

Médecine ostéopathique du coude, du poignet et de la main

E.S.O. 3ème année

La réussite de l'examen principal du cours est basé sur deux critères:

1. La capacité à mener un raisonnement aboutissant soit à la délégation soit à la prise en charge des patients qui se plaignent du coude, du poignet, de la main.
2. L'application des techniques ostéopathiques du coude, du poignet et de la main.

1.1. Raisonnement: Il est basé sur l'anamnèse, l'examen clinique et les examens paracliniques (cours de radiologie osseuse).

1.1.1. L'anamnèse est générale (cours de sémiologie 2ème année) et spécifique (motifs de consultation). L'anamnèse générale évalue l'état général et les antécédents personnels et familiaux. L'importance à accorder aux aspects généraux et spécifiques doit respecter le principe de proportionnalité. Une origine traumatique indiscutable requière moins d'investigations générales qu'une installation progressive. Les questions sur les motifs de consultations portent sur:

- la localisation du mal
- les irradiations
- l'intensité de la douleur (échelle 1 à 10)
- les circonstances d'apparition visant à cibler une origine traumatique, ergonomique, adaptative, hygiène de vie, autre)
- le début du dernier épisode
- la date du premier épisode
- la durée des crises (cycle, rythme saison)
- les facteurs d'aggravation et d'amélioration, le caractère mécanique ou inflammatoire
- le degré d'invalidité
- l'aspect congénital ou héréditaire
- les examens complémentaires et leur résultat
- les traitements préalables, les médicaments et leur efficacité.

1.1.2. L'examen clinique comprend différentes phases:

Rappel: Les tests font partie des méthodes de prédiction clinique. A l'image des prévisions météorologiques, leur intérêt, sans un indice de certitude, est peu pertinent. Le résultat d'un test ostéopathique ressemble à une prévision météorologique à plusieurs jours. Et, dire que le temps sera pluvieux dans sept jours avec un indice de 3/10 diffère singulièrement d'une prévision de 9/10. En ostéopathie, il en va de même. Pour prendre en compte l'issue d'un test ostéopathique, on ne peut se contenter d'une notion de positivité ou de négativité. Si l'on veut un diagnostic précis, l'affirmation doit être accompagnée non seulement de la confiance qu'on peut accorder à ce test (fiabilité inter et intra testeur, coefficient kappa, etc.), mais aussi de la validité de ce test dans un contexte spécifique (prévalence du signe recherché)¹. Le but n'est pas ici de rappeler les

¹ Voir à ce sujet :

Introduction à l'épidémiologie clinique. C. Tinturier 2003 <http://web.me.com/tinturierclaude>

Pour de nouveaux tests ostéopathiques. C. Tinturier 2009 <http://web.me.com/tinturierclaude>

notions de fiabilité, sensibilité, spécificité, valeur prédictive positive, valeur prédictive négative, ratio de vraisemblance, courbe ROC, qui sont enseignées dans d'autres cours et donc connues, mais d'inciter l'étudiant en ostéopathie à les inscrire systématiquement dans son diagnostic. Les oublier revient à se contenter de la médiocrité.

1.1.2.1. La phase d'observation statique recherche les grosses observations globales et locales, la coloration de la peau et des téguments, la qualité des ongles, une attitude antalgique, les habituelles déformations "rhumatismales", un flexum, un valgus ou un varus du coude, une déviation cubitale ou radiale du poignet, les oedèmes locaux, articulaires, tendineux, dans les sillons para olécrâniens, à la face antérieure du poignet, la présence de nodules au coude, de kystes au niveau du poignet, d'épaississement de l'articulation trapézo-métacarpienne.

1.1.2.2. La phase d'observation dynamique (grosses observations globale et locales) concerne la participation du membre supérieur dans la marche, la préhension, les mouvements de la vie quotidienne (se coiffer, s'habiller, se nourrir, écrire, ...)

1.1.2.3. Les test globaux actifs et passifs concernent les mouvements de flexion, extension, **rotations des différentes articulations**, les déviations cubitale et radiale du poignet, l'écartement et le rapprochement des doigts, la capacité d'opposition du pouce.

