

erg-go!

PRATIQUE CLINIQUE

APERÇU DES PROBLÉMATIQUES COURANTES AFFECTANT
LE POUCE ET LES ORTHÈSES ASSOCIÉES

————— OCTOBRE 2018 —————



PETER KORKMAZ, erg [96-095] et CHT en collaboration avec ÉLISE SKAF, erg [14-200] et EMMA MILLETTE, erg [12-108]

PETER KORKMAZ EST ERGOTHÉRAPEUTE ET «CERTIFIED HAND THERAPIST (CHT)». IL A GRADUÉ DE L'UNIVERSITÉ MCGILL EN 1996 ET A DÉBUTÉ SA CARRIÈRE AUX ÉTATS-UNIS. IL A DÉVELOPPÉ UN INTÉRÊT PARTICULIER POUR LA THÉRAPIE DE LA MAIN, CE QUI L'A MENÉ À ÊTRE CERTIFIÉ PAR LA HAND THERAPY CERTIFICATION COMMISSION¹ (HTCC) EN 2001.

Le texte qui suit a pour but de vous familiariser avec trois conditions courantes dans la pratique en ergothérapie et de vous introduire aux orthèses associées à celles-ci (Hamann et coll., 2014; O'Brien et coll., 2013).

RHIZARTHROSE

La rhizarthrose se manifeste par des douleurs essentiellement mécaniques à la base du pouce, qui peuvent également être ressenties aux niveaux proximal et distal de l'articulation. Une diminution progressive de la force de pince, une réduction de la mobilité et de l'œdème apparaissent par la suite. Dans les cas sévères, ces symptômes peuvent mener à une subluxation de l'articulation. À noter que cette pathologie touche plus souvent les personnes de plus de 50 ans et atteint davantage la femme que l'homme.

L'évaluation clinique nous permet de soupçonner une problématique spécifique relative à l'articulation de la base du pouce, mais le diagnostic de rhizarthrose doit être confirmé par des radiographies. Ces dernières permettent aussi de déterminer à quel stade de la maladie se trouve le client puisqu'il existe quatre stades de rhizarthrose selon Eaton et Glikel (1987). Cette classification permet de mieux guider le clinicien dans son plan de traitement en lui permettant aussi de confectionner l'orthèse appropriée selon son raisonnement clinique.

Stade 1




Le stade 1 est identifié par une synovite et une hypermobilité de l'articulation avec une surface articulaire normale. En général, il est rare qu'un client consulte en thérapie à ce stade puisque la douleur est minime et affecte peu ou pas la fonction.

Advenant qu'un client consulte à ce stade, la prise en charge consisterait en des exercices de renforcement afin de stabiliser l'articulation carpo-métacarpienne (CMC) du pouce et de modifier les tâches avec ou sans aides techniques, pour éviter les mouvements de pince et ainsi aider à ralentir le processus de dégénérescence.

Stades 2 et 3


Lors du stade 2, la radiographie démontre un pincement articulaire et des ostéophytes entre le métacarpe, le trapèze et le trapézoïde. Le stade 3 se caractérise par une dégénérescence plus sévère de cette même articulation. Une orthèse peut être requise à ces deux stades. L'objectif de celle-ci consiste à stabiliser l'articulation CMC (trapèze, trapézoïde et métacarpe) lors des tâches problématiques et douloureuses. Il existe plusieurs modèles d'orthèses moulées et/ou préfabriquées qui répondent à cet objectif de stabilisation. Le choix de l'orthèse dépend de plusieurs facteurs cliniques et du confort du client. En voici quelques exemples :

¹ Cette association de renommée internationale atteste de la plus haute compétence au plan de la thérapie de la main. À noter que le Québec compte six ergothérapeutes accrédités par cette association.

TYPES D'ORTHÈSES	EXEMPLES
ORTHÈSE RIGIDE MOULÉE	
ORTHÈSES TYPE « COMFORT COOL »	
ORTHÈSE TYPE « PUSH ORTHO BRACE »	

Stade 4

Au stade 4, la radiographie démontre une dégénérescence articulaire entre le métacarpe et le trapèze/trapézoïde, avec une dégénérescence entre le scaphoïde et le trapèze, mieux connue sous le nom d'arthrose scaphotrapézoïdienne (STT). Le client identifiera ainsi une douleur non seulement à la base du pouce lors de la pince, mais également lors des mouvements de flexion et d'extension du poignet, et surtout lors de la déviation passive radiale du poignet. L'orthèse préconisée à ce stade supporte donc l'immobilisation du poignet et du métacarpien (MP) du pouce afin de diminuer l'impact de la douleur lors des tâches de la vie quotidienne.

