

## Examen du poignet pour une consultation directe

Mots clés : ▶ Consultation directe ▶ Examen ▶ Poignet ▶ Thérapie manuelle ▶ Traitement

Les causes de douleur du poignet étant multiples, elles représentent pour le praticien un important défi diagnostique et thérapeutique. Nous vous proposons une démarche de diagnostic différentiel pour la mise en place d'une séance d'ostéopathie ou de thérapie manuelle. Cette démarche est pour une consultation en première intention avec un diagnostic d'exclusion médicale et fonctionnelle et une analyse des douleurs et des symptômes.

### Signes généraux ou diagnostic d'exclusion médicale

La recherche des drapeaux rouges est fondamentale. Les signes généraux sont les suivants :

- < 20 ans, > 50 ans ;
- antécédents de tumeur maligne ;
- perte de poids inexplicable ;
- traumatisme significatif ;
- pas d'amélioration avec le repos ;
- douleurs à prédominance nocturne ;
- raideur matinale durant plus d'une heure ;
- abus de drogue par voie intraveineuse ;
- traitement prolongé aux corticoïdes ;
- infection concomitante.

### ■ Tableau général [1]

#### ■ Si l'origine est traumatique

Dans les cas traumatiques, une simple chute de sa hauteur peut occasionner une association de lésions osseuses et ligamentaires graves. Il faut une consultation spécialisée qui ne doit pas s'arrêter à une radiographie simple de face profil.

En l'absence de fracture visible sur les radiographies, une douleur persistante devra faire suspecter des lésions ligamentaires graves (radio-ulnaire

distale, scapho-lunaire ou luno-triquétrale en association ou non). Une douleur exquise à la palpation du scaphoïde, du semi-lunaire en cas de traumatisme est un drapeau rouge.

#### ■ Dans le cas de non-traumatisme

Il faut rechercher des douleurs intenses, permanentes ou paroxystiques, des dysesthésies, des parésies, paralysies ou des déformations.

- Il faut éliminer toute douleur de type inflammatoire, site d'infection ou de processus tumoral.
- Des douleurs permanentes irradiant à l'épaule associées à un œdème, à un érythème, à une hypersudation, suivies d'une raideur sont très évocatrices d'un syndrome douloureux régional complexe.
- Une douleur spontanée, constante non améliorée par le repos doit faire évoquer une tumeur (kyste synovial, ostéome ostéoïde), un trouble vasculaire (thromboses, nécroses) ou une infection (ostéomyélite).
- L'inflammation et l'état général évoqueront une maladie rhumatismale telles qu'une arthrite, une chondrocalcinose ou une goutte.

### Interrogatoire

La douleur : où ? Quand ? Comment ? Comportement ? Qu'est-ce qui aggrave, qui diminue la douleur ? Sur 24 heures (douleur nocturne).

### ■ L'examen clinique

Il commence par un diagnostic d'exclusion fonctionnelle : c'est un examen rapide des autres articulations responsables de douleurs à distance. Il comprend le coude, l'épaule, la ceinture scapulaire et le rachis cervical car la douleur référée au poignet est fréquente.

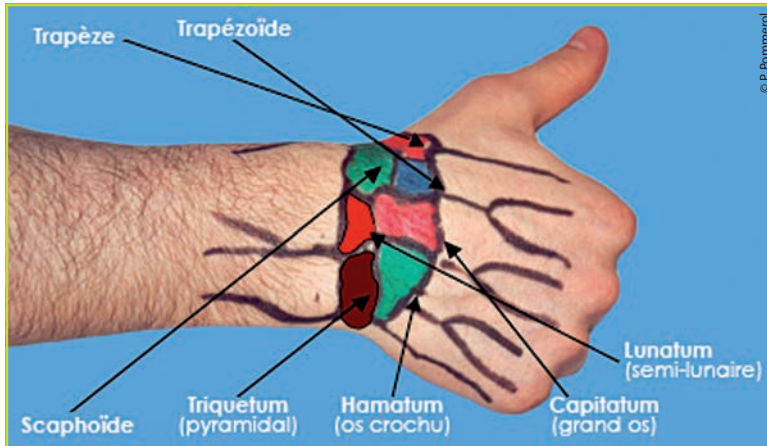
#### Pascal POMMEROL

Kinésithérapeute  
cadre de Santé -  
Ostéopathe  
Directeur de  
PLP Formation  
Lyon (69)