Lors du test global de rotation, le patient est assis, les bras sont tendus en antépulsion à 70-80°. L'ostéopathe saisit les mains du patients et en gardant la même antépulsion induit des mouvements passifs alternativement en rotation interne et externe de l'ensemble des deux membres supérieurs. Il note chaque restriction de mobilité et/ou douleurs des membres supérieurs droit et gauche. Il analyse les sensations de restriction et/ou plaintes du patient par rapport au motif de consultation. Ces tests, éventuellement couplés avec des tests de rotation spécifiques à une articulation, permettent souvent de relier le motif de consultation avec une zone articulaire spécifique.

1.1.2.4. La palpation a une double fonction:

- la confirmation d'une observation préalable, la mise en évidence d'un oedème non détecté par l'observation, une tonicité anormale, une température anormale,
- la mise en évidence d'une souffrance locale par la recherche des douleurs provoquées et ou le déclenchement de la plainte. Cette phase, qui utilise un test particulièrement fiable, est essentielle, car elle précise le contexte dans lequel s'effectueront les tests spécifiques. En cas de test de provocation de la douleur positif, la valeur prédictive positive (V.P.P.) d'un test spécifique est plus élevée et en cas de test de provocation négatif, c'est la valeur prédictive négative (V.P.N.) qui augmente. **Par conséquent, la confiance que l'on peut accorder aux tests spécifiques est dépendante de ce test initial palpatoire.** Dans le même ordre d'idée, un test appliqué dans un contexte de basse prévalence du signe positif recherché (ostéopathie préventive, zone sans plainte et phases initiales de l'examen clinique) présente également une V.P.P. amoindrie par rapport à la V.P.P. qu'il aurait dans un contexte de prévalence plus élevée.

1.1.2.5. Les tests spécifiques. Ils sont de deux types:

- les Tests Spécifiques servant au Diagnostic Allopathique (S.S.D.A.) aboutissant à la décision de prise en charge ou de délégation,

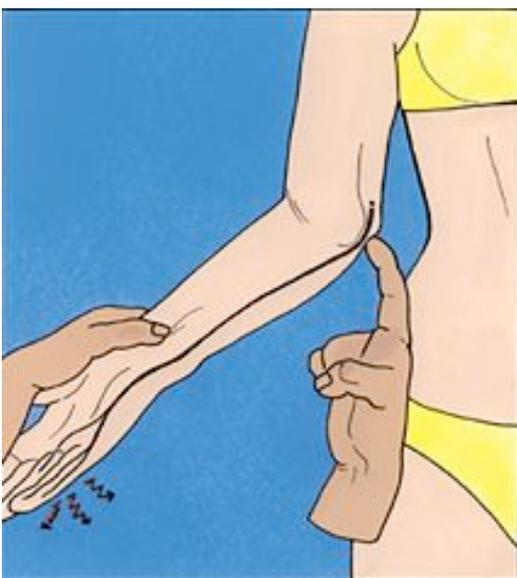
- les tests spécifiques servant au diagnostic ostéopathique.

1.1.2.5.1. Les S.S.D.A. contribuent à la délégation de toutes les pathologies infectieuses, inflammatoires, néoplasiques, et de certaines pathologies irréversibles dans le contexte ostéopathique (traumatiques, neurologiques, métaboliques). Les principaux S.S.D.A. propres² à la région du coude, du poignet et de la main sont:
Le test de Phalen du coude

TEST DE PHALEN DU COUDE ou "MANOEUVRE CUBITALE"			
description	diagnostic	sens.	spéc.
flexion prolongée du coude, (poignet en extension pour éviter Tinel du poignet) épaule en add et rot ext. → douleur et ou paresthésies territoire des 4ème et 5ème doigts	atteinte du nerf ulnaire	?	?

Le test Pseudo-Tinel

TEST PSEUDO-TINEL DU COUDE			
description	diagnostic	sens.	spéc.
percussion du nerf ulnaire → douleur et ou paresthésies territoire des 4ème et 5ème doigts	atteinte du nerf ulnaire	?	?



