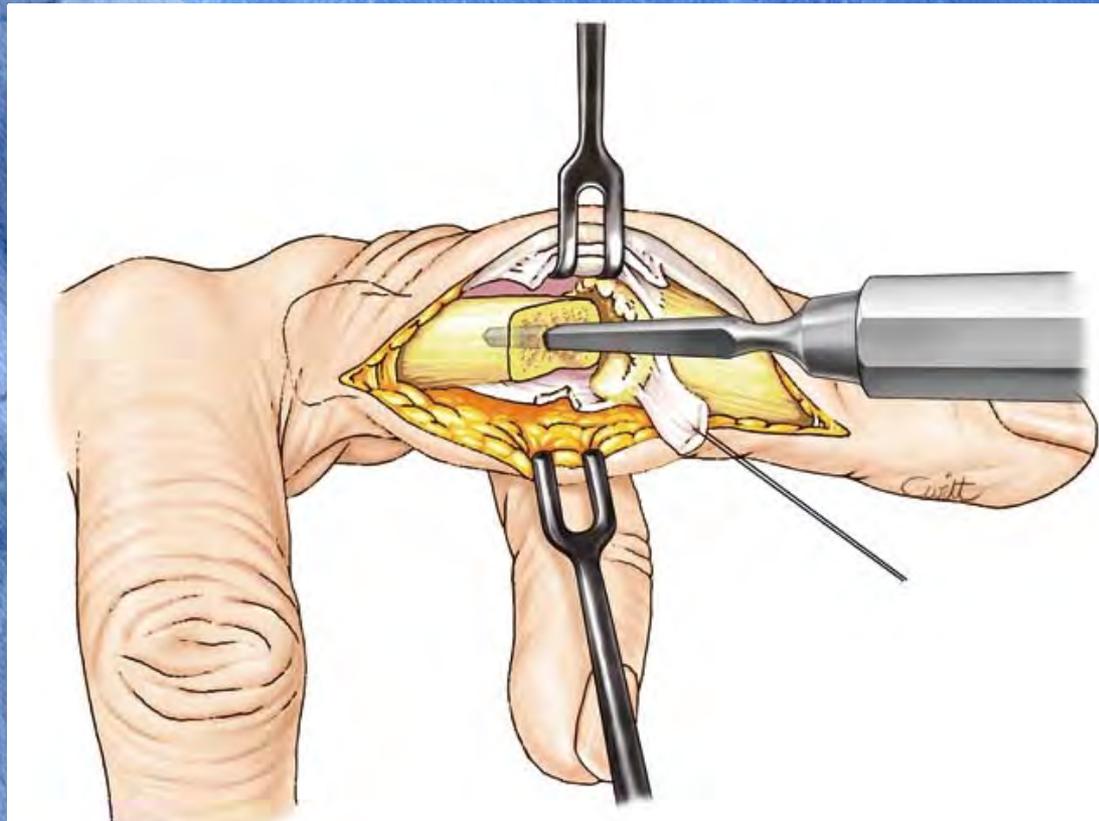
Voie d'abord latérale



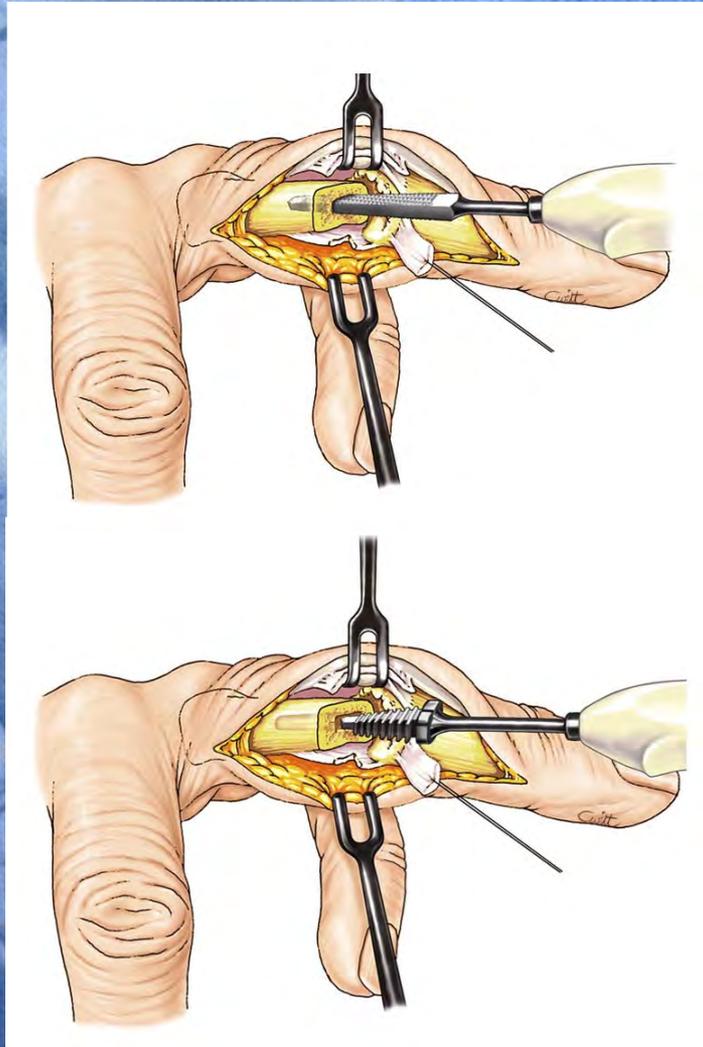
Voie d'abord latérale



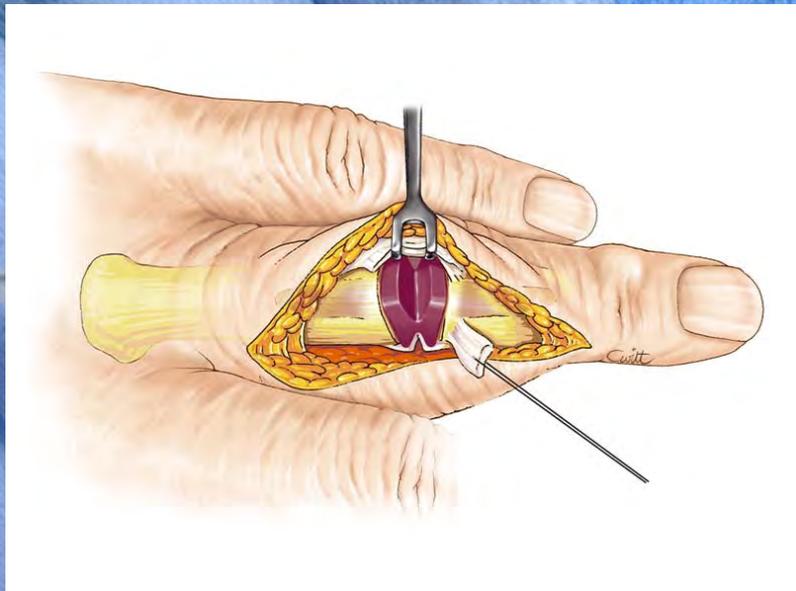