#### Dr Vincent TRAVERS

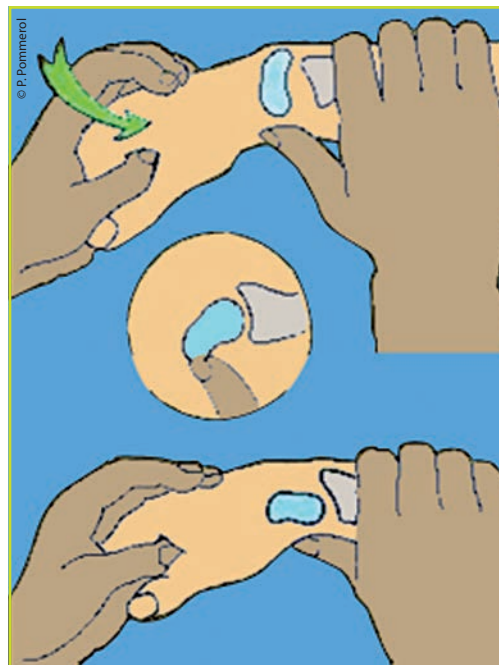
Chirurgien  
du membre supérieur  
Clinique Saint-Charles  
Lyon  
Clinique des Lauriers  
Saint-Raphaël (83)

# Examen du poignet pour une consultation directe



► Figure 1

Face dorsale du poignet



► Figure 2

### Manœuvre douloureuse de Watson

En bas, on applique une pression ferme sur la face palmaire du scaphoïde

En haut, le poignet est placé en inclinaison ulnaire, ce qui place le scaphoïde dans l'axe de l'avant-bras. Lors du passage en inclinaison radiale avec légère flexion, le scaphoïde ne peut se coucher car il est maintenu par le pouce du praticien.

En cas de lésion scapho-lunaire et chez les sujets laxes, le scaphoïde va partir en arrière, sous le bord postérieur du radius.

La douleur peut parfois être le seul élément perceptible sans sensation de ressaut, mais le bruit lors du relâchement de la pression est souvent présent [6].

L'examen du poignet et de la main commence par l'inspection, à la recherche de lésions trophiques, érythème, tuméfaction, déformation, cicatrice adhérente ou hypertrophique.

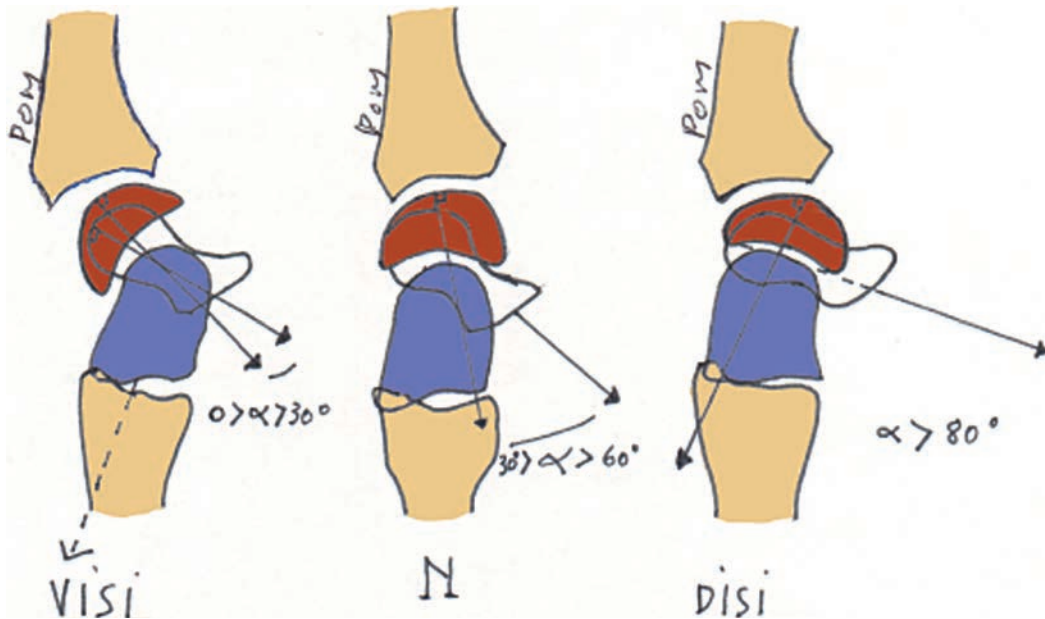
La force de serrage, comparée au côté sain, est un examen objectif de la sévérité de l'atteinte. Répétées à intervalle régulier, ces valeurs témoignent de l'évolution de la lésion dans le temps.