² Ne sont pas considérés ici le testing musculaire, les tests neurologiques classiques même s'ils diffèrent d'une région à l'autre, les tests contre résistance pour la mise en évidence des tendinopathies

Le test de Finkelstein

TEST DE FINKELSTEIN			
description	diagnostic	sens.	spéc.
pouce en flexion adductive forcée dans la paume de la main, les doigts longs fléchis, déviation cubitale du poignet → réveil de la douleur ou exacerbation	ténosynovite de De Quervain	?	? on lui reproche bcp de faux positifs

http://en.wikipedia.org/wiki/Finkelstein%27s_test

Le test de Brunelli

TEST DE BRUNELLI			
description	diagnostic	sens.	spéc.
Ce test serait plus pathognomonique que le test de Finkelstein en recréant le frottement des tendons contre leur poulie: On demande une flexion adductive du pouce et une déviation radiale du poignet.	ténosynovite de de Quervain	?	?

Le test de Phalen

TEST DE PHALEN			
description (variable)	diagnostic	sens.	spéc.
patient assis, coude fléchi à 90°, avant-bras en supination, poignets en opposition en flexion maximale durée 60 s → + si exacerbation des symptômes dans le territoire du médian	syndrome du canal carpien	0.73-0.77	0.36-0.80



www.santepub-mtl.qc.ca/mdprevention/Formation/canalcarprien/evaluationclinique/phalentinel.html

Le test de compression du canal carpien

TEST DE COMPRESSION DU CANAL CARPIEN		
description (variable)	diagnostic	Kappa
patient assis, coude fléchi à 30° avant-bras en supination, poignet en position neutre, appui des pouces en regard du ligament annulaire antérieur, avec 3 kg pendant 30 s → + si exacerbation dans le territoire du médian	syndrome du canal carpien	0.77 (0.58-0.96)

Le test de Tinel (vrai test de Tinel)

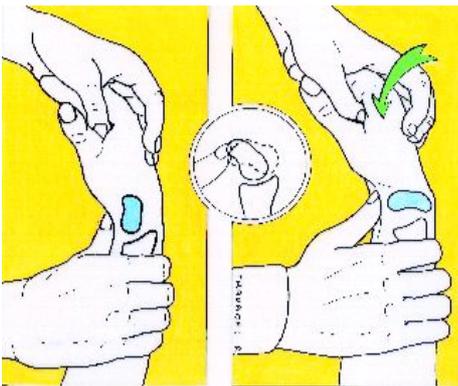
TEST DE TINEL A, B, C				
description	diagnostic	Kappa	sens.	spéc.
A. patient assis, coude fléchi à 30° avant-bras en supination, poignet en position neutre, percussion au marteau à réflexes depuis 15 cm → + si paresthésies sur le trajet du médian	syndrome du canal carpien	0.21-0.72		
B. semblable à A. mais l'examineur utilise une force plus modérée avec le marteau à réflexes	syndrome du canal carpien	0.10-0.60		
C. percussion au doigt positif si sensation de douleur électrique	syndrome du canal carpien		0.45-0.63	0.47



www.santepub-mtl.qc.ca/mdprevention/Formation/canalcarprien/evaluationclinique/phalentinel.html

Le test de Watson

TEST DE WATSON			
description	diagnostic	sens.	spéc.
1. Le scaphoïde est repoussé par le pouce en extension et en déviation ulnaire par l'autre main. 2. Lors du passage en déviation radiale, le scaphoïde maintenu en extension ne peut se fléchir. En cas de lésion scapho-lunaire, le scaphoïde part en arrière sous le radius en réveillant la douleur.	lésion ligamentaire scapho-lunaire	0.2	?



1.1.3. Détermination de l'axe du traitement. Elle conclut la synthèse des points 1.1.1. à 1.1.2.5.

1.2. Pathologies les plus fréquentes du coude

1.2.1. **Arthrite du coude**: secondaire à une arthrite dégénérative associée parfois à tendinite et bursite (le plus souvent région olécrane).

Diagnostic différentiel: arthrite rhumatoïde, arthrite post traumatique, arthrite psoriasique, collagénose (dans le cadre d'une polyarthropathie), infection locale (fièvre, adénopathie, altération état général), maladie de Lyme, chondrocalcinose.

1.2.2. **Epicondylite (Tennis elbow)**: souvent suite à activité répétitive, présence parfois de micro-déchirures voir de nécrose de l'insertion. L'extension active contre résistance du poignet recrée la douleur.

Diagnostic différentiel: syndrome du canal radial (neuropathie d'enclavement du nerf radial au-dessous du coude), radiculopathie C6-C7.

