

## Tendinopathie de De Quervain et névrite de Wartenberg : raisonnement clinique

Mots clés : ► Névrite ► Tendinopathie ► Thérapie manuelle

**A**u niveau de la face postérieure du radius, il est fréquent d'avoir des pathologies mixtes neuromusculaires.

Il existe 3 syndromes fréquents :

- la ténosynovite « De Quervain » ;
- le syndrome de la branche superficielle du nerf radial ;
- le syndrome d'entrecroisement.

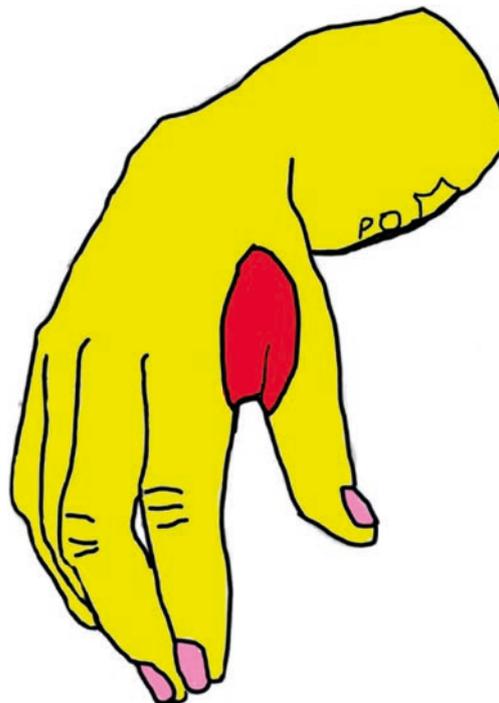
Les problèmes articulaires du poignet ont été traités dans un de nos précédent article [1]. Fontes [2] évoque également la perte des capacités de glissement du nerf à l'émergence de l'aponévrose anti-brachiale qui pourrait en être la cause.

Il est décrit par différents auteurs [3-5] une notion de pince dynamique qui serait réalisée par la contraction simultanée du brachio-radial et long extenseur radial du carpe plaquant la branche sensitive vers la profondeur.

Le nerf interosseux postérieur, qui est la partie terminale de la branche postérieure motrice du nerf radial, peut être aussi responsable de douleurs en cas de compression, généralement secondaire à une tuméfaction de la face postérieure du poignet le plus souvent d'origine kystique.

### Que faire alors ?

À l'interrogatoire, il faut mettre en évidence une douleur d'origine neurale (questionnaire DN4 positif) ou une douleur d'origine tendineuse. La douleur neurale est caractéristique et s'accompagne de troubles de la sensibilité dans la zone autonome (fig. 1).



► Figure 1

Territoire autonome du nerf radial

### ■ Tendinopathie et ténosynovite

Le syndrome de l'entrecroisement, la ténosynovite de De Quervain et la compression du nerf radial au poignet peuvent être associés (fig. 2). Ce n'est donc pas un diagnostic d'exclusion fonctionnelle mais une association possible avec un tableau clinique unique.

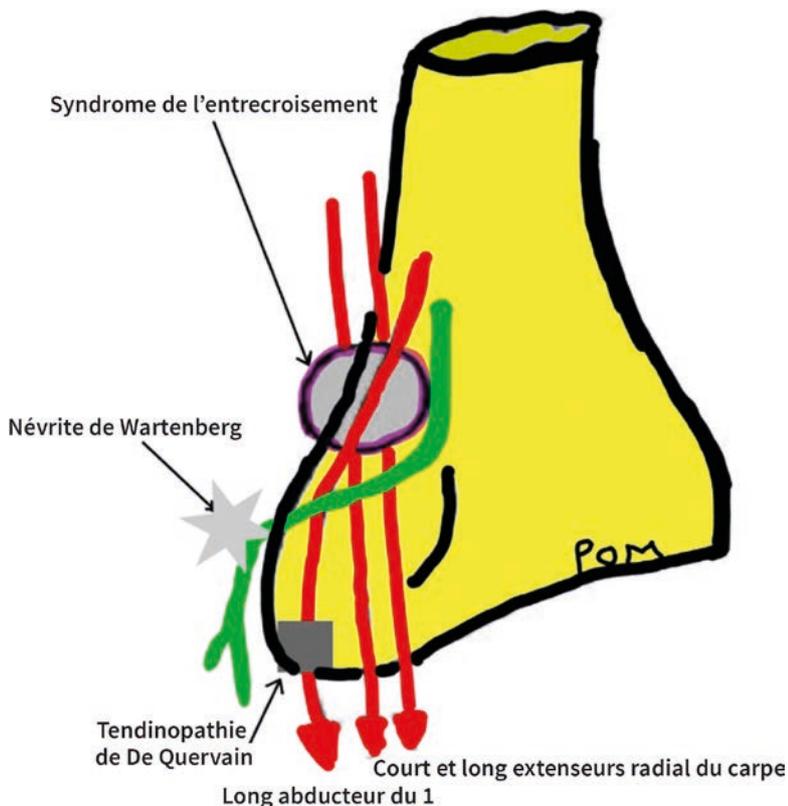
### ■ Recherche précise de la douleur par la palpation