**La palpation** nous permet de faire un examen précis de la région : on commence par la face dorsale, la face palmaire, puis les faces latérales ou radiales, et médiales ou ulnaires.

## Douleur à la face dorsale (fig. 1)

On pratique les tests suivants :

- recherche d'une ténosynovite : empatement parfois douloureux à la palpation et des crépitations lors de la mobilisation du poignet ou des doigts [2] ;
- un kyste arthrosynovial se présente sous forme d'une voussure dorsale, généralement en regard de l'articulation médio-carpienne. Il est souvent adhérent au plan profond. On peut trouver un kyste inclus qui peut être confirmé par imagerie [3] ;
- une douleur, localisée en regard du semi-lunaire, souvent spontanée et aggravée par l'effort, fait suspecter une nécrose aseptique (maladie de Kienböck) [4, 5]. La radiographie standard peut confirmer le diagnostic et en révéler le stade évolutif. Une douleur un peu plus distale et radiale, souvent associée à un œdème localisé, peut correspondre à une arthrose STT (scapho trapézo-trapézoïdienne) [3] ;
- dans un contexte de traumatisme du poignet :
  - une douleur localisée sur l'interligne scapho-lunaire, évoque une entorse interosseuse. Elle peut être dépistée par la manœuvre de décoaptation radio-scaphoïdienne de Watson [3]. La manœuvre est positive en cas de ressaut douloureux (fig. 2). Le ressaut n'est pas pathologique, c'est la douleur qui l'accompagne. L'examen doit se faire systématiquement des deux côtés. Sa sensibilité et sa spécificité sont faibles. Ce test est positif chez 20 % des individus normaux et présente un ressaut asymptomatique de 32 % [6]. Radiologiquement, on recherche un écartement scapho-lunaire sur la



► **Figure 3**

**Instabilité du poignet**

La position neutre est définie par un angle entre le scaphoïde et l'os lunaire compris entre 30 et 60°

Le VISI est une instabilité ventrale :

le capitatum (grand os) se trouve en antériorité poussé par le couple scapho-lunaire qui regarde vers l'avant

Le DISI est une instabilité postérieure :

le capitatum se retrouve en postériorité par le semi lunaire qui regarde vers l'arrière

radiographie de face ( $L > 3$  mm) ou un signe de l'anneau témoignant d'une horizontalisation du scaphoïde [2]. La radiographie de profil permet d'apprécier la stabilité du carpe caractérisé par l'alignement radio-luno-capitatum. En cas d'entorse scapho-lunaire grave, on observe une horizontalisation du scaphoïde associée à une bascule dorsale du semi-lunaire (angle radio-lunaire  $K > 20^\circ$ ). C'est l'instabilité dorsale du carpe (DISI) [4, 7] (fig. 3) ;

- l'instabilité post-traumatique luno-triquétrale est plus rare. La manœuvre du cisaillement antéro-postérieur de Kleinman [8] ou de Reagan [9] fait souvent le diagnostic. Ces manœuvres sont positives si on perçoit une laxité douloureuse de l'articulation (fig. 4). Le test de Kleinman serait très sensible et plus spécifique que le test de Reagan [6, 10].