1.2.3. Epicondylite médiale (coude du golfeur): suit des microtraumatismes répétitifs des tendons des fléchisseurs avec poids excessifs et/ou arrêt soudain. La douleur est permanente et aggravée par la fixation du poignet. La flexion active contre résistance du poignet recrée la douleur.

Diagnostic différentiel: souris articulaire, neuropathie par piégeage du nerf ulnaire, radiculopathie cervicale C7-C8, bursite. arthrose, goutte.

1.2.4. Piégeage du nerf ulnaire: neuropathie fréquente par compression de la bande aponévrotique ou traumatisme direct ou mouvement répétitif. Présence de douleurs et paresthésies le long du bord externe de l'avant-bras. Le signe de Tinel du coude ou le pseudo Phalen du coude sont souvent positifs, les muscles extrinsèques peuvent être affaiblis au testing et la sensibilité du bord cubital de l'auriculaire perdue. L'EMG est très sensible. L'IRM précise les causes avant une éventuelle chirurgie.

Diagnostic différentiel: tumeur de Pancoast (RX thorax), coude du golfeur (douleur maximale + à distance du coude), radiculopathie cervicale C7-C8,

1.2.5. Bursite olécraniennne: suite à irritation répétée, un traumatisme ou une infection (fièvre, frisson, adénopathie). La bourse est parfois multiple et/ou hypertrophiée. Les plaintes concernent le plus souvent l'extension passive du coude et la flexion contrariée. Parfois associée à tendinite.

Diagnostic différentiel: nodules rhumatoïdes, arthrite goutteuse, kyste synoviaux du coude.

1.2.6. Syndrome de Volkman: Rétraction ischémique des fléchisseurs aboutissant à une flexion du poignet, une hyperextension des métacarpo-phalangiennes, une flexion des phalanges et donc une attitude en griffe. Suit souvent la pose d'une attelle plâtrée sans le respect d'une surveillance adéquate.

1.3. Pathologies les plus fréquentes du poignet

1.3.1. Arthrite du poignet: douleur, gonflement, déformation, diminution de la fonction par modification biomécanique parfois importante, et fréquemment une diminution de la force de préhension. L'ostéoarthrose est plus fréquente que l'arthrite rhumatoïde ou l'arthrite post traumatique ou l'arthrite psoriasique. La douleur est permanente, perturbe parfois le sommeil et est un peu soulagée par le repos et la chaleur. Evolution vers amyotrophie, capsulite rétractile et ankylose. Ex. complémentaires: RX, hémogramme, VS, anticorps antinucléaires, IRM si instabilité du poignet, coloration de Gram et culture liquide synovial si suspicion d'infection.

Diagnostic différentiel: collagénose (tableau de polyarthropathie), infection locale (fièvre, altération état général), synovite villonodulaire, maladie de Lyme.

1.3.2. Syndrome du canal carpien (SCC): Très fréquent. Compression du nerf médian par ténosynovite des fléchisseurs, arthrite rhumatoïde, modification hormonale (grossesse, ménopause), amyloïdose (dépôt de protéines fibrillaires), et modification du volume local (ligament annulaire, nerf médian...). Présence de douleur, engourdissement, paresthésie poignet et de la main (trajet du nerf médian), déficit du court abducteur, et opposant du

pouce, atrophie de l'éminence thénar. Ex. complémentaires: RX pour écarter une pathologie osseuse. L'EMG distingue un syndrome du canal carpien d'une radiculopathie cervicale ou d'une neuropathie diabétique. Hémogramme, VS, anticorps antinucléaires, voire IRM si instabilité, complètent la liste.

Diagnostic différentiel: arthrose carpo-métacarpienne, radiculopathie cervicale, neuropathie diabétique (souvent atteinte bilatérale) mais aussi possible dans le SCC, de plus les diabétiques ont souvent un SCC donc diagnostic différentiel par EMG nécessaire.

1.3.3. Ténosynovite de De Quervain (TDQ): Inflammation et gonflement des tendons du long abducteur du pouce et du court extenseur du pouce au niveau de leur insertion sur la styloïde radiale, avec parfois constriction de la gaine tendineuse et blocage du pouce. Se voit lors d'activités répétitives. Douleurs locales (styloïde) et parfois troubles du sommeil, pouce à ressort. Ex. complémentaires: RX pour écarter une pathologie osseuse. L'EMG distingue un TDQ d'une neuropathie d'origine cervicale, hémogramme, dosage de l'uricémie, VS, anticorps antinucléaires, IRM si instabilité.