TYPE D'ORTHÈSE	EXEMPLE
ORTHÈSE RIGIDE SPICA LONGUE	

[suite page 04]

TENOSYNOVITE DE QUERVAIN

La ténosynovite de Quervain est une ténosynovite constrictive du premier compartiment dorsal des extenseurs, constitué des tendons du long abducteur du pouce et du court extenseur du pouce. Cette constriction cause progressivement un épaississement de la gaine et une usure des structures tendineuses. Ce diagnostic atteint plutôt une population âgée entre 30-50ans et se présente plus fréquemment chez les femmes. Ce problème est souvent causé par un travail répétitif du poignet ou par une contusion sur le styloïde radial.


Les signes cliniques du client sont tout d'abord la présence d'œdème et d'une douleur au niveau du styloïde radial, comparativement au côté controlatéral, ainsi qu'une douleur autour du styloïde radial lors de la résistance de l'abduction du pouce et de l'extension du pouce avec l'articulation interphalangienne (IP) en flexion.

Afin de traiter cette pathologie, on doit immobiliser le poignet et le pouce avec une orthèse de type spica longue en gardant le pouce aligné avec le radius et en mettant un coussin de gel pour minimiser le contact de l'orthèse rigide avec le styloïde radial. L'orthèse permet aux structures affectées de se reposer en maintenant une position fonctionnelle qui permet la prise en pince avec l'IP du pouce (Rowland et coll., 2015).

TYPE D'ORTHÈSE	EXEMPLES	
ORTHÈSE RIGIDE SPICA LONGUE		

SYNDROME D'INTERSECTION

Le syndrome d'intersection s'explique par une irritation entre le corps musculaire du premier compartiment (court extenseur de pouce et long abducteur du pouce) et les tendons du long et court extenseur radial du carpe. Cette problématique est associée à des mouvements répétitifs du poignet et survient davantage lors de tâches réalisées dans un contexte de nouveauté : nouveau sport, nouvel emploi ou modification de tâches au travail. Le client présentera une douleur plus importante lors de la résistance de la déviation radiale du poignet que lors de la résistance de l'abduction et l'extension du pouce. De plus, la douleur est située en proximal du styloïde radial et il y a possibilité de présence de crépitements lors des mouvements du poignet. On utilise une orthèse spica longue afin d'immobiliser le poignet et le pouce pour reposer les tendons. De plus, le poignet peut être positionné à 20 degrés d'extension afin de reposer davantage les extenseurs du carpe atteints. Toutefois, étant donné que la douleur n'est pas localisée au niveau du styloïde radial comme c'est le cas pour la ténosynovite de Quervain, il n'est pas nécessaire d'appliquer de coussin de gel lors de la fabrication de l'orthèse (Sato et coll., 2016).

TYPE D'ORTHÈSE	EXEMPLE
ORTHÈSE SPICA LONGUE	

Pour joindre l'auteur :
info@physioboisbriand.com

RÉFÉRENCES

Hamann, N., Heidemmann, J., Heinrich, K., Wu, H., Bleuel, J., Gonska, C. et Bruggemann, GP. (2014). Stabilisation effectiveness and functionality of different thumb orthoses in female patients with first carpometacarpel joint osteoarthritis. *Clinical Biomechanics*, 29(10), 1170-1176

O'Brien, V.H. et Giveans, M.R. (2013). Effects of a dynamic stability approach in conservative intervention of the carpometacarpel joint of the thumb: A retrospective study. *Journal of Hand Therapy*, 26(1), 44-51.

Eaton, R.G. et Glickel, S.Z. (1987). Trapeziometacarpal osteoarthritis. Staging as a rationale for treatment. *Hand Clinics*, 3(4), 455-471.

Rowland, P., Phelan, N., Gardiner, S., Linton, K.N. et Galvin, R. (2015). The effectiveness of corticosteroid injection for De quervains Stenosing tenosynovitis (DQST) a systemic review and Meta analysis. *The Open Orthopaedics Journal*, 9, 437-444.

Sato, J., Ishii, Y. et Noguchi, H. (2016). Clinical and Ultrasound features in patients with intersection syndrome or De quervain's. *The journal of Hand Surgery (European Volume)*, 41(2) 220-225.