Les radiographies de face peuvent révéler une incongruence entre triquetrum et semi-lunaire, et les clichés de profil une bascule ventrale du semi-lunaire (angle radio-lunaire  $L > 20^\circ$ ). C'est l'instabilité de type ventral du carpe (VISI) (cf. fig. 3) [4].

Le diagnostic d'entorse scapho-lunaire ou luno-triquétrale peut être posé par l'imagerie médicale ou directement par arthroscopie.



► **Figure 4**

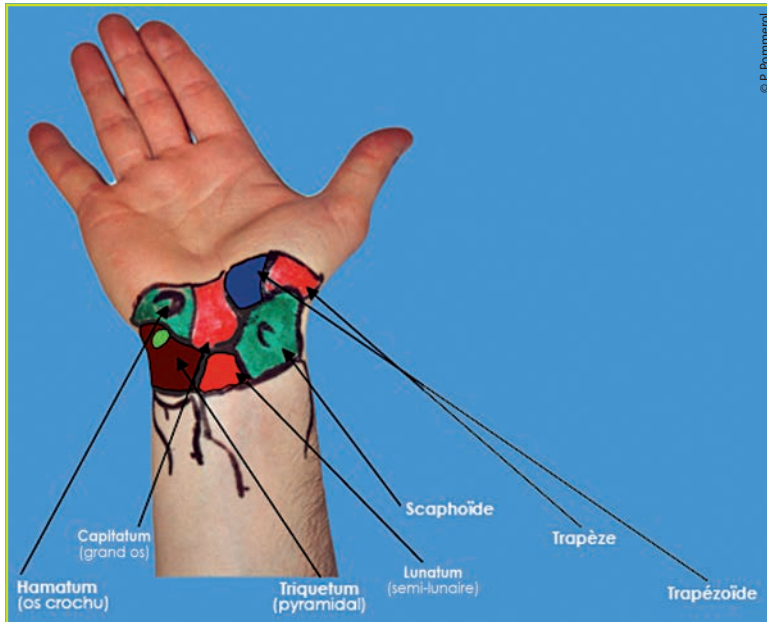
**Test de Kleinman [8]**

Le coude est posé sur la table et l'avant-bras en l'air

Le praticien pose son pouce sur le lunatum sur la face dorsale et son autre pouce appuie sur le pisiforme sur la face ventrale pour créer une force en direction postérieure

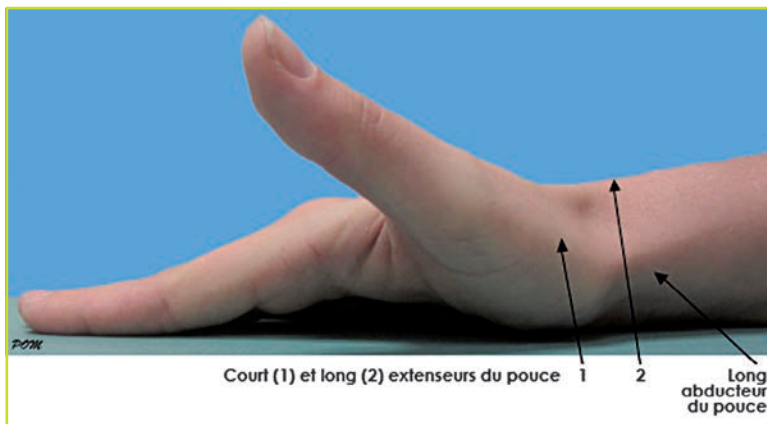
La douleur signe la lésion

## Examen du poignet pour une consultation directe



► Figure 5

Face palmaire du carpe



► Figure 6

La rétropulsion du pouce est réalisée par les extenseurs du pouce (court et long) et long abducteur du pouce (muscles le plus antérieur) et elle est douloureuse dans la ténosynovite de De Quervain

### Douleur à la face palmaire (fig. 5)

On recherche :

- une douleur neuropathique associée à une percussion électrisante du thénar évoque une pathologie du nerf médian mais les douleurs diffusent dans les doigts externes. Les tests de Phalen sensibilisé, UNLT1, Tinel, etc., réalise le diagnostic sans équivoque [11-13] ;

- une tendinopathie du fléchisseur radial du carpe : cette pathologie accompagne des dysfonctions et arthrose scapho-trapézo-trapézoïdienne [14] ;
- une ténosynovite des tendons fléchisseurs des doigts est fréquente [2, 4]. On peut retrouver cette pathologie par une tuméfaction crépitante de la face palmaire du poignet.

