

INFILTRATION OU RESECTION A L'AIGUILLE DU RETINACULUM D'UN DOIGT A RESSAUT

1. QUELLE PARTIE DU CORPS?

Quelle est l'utilité de cette partie du corps ?

Les mouvements des doigts se font en **flexion** et en **extension**, en opposition avec le pouce, pour permettre la **préhension**.

De quoi est-elle constituée ?

L'articulation d'un doigt permet la mobilité de 3 os appelés **phalanges** (la première à la base du doigt), et comprend 3 articulations : entre le poignet et les doigts, c'est l'articulation **métacarpophalangienne**, et les articulations entre les doigts s'appellent **interphalangiennes, proximales et distales** (sauf pour le pouce, qui n'a qu'une seule articulation interphalangienne).

Les surfaces articulaires sont recouvertes d'un revêtement à la fois souple et résistant, le **cartilage**, qui leur permet de glisser les unes par rapport aux autres.

Une enveloppe fibreuse (**capsule**) entoure et circonscrit l'ensemble des éléments de la cavité articulaire. Elle est tapissée à l'intérieur par une membrane (**synoviale**). La synoviale fabrique un liquide (le **liquide synovial**) qui nourrit le cartilage et facilite le glissement (**lubrifiant**). Seul un fin film de liquide est présent dans l'articulation.

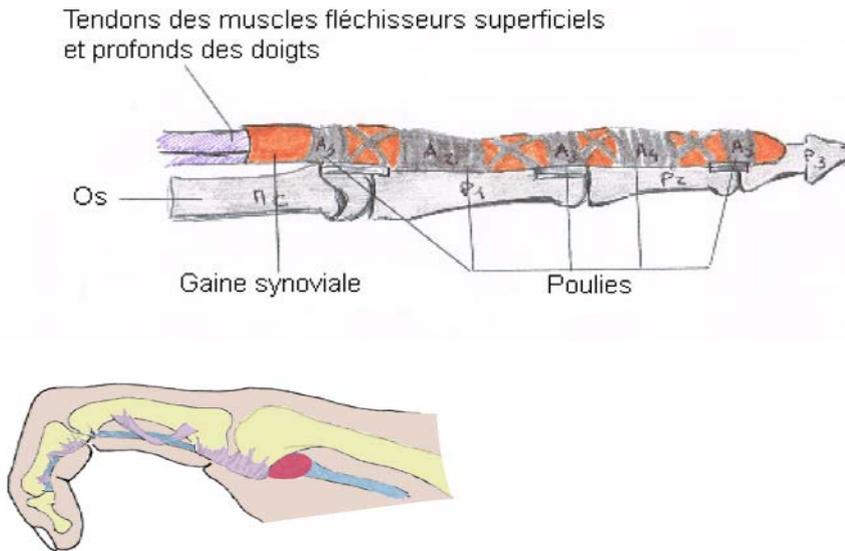
Autour de la capsule sont tendus des **ligaments**, sortes de solides rubans élastiques dont le rôle est de stabiliser les deux parties de l'articulation. S'ils sont lésés, on parle d'**entorse**.

Des muscles font bouger l'articulation (pour le sport, les activités professionnelles...) et participent à son maintien. Les attaches qui les relient aux os sont des **tendons**. Leur insertion au niveau de l'os s'appelle une **enthèse**. Des **bourses** de glissement permettent aux tendons d'être protégés et de coulisser facilement dans ces gaines par rapport aux structures avoisinantes. Les **réтинaculums** (5 par doigt) ou « poulies » sont des membranes fibreuses solides qui maintiennent les tendons au contact des articulations pour leur permettre de développer un maximum de force de préhension et de traction. Les tendons coulisser sous ces réтинaculums fibreux, et peuvent être lésés, irrités, se fibroser, avec création de nodules, qui peuvent empêcher leur bon coulisser, voir même entraîner des ressauts ou des blocages de doigt en flexion.

LES TENDONS SONT DES HAUBANS QUI PERMETTENT TOUTE LA MOBILITE D'UNE ARTICULATION. ILS PROLONGENT LES MUSCLES ET VONT S'ATTACHER SUR L'OS (ENTHESE). ILS COULISSENT DANS DES GAINES APPELEES BOURSES.

