

LES RUPTURES DES TENDONS EXTENSEURS DANS LE POIGNET RHUMATOIDE.

Docteur Olivier BENOIT



DIU Pathologie Membre Supérieur

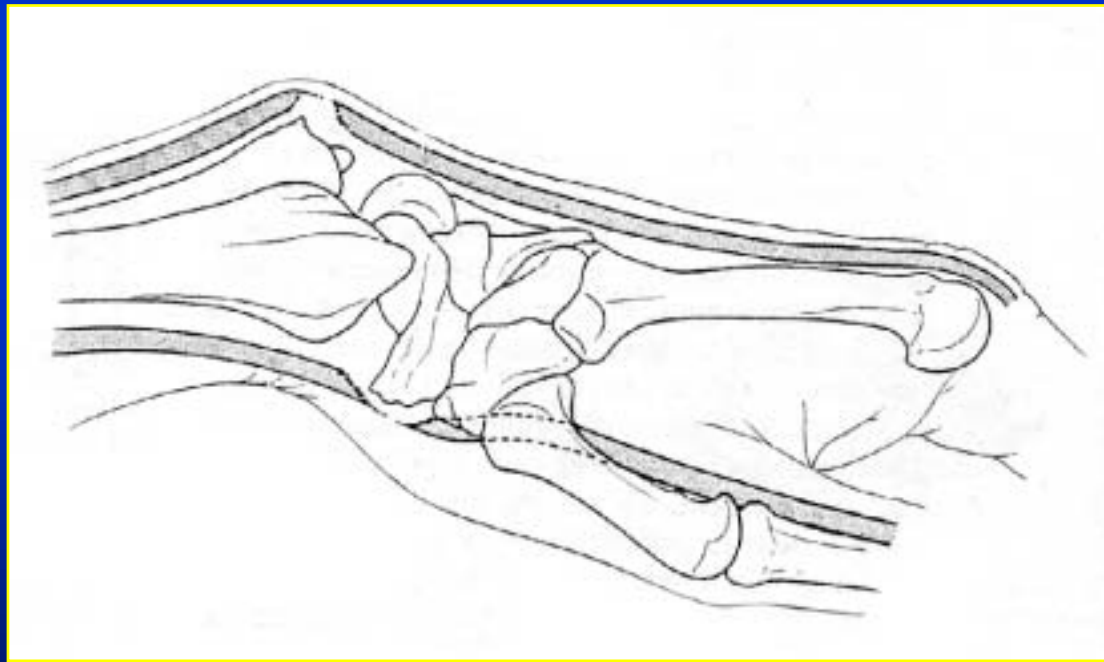
Décembre 2005, Lille

Introduction

- Situation classique dans l'atteinte rhumatoïde du poignet
 - 33 cas
 - Première
 - **Caput**
- Faible
limitat
de la t
tendineuse
- 
- a)
(BK ?)
) :
n,
luxation

Pathogénie

- Attrition : usure du tendon contre une aspérité osseuse (tête ulnaire luxée, tubercule de Lister)



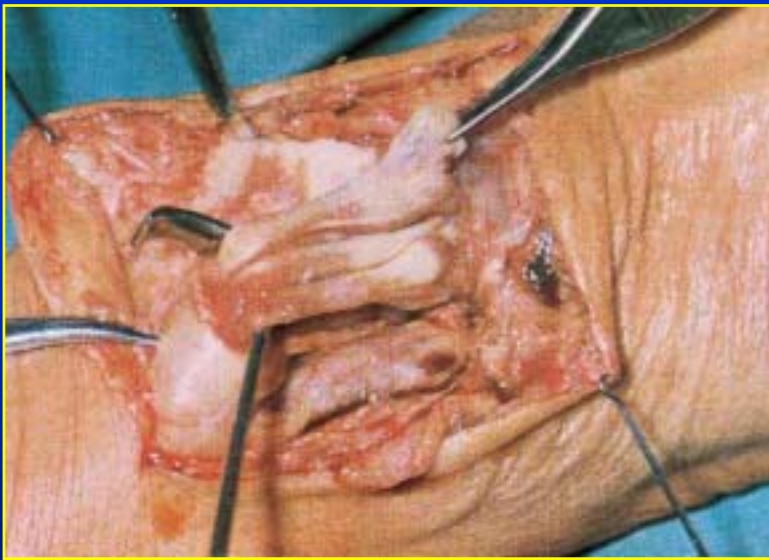
Pathogénie

- Attrition : rupture multiple par luxation antérieure du carpe et érosion sur le bord postérieur du radius



Pathogénie

- Ténosynovite : Fragilisation par envahissement intra-tendineux, effet compressif ischémique sous le rétinaculum



Clinique

- Diagnostic aisé : perte d'extension active MP, perte rétropulsion (pouce)
- Pic rupture : doigts ulnaires, pouce
- Schéma classique : Vp puis Vc puis IV puis III puis IIp...