• **Pathologie du scaphoïde** : la palpation du tubercule du scaphoïde peut déclencher une douleur aiguë en cas de fracture ou lors de la manœuvre de Watson en cas d'instabilité scapho-lunaire (cf. fig. 1).

• **Fracture ou une pseudarthrose de l'hamatum** : une palpation douloureuse de l'apophyse de l'hamatum (os crochu) à la base de l'éminence hypothénarienne est alors retrouvée. Le syndrome du canal de Guyon (fig. 5) peut accompagner ce tableau clinique [4].

- Les thromboses de l'artère ulnaire sont rares [5].

### Douleur à la face latérale (radiale)

Il faut examiner les pathologies suivantes :

- **une névralgie du nerf radial** : suite à une compression ou à un névrome post-traumatique de la branche sensitive dorsale, révélée par un signe de Tinel (percussion de la lésion). Il faut percuter le nerf à son émergence entre le tendon du brachio-radial et celui du LERC (premier radial) à la jonction du tiers moyen et du tiers distal de l'avant-bras. On peut réaliser un UNLT3 pour déclencher la douleur [15] ;

– **la ténosynovite sténosante de De Quervain** est une cause fréquente de douleurs au niveau du bord radial du poignet. Elle est une inflammation de la gaine des tendons du pouce (long abducteur, court et long extenseur) au bord externe du poignet (fig. 6). La palpation note un empâtement douloureux sur la styloïde radiale. La manœuvre de Finkelstein (fig. 7) (doigts longs fermés sur le pouce et inclinaison cubitale du poignet) affirme le diagnostic [2] ;

– **le syndrome de l'intersection** est une tendinopathie fréquente mais la douleur est plus proximale car c'est l'inflammation d'une bourse séreuse entre les tendons des LERC et CERC (radiaux) d'une part et le muscle long abducteur du pouce et court extenseur du pouce d'autre part (fig. 8 et 9). La palpation est très douloureuse au-dessus de la styloïde radiale ;





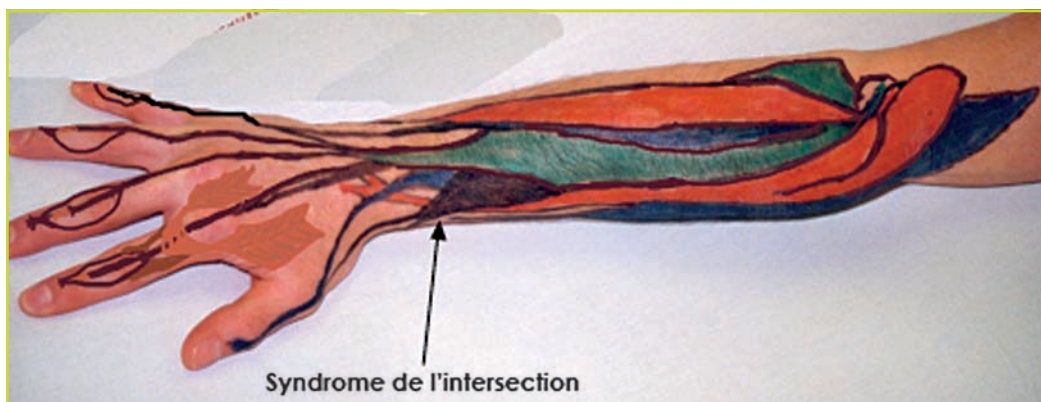
► **Figure 7**

Test de Finkelstein :

À gauche : on place le pouce de la main testée du patient sur la tête du 5<sup>ème</sup> métacarpien

Au milieu : on demande au patient de fermer les autres doigts pour « capturer » le pouce