Voie d'abord latérale



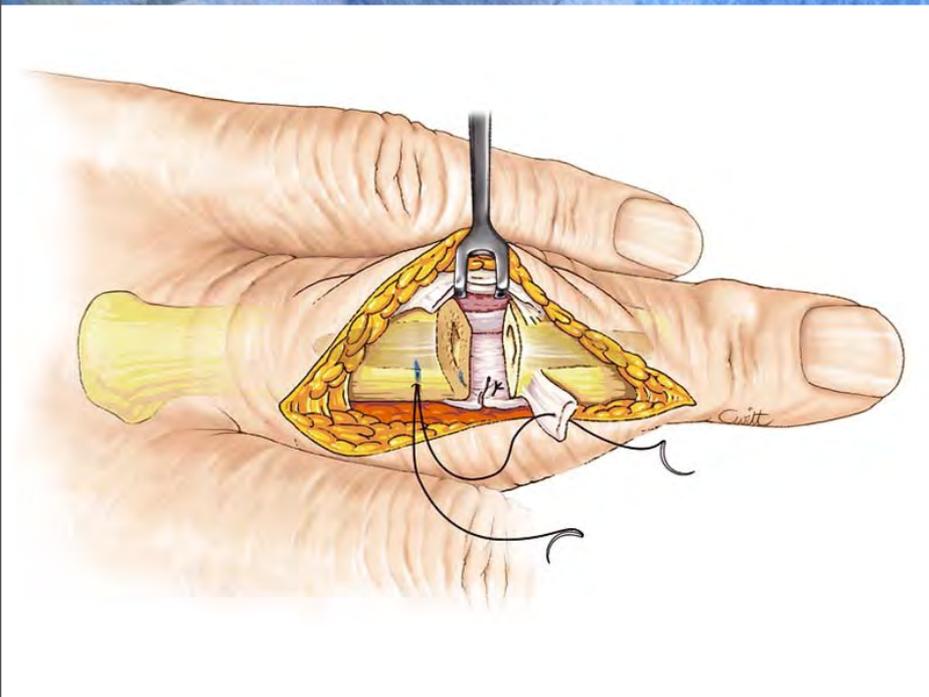
Voie d'abord latérale



Voie d'abord latérale



Voie d'abord latérale



Arthrose des interphalangiennes proximales (IPP)