Clinique

Diagnostiques différentiels

- Luxation métacarpo-phalangienne
- Luxation tendineuse dans la vallée inter-métacarpienne
- Compression nerveuse (nerf radial)



Clinique

- Anamnèse (délai rupture...)
- Examen clinique des poignets et des doigts
- Recherche signes de ténosynovite (durée)
- Recherche luxation tête ulnaire



Bilan morphologique

Bilan radiographique des poignets F / P

- Classification Larsen-Bichat
- Arthrite radio-ulnaire distale (signe de Freiberg) corrélée rupture des tendons V-IV
- Préciser geste chirurgical pour le poignet



Indication chirurgicale

Véritable urgence :

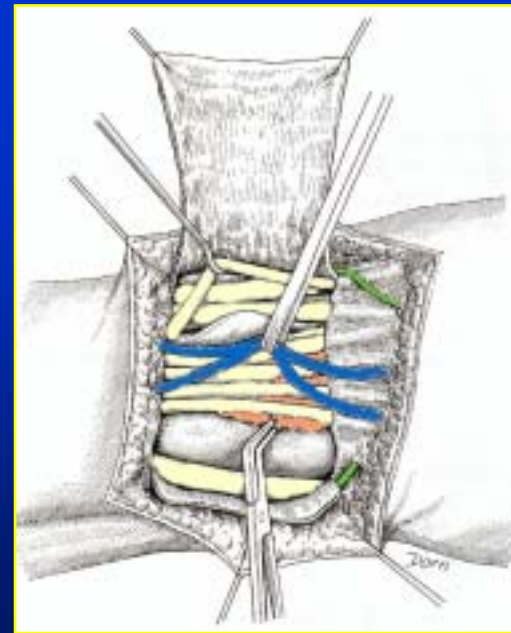
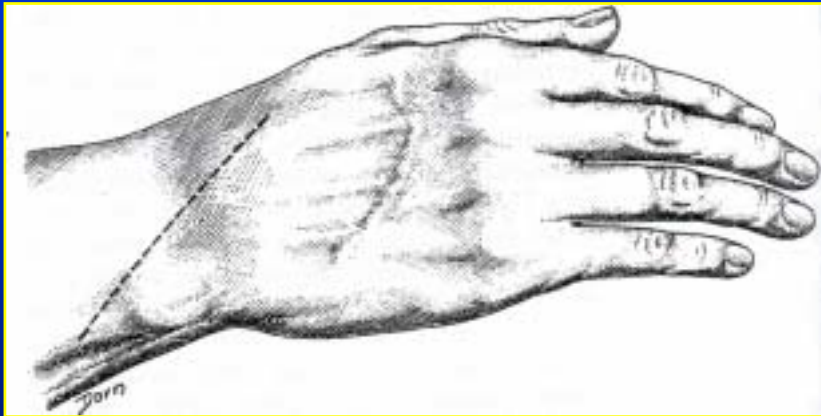
Une rupture en annonce toujours une autre...

Gestes chirurgicaux :

- Synovectomie tendineuse et articulaire
- Bilan des lésions
- Gestes osseux
- Réanimation tendineuse : choix d'une technique fonction du capital tendineux restant

Technique chirurgicale

- Voie dorsale oblique
- Relèvement du rétinaculum de dedans en dehors
- Synovectomie tendineuse et bilan lésionnel



Technique chirurgicale

Méthodes de réanimation tendineuse :

- Suture directe
- Suture latérale (au tendon voisin)
- Transfert de l'extenseur propre de l'index
- Greffe tendineuse (long palmaire)
- Transfert LEP (si indication arthrodèse MP I)
- Transfert fléchisseur commun superficiel
- Transfert CERC, LERC ou EUC

Rupture LEP

- Indication préférentielle du transfert de l'EP II
- Greffe tendineuse si EP II non disponible



Rééducation
immédiate



Suture selon
PULVERTAFT

Rupture LEP

Résultats :

- Transfert efficace
- déficit d'extension faible
- Détérioration dans le temps (déformation du pouce en Z)