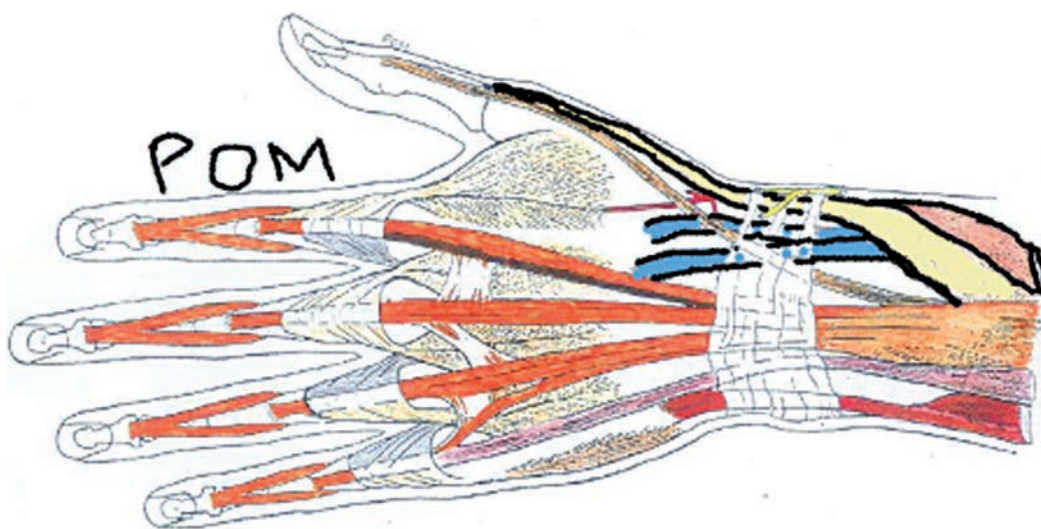
À droite : le patient réalise une inclinaison ulnaire en gardant bien le poignet en rectitude sans flexion et extension du poignet



► **Figure 8**

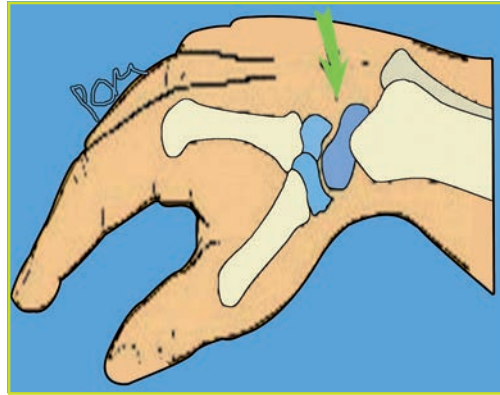
Le syndrome de l'intersection :

entre les tendons en noir (court extenseur et long abducteur du I) et les tendons en rouge des extenseurs radial du carpe (radiaux)



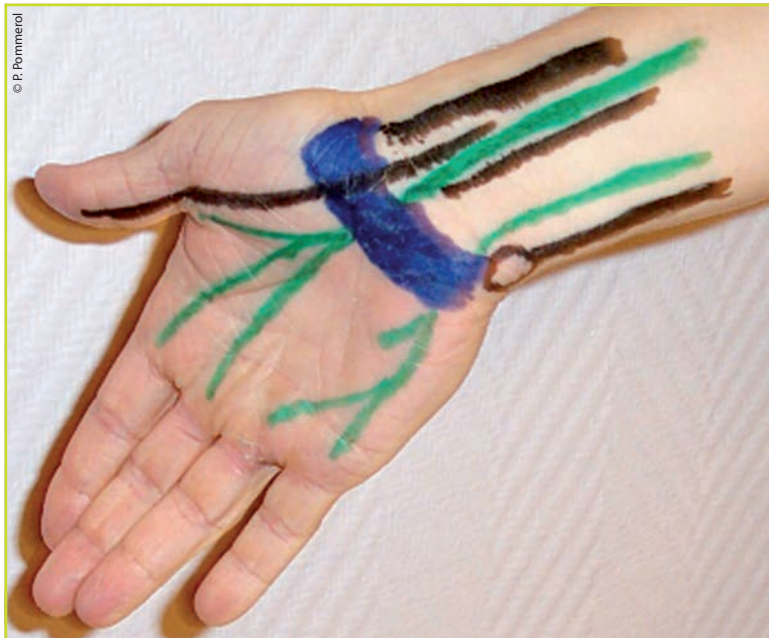
► **Figure 9**

Les extenseurs radiaux du carpe (radiaux) croisent le court extenseur et long abducteur du pouce