LES RETINACULUMS QUI MAINTIENNENT CES TENDONS AU NIVEAU DES DOIGTS PEUVENT ETRE LE SIEGE DE FIBROSE SUSCEPTIBLE DE BLOQUER EN FLEXION LE DOIGT.

ILLUSTRATION ANATOMIQUE D'UN DOIGT ET DE SES POULIES



Les rétinaculum ou poulies maintiennent en place les tendons lors des mouvements de flexion des doigts. Un nodule fibreux (en rouge) peut bloquer la flexion.

2. POURQUOI FAUT-IL TRAITER ?

Quel est le problème?

Une agression au niveau de votre tendon fléchisseur du doigt a déclenché un processus **inflammatoire**. Un mécanisme cicatriciel de fibrose a épaissi, voire donné naissance à un **nodule fibreux**, qui va bloquer l'action du tendon fléchisseur qui coulisse dans ces poulies en flexion. Le blocage survient le plus souvent au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne à la base du doigt.

- Des maladies inflammatoires chroniques peuvent également provoquer une inflammation de ces tendons.

LE TENDON FLECHISSEUR NE PEUT PLUS COULISSER SOUS CES POULIES LORSQU'IL EST EPAISSI OU LORSQU'UN NODULE CICATRICIEL S'EST FORME.

Quelles en sont les conséquences ?

Les douleurs sont inconstantes.

La fréquence des blocages est variable. Des petits mouvements répétés permettent de débloquent le plus souvent le doigt. Mais la gêne peut être très invalidante lorsque les épisodes se répètent souvent.

LA GENE DOULOUREUSE ET FONCTIONNELLE EST TRES VARIABLE D'UNE PERSONNE A L'AUTRE

Quels examens faut-il passer ?

Le plus souvent, aucun examen complémentaire n'est nécessaire.

L'échographie montre bien ce rétinaculum, parfois épaissi, les tendons, épaissis et parfois nodulaires.

L'échographie et l'IRM peuvent permettre à votre médecin de mieux explorer une éventuelle maladie inflammatoire sous-jacente associée.

**LE PLUS SOUVENT, AUCUN EXAMEN COMPLEMENTAIRE N'EST NECESSAIRE.
L'ECHOGRAPHIE PERMET DE BIEN VOIR LES RETINACULUMS ET LES TENDONS.**

Place du traitement par infiltration

Les traitements médicaux...

La place de l'infiltration se situe première ligne. Il s'agit d'injecter localement un produit cortisonique d'action immédiate et retardée. Son action est rapide (24-48 heures) et permet de diminuer voire de faire disparaître la douleur et le blocage. L'action du corticoïde se prolonge sur 3 à 6 semaines, mais l'efficacité sur l'inflammation et la douleur peut se prolonger pendant plusieurs mois, voire être définitive.

... et leurs limites

Après une infiltration, la disparition rapide des douleurs ne doit pas vous faire reprendre vos activités d'emblée à 100%, mais très progressivement. En effet, votre tendon a été lésé par cette inflammation chronique, et il est fragilisé : il y a un risque de déchirure voire de rupture.

L'infiltration n'a pas pour but de guérir. Elle contrôle partiellement ou totalement l'inflammation pour **passer un cap**. Mais si les mêmes activités mécaniques responsables restent inchangées, ou si la maladie en cause n'est pas stabilisée ou guérie par ailleurs, l'inflammation peut repartir.

On peut renouveler une infiltration, mais des récurrences doivent faire envisager d'autres possibilités de traitement pour réséquer ce rétinaculum.

**LE TRAITEMENT PAR INFILTRATION DE PREMIERE INTENTION
EST SOUVENT TRES EFFICACE SUR LA DOULEUR ET LE RESSAUT.
MAIS IL NE FAUT PAS OUBLIER QUE LE TENDON A ETE FRAGILISE PAR CETTE
TENDINITE CHRONIQUE.**

Les traitements d'exérèse du rétinaculum...