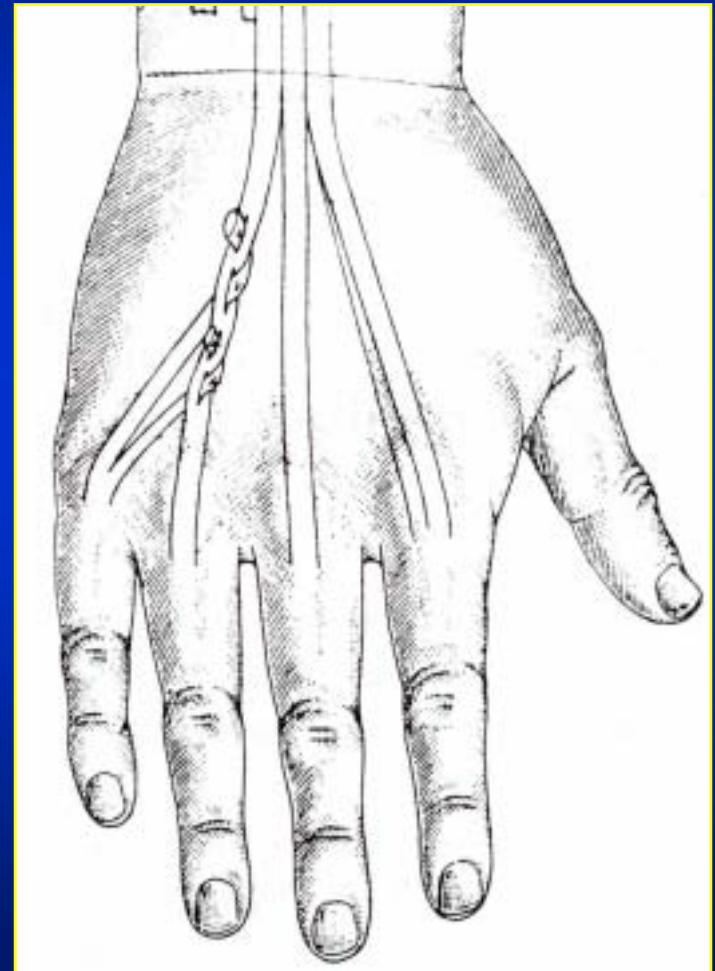


Ruptures Vc-Vp

- Transfert de l'EP II
- Suture latérale au IV

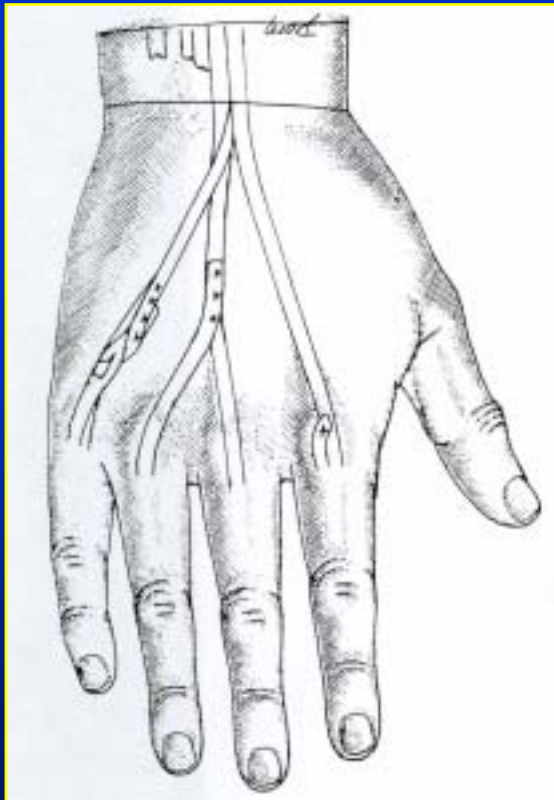
Kiné :

- Lame de Levame
- Orthèse dynamique



Ruptures Vc-Vp -IV

- Transfert de l'EP II et suture latérale au III-IV
- greffe



Résultats satisfaisants



Ruptures multiples (> 3 tendons)

Association de plusieurs techniques :

- Transfert de l'extenseur propre de l'index
- Transfert du LEP (si arthrodèse MP)
- Greffe tendineuse
- Suture latérale
- Transfert FCS
- Transfert des radiaux

Résultats cliniques moins satisfaisants

Ruptures multiples (> 3 tendons)

Grefe tendineuse (+++):

- Restaure la course tendineuse habituelle
- Utilise le muscle moteur d'origine
- Meilleur résultat si rupture récente (atrophie musculaire, rétraction tendineuse)
- Difficulté adaptation longueur / tension

Suture latérale :

- Augmente l'activité normale d'un seul tendon
- Course tendineuse non respectée
- Meilleure cicatrisation tendineuse / greffe ?