Diagnostic différentiel: piègeage du nerf cutané latéral, arthrose métacarpophalangienne, goutte, cheiralgie paresthésique (compression de la branche sensitive du nerf radial au poignet), radiculopathie C6-C7.

1.3.4. Douleur arthritique des articulations carpo-métacarpiennes: Typiquement l'articulation carpo-métacarpienne du pouce chez une femme. Présence d'une douleur locale aggravée par les mouvements locaux (flexion, extension, déviation cubitale), calmée par le repos et la chaleur, gênant parfois le sommeil. Diminution progressive des capacités fonctionnelles, diminution de la force, de la préhension, amyotrophie, capsulite rétractile et ankylose secondaire. Ex. complémentaires: RX, hémogramme, VS, anticorps antinucléaires, IRM si instabilité, si infection coloration de Gram et culture du liquide synovial, scintigraphie osseuse si antécédent de traumatisme (suspicion de fracture du scaphoïde).

Diagnostic différentiel: La RX distingue un syndrome de De Quervain, ou d'autres tendinopathies du poignet, goutte, fractures si traumatisme.

1.3.5. Maladie de Kienböck: Nécrose aseptique d'un des os du carpe, le plus souvent le semi-lunaire (lunatum) puis plus rarement le scaphoïde. Un processus d'hyperpression entraînerait un appauvrissement vasculaire chez des personnes ayant un radius et un cubitus de forme et de longueur anormales. Typiquement, un adulte jeune avec douleur au poignet, raideur, perte de force. Ex. complémentaires: RX, IRM, scanner.



Traitement chirurgical.

Diagnostic différentiel: Algodystrophie, arthrose post traumatique, cal vicieux, chondrocalcinose, fracture unciforme de l'os crochu, kyste arthro-synovial, polyarthrite rhumatoïde, syndrome du cubitus long (congénital ou acquis suite à fracture), tendinite de De Quervain.

1.4. Pathologies les plus fréquentes de la main

1.4.1. Pouce à ressort: Inflammation et gonflement du tendon du muscle fléchisseur du pouce suite à un traumatisme ou des mouvements répétitifs entraînant un épaississement de la gaine tendineuse et un nodule qui gêne le coulissage du tendon. Le blocage cède brusquement à l'effort en produisant un ressaut. Parfois associé à goutte ou arthrose. La douleur siège à la base palmaire du pouce, est permanente et aggravée par les activités de pincement. Ex. complémentaires: RX, hémogramme, uricémie, VS, anticorps antinucléaires, IRM si instabilité.

Diagnostic différentiel: Ténosynovite de De Quervain. L'arthrose métacarpo-phalangienne ou rhizarthrose du pouce, la goutte peuvent coexister avec le pouce à ressort.

1.4.2. Doigt à ressort: Inflammation et gonflement du tendon du muscle fléchisseur superficiel des doigts (suite voir pouce à ressort).

1.4.3. Kystes synoviaux de la main et du poignet: Souvent au dos du poignet en face du semi-lunaire (lunatum). Douleur permanente, aggravée par les mouvements de flexion et extension extrêmes et calmée par le repos. Ex. complémentaires: RX pour éliminer des anomalies osseuses, hémogramme, VS, anticorps antinucléaires, IRM si masse suspecte.

Diagnostic différentiel: bursite et tendinite si kyste petit.

1.4.4. Rétraction ou maladie de Dupuytren: Épaississement évolutif de l'aponévrose palmaire avec limitation non douloureuse de l'extension des doigts, atteignant souvent l'homme vers 40-50 ans. Des facteurs héréditaires, des médicaments (barbituriques) et l'alcool semblent favoriser la maladie. Dans 75% des cas l'atteinte commence par les 4ème et 5ème doigts. Ex. complémentaires: RX pour éliminer des pathologies osseuses, hémogramme, uricémie, VS, anticorps antinucléaires, IRM si instabilité ou suspicion de tumeur.

Diagnostic différentiel: Tendinite des fléchisseurs ou doigt à ressort lors du stade initial.