Ils sont indiqués en 2^{ème} intention. Ce peut être une résection à l'aiguille sous anesthésie locale et guidage échographique. L'autre solution est chirurgicale

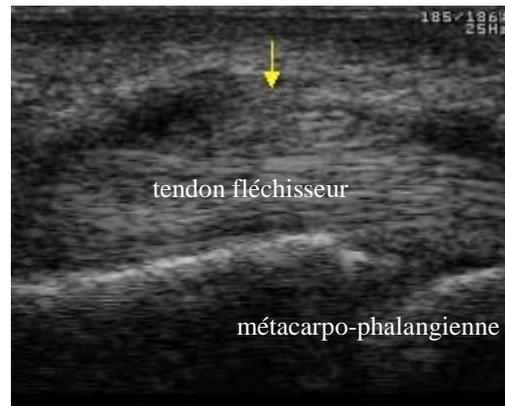
Ces 2 techniques pour libérer le tendon en réséquant le rétinaculum (qui cicatrisera dans un second temps).

... et leurs limites

Après échec du traitement par infiltration, il faut trouver la juste place de cette résection du rétinaculum.

**LA RESECTION DU RETINACULUM N'EST INDIQUEE QU'APRES ECHEC DU
TRAITEMENT INFILTRATIF, SOIT A L'AIGUILLE SOUS GUIDAGE ECHOGRAPHIQUE,
SOIT CHIRURGICAL.**

ILLUSTRATION : INFILTRATION ET RESECTION D'UNE POULIE D'UN DOIGT



Nodule fibreux au-dessus du tendon fléchisseur du 4^{ème} doigt visualisé en échographie (flèche jaune), au-dessus du tendon fléchisseur (écrasé), au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne

3. LE GESTE QUI VOUS EST PROPOSE

Introduction

La ponction consiste à faire pénétrer une aiguille au niveau de votre tendon ou de votre bourse de glissement. Deux actions sont alors possibles, parfois combinées.

La première est une **aspiration** du liquide pour analyse de laboratoire. On peut ainsi préciser le diagnostic de la maladie responsable.

La seconde action possible est une **injection**. C'est le plus souvent un produit cortisonique ou **corticoïde**, et c'est ce que l'on appelle communément une infiltration. Ces corticoïdes sont des dérivés de la cortisone naturelle, utilisés pour leur très puissante action anti-inflammatoire.

Mais ce peut être aussi entre autres un produit anesthésique (contre la douleur lors de la ponction), un produit de contraste à base d'iode (pour repérage).

LE GESTE TECHNIQUE COMPREND UNE PONCTION ET/OU UNE INFILTRATION D'UN DERIVE CORTISONIQUE D'ACTION PROLONGEE

Avant le geste

Assurez-vous que vous n'avez **aucune infection** en cours ou potentielle. Ainsi, tout épisode infectieux avec fièvre devra faire retarder le geste. La peau autour de l'articulation doit être bien propre, sans plaie ni éruption, type psoriasis ou acné par exemple. Toute infection locale ou régionale contre-indiquera le geste.

Ayez bien signalé **toute allergie** antérieure, ou un terrain allergique.

Signaler vos traitements, notamment **anti-coagulant**, corticoïde, immunodépresseur.

Signalez un éventuel **diabète**, une **hépatite virale**, être porteur du virus **HIV**, une **maladie hémorragique** comme l'hémophilie.

Assurez-vous que vous n'aurez pas besoin de quelqu'un pour vous **accompagner** à votre retour.

Lisez bien ce document, et n'hésitez pas à poser des **questions** complémentaires à votre médecin.

Vous pourrez avoir à signer un document pour conforter la confiance en l'information qui vous est donnée par votre médecin.

JE PREPARE BIEN LA REALISATION DE CE GESTE AVEC MA CHECK-LIST

Le geste

La ponction et l'infiltration se pratiquent dans un cabinet médical sur une table de consultation, allongé sur le dos.

Une technique de **guidage** peut s'avérer nécessaire pour plus de précision du geste. Il peut s'agir d'une échographie (sans rayons X, comme pour la femme enceinte), d'une radioscopie (images obtenues sur une table de radio grâce aux rayons X, avec possibilité d'injection de produit iodé pour vérifier le bon emplacement de l'aiguille), voire d'un scanner (rayons X) ou d'une IRM (rayonnement magnétique). L'évaluation de la quantité de rayonnement X délivrée pourra vous être précisée.