Ruptures multiples (> 3 tendons)

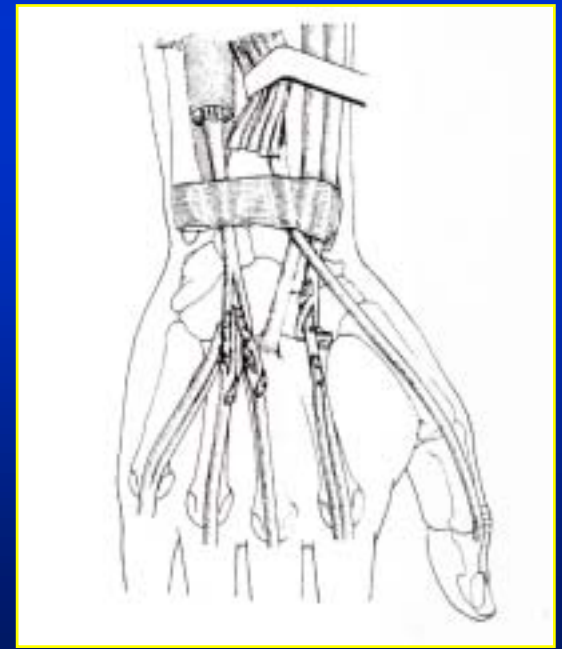
Illustration d'un bon résultat après greffe pour rupture multiple (III, IV, Vp, Vc)



Ruptures multiples (> 3 tendons)

Transfert FCS (+/-)

- 1 seul suffit pour réanimer 3 tendons
- Voie sous-cutanée ou à travers la MIO



Ruptures multiples (> 3 tendons)

Illustration d'un résultat moyen après transfert FCS pour rupture multiple (III, IV, Vp, Vc)



Ruptures multiples (> 3 tendons)

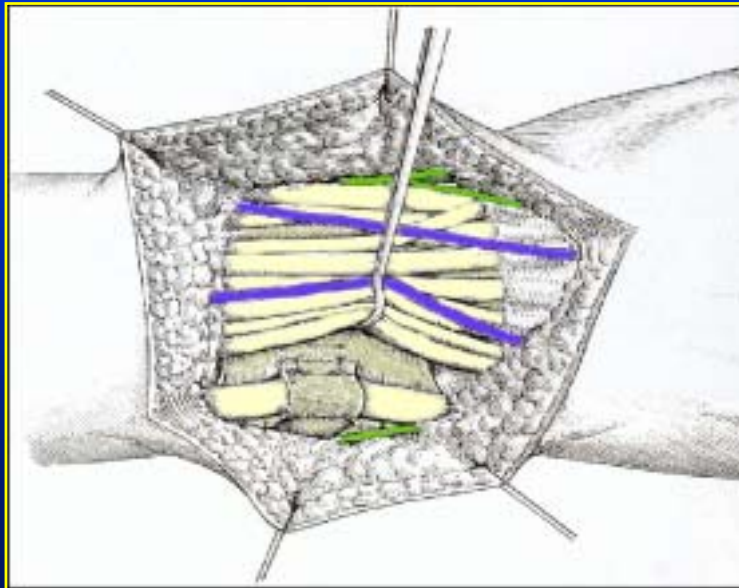
Transferts des extenseurs du poignet

- Si indication arthrodèse de poignet
- Résultats souvent décevants



Technique chirurgicale

- Transposition du rétinaculum à la face profonde des tendons
- Prévient les ruptures secondaires
- Risque d'adhérences, nécessité une mobilisation passive rapide (orthèse dynamique)



Notion de rupture secondaire

Ruptures tendineuses après téno-synovectomie

- Facteurs étiologiques :
 - attrition sur tête ulnaire instable
 - Fragilisation tendineuse par infiltration synovite
- Ruptures souvent précoces et multiples
- Haut risque d'adhérences résiduelles

Notion de rupture secondaire

Illustration d'une rupture secondaire multiple avec adhérences



Conclusions

- Poser l'indication chirurgicale rapidement devant toute rupture tendineuse ou ténosynovite évoluant depuis 6 mois ou arthrite RUD (Freiberg)
- Techniques de réanimation simples et efficaces pour des ruptures < 3 tendons (transfert EPII, suture latérale)
- Difficultés techniques et moins bons résultats fonctionnels si rupture > 3 tendons, arthrodèse de poignet réalisée

Conclusions

- Veiller à la stabilité du moignon ulnaire après Darrach ou Sauvé-Kapandji
- Considérer un tendon très fragilisé comme rompu (greffe ou suture latérale d'emblée)
- Résultats jamais acquis ; intégrité MP nécessaire





Merci.