Protocole de rééducation



Protocole de rééducation



Arthrose des MCP



Arthrose des MCP



La Rhizarthrose du pouce

▣ Déformation en M



La Rhizarthrose du pouce



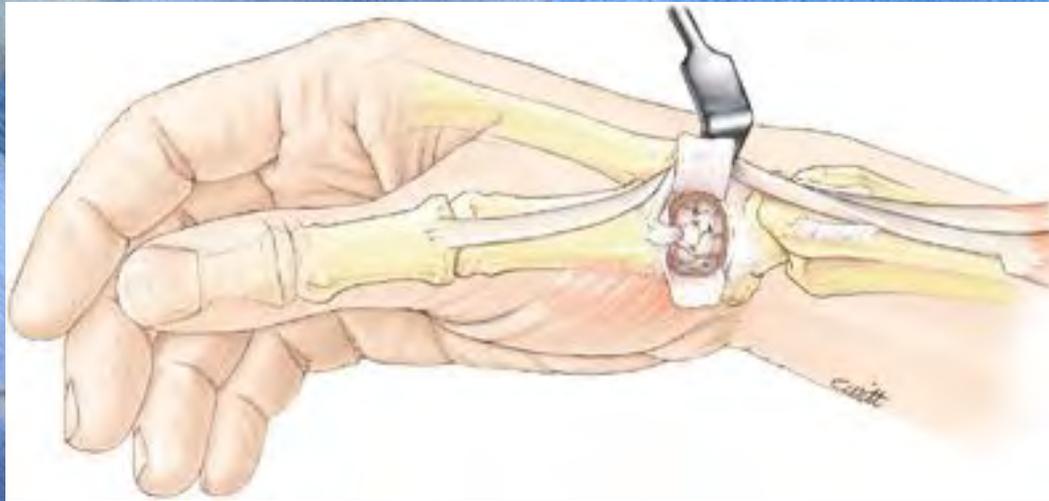
La Rhizarthrose du pouce



La Rhizarthrose du pouce



La Rhizarthrose du pouce



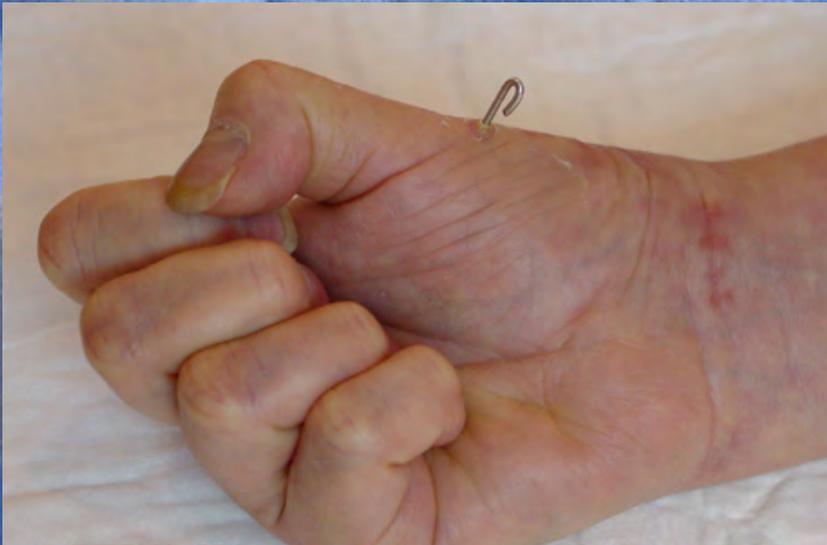
Trapézectomie – interposition tendineuse



La Rhizarthrose du pouce



Trapézectomie – interposition tendineuse



La Rhizarthrose du pouce



Prothèse trapèzo-métacarpienne

<http://www.sosmain.eu>

MERCI POUR
VOTRE
ATTENTION



<http://www.sosmain.eu>

INSTITUT EUROPEEN DE LA MAIN