Votre médecin respectera les règles d'**asepsie** : lavage de main, gants propres, matériel stérile à usage unique, désinfection soigneuse de votre peau en regard du point d'injection.

Une **anesthésie locale** peut être proposée, mais elle n'est pas toujours utile si le point de ponction est peu douloureux : la piqûre d'anesthésie le serait tout autant.

Le point de ponction peut varier selon l'habitude du médecin : plusieurs voies d'accès sont possibles. Il se situe le plus souvent à la partie externe ou interne du poignet.

Le trajet de l'aiguille peut être trouvé du premier coup, mais peut nécessiter également quelques essais avant de se retrouver **au niveau du tendon ou de la bourse**. La ponction peut être plus ou moins douloureuse si l'aiguille touche un petit nerf ou l'os, ou lors de l'aspiration du liquide. Signalez-le à votre médecin, qui y remédiera, éventuellement avec une anesthésie locale.

Du liquide peut être aspiré pour analyse ou pour évacuation. Il est jaune pâle, plus ou moins trouble en cas d'inflammation importante, parfois un peu hémorragique, ce qui n'a pas de gravité en soi.

L'éventuelle injection du produit (cortisonique pour une infiltration) peut être réalisée d'emblée ou après la ponction.

L'aiguille est ensuite retirée. Une compression de quelques secondes, voire d'1 ou 2 minutes, peut être nécessaire s'il y a reflux. Un simple pansement suffit.

La technique ne dure au plus que quelques minutes.

<p style="text-align: center;">LE GESTE TECHNIQUE INFILTRATIF EST SIMPLE ET RAPIDE, SOUS ANESTHESIE LOCALE OU NON, SOUS GUIDAGE PAR ECHOGRAPHIE OU NON</p>

Après le geste

Il est souvent préférable d'être raccompagné, surtout si vous devez conduire ou si une anesthésie locale a été réalisée.

Vous pouvez retirer le pansement après quelques heures en l'absence d'écoulement.

L'articulation peut être mobilisée d'emblée. Il faut **respecter des consignes d'une utilisation mesurée** pendant environ 3 semaines.

Signalez à votre médecin tout épisode d'**éruption** sur la peau, de grattage, de fièvre.

Des **douleurs** dans les 24-48 premières heures sont le plus souvent bénignes, et ne nécessitent que la prise temporaire d'anti-douleur ou d'anti-inflammatoire, voire l'application de glace. Toutefois, si les douleurs persistent ou s'aggravent, prévenez votre médecin.

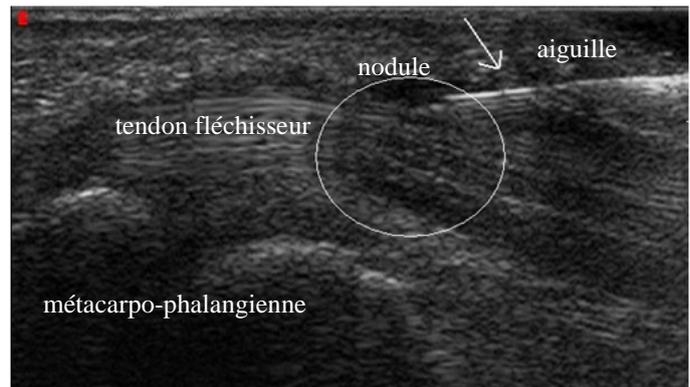
La **reprise des activités** professionnelles ou sportives ou de la rééducation doit être envisagée au cas par cas avec votre médecin, en fonction du résultat de l'infiltration et de la maladie en cause. Demandez un arrêt de travail ou un certificat d'arrêt des activités sportives si nécessaire.

Renseignez-vous pour savoir si une visite de contrôle est nécessaire.