C'est est le principal temps du diagnostic différentiel :

### Pascal POMMEROL

Kinésithérapeute  
Cadre de santé  
Ostéopathe M Sc2  
Directeur de PAPL Formation  
Lyon (69)

# Tendinopathie de De Quervain et névrite de Wartenberg : raisonnement clinique



► **Figure 2**

Le repérage anatomique précis permet de noter des dysfonctions sur l'entrecroisement des tendons (court et long extenseurs du carpe), sur la ténosynovite de De Quervain (long abducteur et court extenseurs du pouce) et la névrite de Wartenberg (compression du nerf radial)

- un **syndrome du croisement** (douleurs plus proximales avec « crépitation neigeuse » [2] et surtout une échographie ou un IRM positif (fig. 3) ;
- une **ténosynovite de De Quervain** (douleurs plus distales, manœuvre de Finkelstein positive comme l'échographie ou l'IRM [6].

La recherche d'une ténosynovite associée à une compression du nerf radial doit être systématique.

Foucher et Lanzetta *et al.* [7, 8] décrivent que l'association des deux pathologies est très fréquente (50 %) mais sous-diagnostiquée. Les surcharges de contraintes mécaniques peuvent en être responsables comme également :

- la sclérose sous dermique après infiltrations [8] ou après chirurgie avec un névrome cicatriciel ;
- la compression par le port d'orthèses, bracelet, etc. du poignet ;

- une ténosynovite d'insertion du *brachioradialis* ou « styloïdite ».

## ■ Test de Finkelstein

Nous notons la présence ou non d'une douleur lors de la manœuvre de Finkelstein comme décrite par Dawson *et al.* [9] et son stade. La douleur peut être augmentée par la contraction isométrique résistée du long abducteur du pouce par plaquage de la branche nerveuse. [10] :

- il s'est révélé positif lors du test d'un seul membre supérieur sur les 14 testés dans le groupe témoins ;
- dans le groupe patient, il s'est révélé positif dans 80 % des membres symptomatiques. Il est corrélé à chaque fois au signe de fourmillement positif [9].

Lors du test, le patient est en position neutre de pronosupination. Le bord ulnaire de l'avant-bras repose sur la table d'examen. Le poignet et la main débordent de la table d'examen et ne sont pas soutenus (fig. 4).

Chez les sujets *a priori* sains, ce test est pratiqué bilatéralement pour dépister une symptomatologie à bas bruit préexistante.

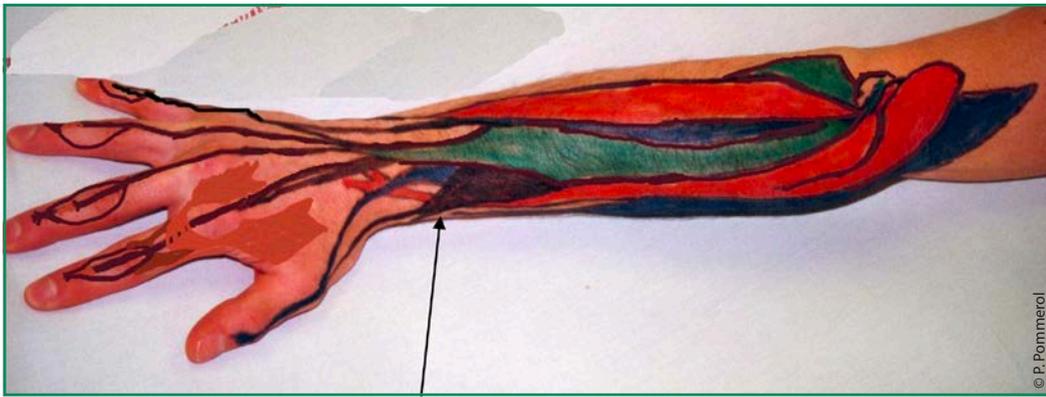
On réalise une inclinaison ulnaire, puis le pouce est placé sur la tête du 5<sup>ème</sup> métacarpe (photo de gauche), puis les autres doigts maintiennent le pouce dans la paume (photo du milieu) et on réalise l'inclinaison ulnaire.

## ■ Description des 3 stades

- **Stade 1** : l'inclinaison ulnaire réalisée par le patient déclenche la douleur.
- **Stade 2** : l'inclinaison ulnaire réalisée en actif par le patient et majorée par l'examineur provoque la douleur.
- **Stade 3** (manœuvre originale de Finkelstein) : L'enroulement de la première colonne pratiqué par l'examineur dans la position décrite au stade 2 provoque la douleur.