ILLUSTRATION : SCHEMA D'UNE INFILTRATION D'UNE TENDINITE DE DE QUERVAIN AU POIGNET



Infiltration sous contrôle échographique



Réséction à l'aiguille (flèche) de la poulie d'un doigt sous contrôle échographique



Nodule fibreux qui va être réséqué chirurgicalement

4. LES RESULTATS ATTENDUS

Douleur et inflammation

Une infiltration cortisonique va être **efficace sur l'inflammation** 8 ou 9 fois sur 10. Cela signifie que la douleur diminue ou disparaît, et que la fonction s'améliore. L'amélioration est souvent spectaculaire.

Toutefois, le résultat est variable d'une personne à l'autre, et fonction de plusieurs facteurs :

- Le degré de l'inflammation peut être tel que l'infiltration cortisonique ne suffise pas.
- L'infiltration peut avoir besoin de plus de précision (guidage échographique ou radioscopique).
- Le responsable de l'inflammation est toujours actif. Le traitement de la maladie générale doit être revu.
- Le tendon est déjà lésé (déchirure voire rupture).
- L'articulation de voisinage est également atteinte (arthrose ou arthrite).
- Le résultat a été satisfaisant, mais quelques semaines ou mois plus tard, les douleurs et la gêne recommencent. On peut recommencer une infiltration, et rechercher les causes de la récurrence.

Fonction

L'amélioration de la fonction dépend de l'état de l'articulation de voisinage et du tendon. Si le tendon est déchiré, une gêne peut persister malgré la disparition de l'inflammation. Un avis chirurgical peut être utile.

Autres traitements

En cas d'échec de l'infiltration ou de récurrence, l'exérèse à l'aiguille ou chirurgicale donne de bons résultats.

La rééducation peut être reprise en fonction des besoins dès que l'indolence le permet.

**TRES BONS RESULTATS SUR L'INFLAMMATION ET AINSI SUR MA DOULEUR,
MEME SI ELLE NE REPARE PAS MON TENDON
NI NE SOIGNE LA CAUSE DE CETTE INFLAMMATION**

5. LES RISQUES

Le médecin qui s'occupe de vous prend toutes les précautions possibles pour limiter les risques, mais des problèmes peuvent toujours arriver.

L'infection est le risque le plus sérieux, mais il ne survient qu'une fois sur 40 000 malgré les précautions d'asepsie. Le germe peut provenir soit de l'environnement de votre médecin, soit de votre peau, soit amené par votre circulation sanguine d'un autre organe infecté.

Des facteurs favorisants sont à prendre en compte : traitement général par corticoïde, une biothérapie de rhumatisme inflammatoire chronique, un traitement immunosuppresseur, être porteur du HIV, un diabète.

Une allergie est possible, à l'anesthésique, aux excipients du produit cortisonique, voire à l'iode injecté pour mieux visualiser votre bourse. Elle reste rare.

Un malaise vagal est bénin et de courte durée. Il peut même précéder le geste. Il associe pâleur, malaise voire perte de connaissance, pouls ralenti, sueurs.

Le syndrome de Tachon survient dans les quelques minutes qui suivent l'injection. Une sensation de malaise intense avec douleurs lombaires (et parfois thoraciques) régresse en quelques minutes, de caractère bénin. Il est d'origine peu claire, peut-être lié à l'injection intra-vasculaire du produit cortisonique retard.

La ponction peut entraîner un **hématome sous-cutané**. Ce peut être dû à la ponction d'un petit vaisseau, sans gravité. C'est également favorisé par une maladie hémorragique connue, comme l'hémophilie, ou un traitement anti-coagulant, voire anti-agrégant plaquettaire.

Une petite partie du corticoïde injecté passe dans la circulation générale. Un **diabète** ou une **hypertension** peuvent être décompensés pendant quelques jours. De même, une **rougeur du visage** avec sensation de gonflement peut survenir transitoirement pendant quelques jours. Ce n'est pas à confondre avec une allergie.

En fait, avec les précautions usuelles, un geste infiltratif bien indiqué a un excellent rapport bénéfices / risques, ces derniers restant très rares et le plus souvent bénins.

**LES RISQUES SONT RARES (INFECTION : 1 / 40 000)
ET LE PLUS SOUVENT TRANSITOIRES ET BENINS**