## ■ Test de compression nerveuse

On écrase le nerf le long de son trajet.



► **Figure 3**

Le syndrome de l'intersection entre les tendons en noir (court extenseur et long abducteur du I) et les tendons en rouge des muscles extenseurs radial du carpe



► **Figure 4**

Description du test de Finkelstein [9, 11]

Il est donc très difficile et parfois impossible de faire la différence entre les deux car l'inflammation de l'un peut retentir sur l'autre élément anatomique.

Est-ce que le test UNLT3 (ou UNLT2b) (tests upper neural test 3) ou test de mise en tension du nerf radial peut nous aider ?

■ **Test de mise en tension neurale :  
UNLT 3 (fig. 5)**

L'UNLT3 : la mise en tension du nerf radial a reproduit la symptomatologie douloureuse dans 40 % des cas dans le groupe « patients ». Ce test était corrélé à chaque fois avec le test de Finkelstein positif et le signe de fourmillement positif [12].

Il est important de noter que le test dans ce cas commence par la mise en tension caudale du nerf et donc par le test passif de Finkelstein. Ce n'est que dans un deuxième temps que l'on réalise la tension plus haute du nerf radial, puis des branches du plexus brachial par l'abduction



► **Figure 5**

Test de l'UNLT3 : position terminale avec mise en tension du plexus brachial grâce à l'inclinaison controlatérale de la tête et l'abduction de l'épaule [14, 15]

de l'épaule vers 110°. La séquence peut être inversée (crâniale au caudale) pour augmenter la précision des contraintes [13]. Si la douleur est nettement augmentée lors de l'inclinaison de la tête ou lors de l'abaissement, une irritation neurale pourra plus être suspectée.

## Conclusion

Il est difficile et parfois impossible de dissocier les muscles par rapport au nerf et donc dans le traitement, il faudra associer un traitement isolement musculaire et un traitement de mobilisation neurale, puis l'association mobilisation du nerf/muscle et du muscle/nerf. ✘



## BIBLIOGRAPHIE

- [1] Pommerol P, Travers V. Examen du poignet pour une consultation directe. *Kinesither Scient* 2015;570:37-43.
- [2] Fontes D. Compression du nerf radial au poignet. *Chir Main* 2004;23:160-4.
- [3] Raimbeau G. *Pathologie non traumatique du nerf radial*. Cahiers d'Enseignement de la Société Française de Chirurgie de la Main. Paris : Expansion Scientifique Française, 1996;8:37-51.
- [4] Kleinert JM, Mehta S. Radial nerve entrapment. *Orthop Clin North Am* 1996;272:305-15.
- [5] Mackinnon SE, Dellon AL, Hudson AR, Hunter DA. Histopathology of compression of the superficial radial nerve. *J Hand Surg* 1986;11A:206-10.
- [6] Kasehagen B *et al.* Assessing the reliability of ultrasound imaging to examine radial nerve excursion. *Ultrasound Med Biol* 2016;42(7):1651-9.
- [7] Foucher G, Greant P, Sammut D, Buch N. Névrites et névromes des branches sensibles du nerf radial. A propos de 44 cas. *Ann Chir Main* 1991;10(2):108-12.
- [8] Lanzetta M, Foucher G. Entrapment of the superficialis branch of the radial nerve (Wartenberg syndrome). A report of 52 cases. *Int Orthop* 1993;17:342-5.
- [9] Dawson C, Mudgal CS. Staged description of the Finkelstein test. *J Hand Surg* 2010 Sep;35(9):1513-5.
- [10] Dellon AL, Mackinnon SE. Radial sensory nerve entrapment in the forearm. *J Hand Surg* 1986;11A:199-205.
- [11] le Viet D. *Les tendinites et apophysites du poignet*. Cahiers d'enseignement de la Société Française de Chirurgie de la Main. Paris : Expansion Scientifique Française, 1995.
- [12] Blanchon B. *Bilan sensitif de la zone autonome de la branche superficielle du nerf radial. Intérêts dans la prise en charge des douleurs de la face dorsale de la première commissure* [DIU de Rééducation et appareillage en chirurgie de la main - Faculté de Grenoble, 2015].
- [13] Wright TW, Glowczewskie F Jr, Cowin D, Wheeler DL. Radial nerve excursion and strain at the elbow and wrist associated with upper-extremity motion. *J Hand Surg Am* 2005 Sep;30(5):990-6. PubMed PMID: 16182056.
- [14] Pommerol P. *Ostéopathie et thérapie manuelle du tissu neuroméningé*. Montpellier : Sauramps Médical, 2007.
- [15] Pommerol P. Ostéopathie neuroméningée lors des douleurs du membre supérieur. *Main Libre* 2009;n°4.

### Pour en savoir plus :

- Pommerol P. *Thérapie manuelle des syndromes canaux du membre supérieur. Tome 2 : bras avant-bras et main*. Montpellier : Sauramps Médical, 2019.