► **Figure 10**

L'inclinaison radiale passive crée la douleur pour la fracture ou la pseudarthrose du scaphoïde



► **Figure 11**

Palpation du nerf ulnaire (en vert) en dedans du pisiforme

- **pathologie du scaphoïde (fig. 10)** : une douleur au niveau de la tabatière anatomique fait suspecter une fracture du scaphoïde, une pseudarthrose du scaphoïde ou une entorse scapho-lunaire. La douleur pour une fracture ou une pseudarthrose est, lors d'une inclinaison radiale, passive en appuyant sur la face latérale du scaphoïde alors que pour une entorse du ligament latéral la douleur est plus vive en inclinaison ulnaire passive [16]. Le diagnostic sera confirmé par une radiographie, une tomodensitométrie (CT) ou une IRM ;

- **un kyste arthrosynovial** au niveau du scaphoïde accompagne souvent des dysfonctions trapézo-métacarpiennes ou scapho-trapéziennes (crépitation trapézo-métacarpienne à la mobilisation ou douleur scapho-trapézienne lors de l'inclinaison ulnaire du poignet). L'arthrose radio-carpienne débutante se manifestant au niveau de la styloïde radiale.

## Douleur à la face médiale (ulnaire)

- **Pathologie du nerf ulnaire (fig. 11)** : il est confirmé par la percussion (Tinel), surtout au niveau du canal de Guyon [4] et des douleurs irradiantes sur les deux doigts médiaux. On peut pratiquer l'UNLT 4 (*upper limb neural test*) pour préciser le diagnostic [15] ;
- **la tendinopathie du tendon extenseur ulnaire du carpe** est à rechercher ;
- **une entorse de l'articulation radio-ulnaire distale** se manifeste par la saillie dorsale de la tête ulnaire apparaissant en pronation de l'avant-bras, associée à une instabilité à la manœuvre de tiroir antéro-postérieur (fig. 12) [5, 17] ;
- **conflit ulno-carpien** : une douleur provoquée à la palpation de la dépression située entre la styloïde ulnaire et le pisiforme ainsi qu'une douleur en déviation ulnaire du carpe seront suspectes d'une déchirure du complexe ligamentaire triangulaire. Cette pathologie, souvent associée à un cubitus long, peut accompagner une lésion ligamentaire luno-triquétrale révélée par la manœuvre de cisaillement [18] ;
- **une dysfonction piso-triquétrale** se retrouve par des douleurs exacerbées à la compression et au glissement des deux os l'un par rapport à l'autre, correspondant à une arthrose que la radiographie avec incidence piso-triquétrale ou le scanner confirmera [4].

## Le diagnostic : la fiche bilan

Il s'accompagne de mesures d'amplitude du poignet, d'une évaluation de la douleur (EVA) avec une échelle type « *quick dash* » pour objectiver les troubles du patient. Voici l'adresse pour le retrouver [19].

## Conclusion

L'anatomie est la base du diagnostic. Devant des douleurs non mécaniques ou persistantes après traumatisme, la consultation en milieu spécialisé s'impose et l'attente peut être dramatique pour le patient. Nous verrons dans l'article suivant le principe des mobilisations articulaires du poignet. ✕



► **Figure 12**

La tête ulnaire se postériorise en pronation et flexion du poignet. S'il existe une entorse de l'articulation radio-ulnaire suite à un traumatisme, la douleur va se manifester lors de ce mouvement.



## BIBLIOGRAPHIE

- [1] Kaufmann N, Paturel M, Waldburger Y. *Contres-indications absolues et relatives à la prise en charge ostéopathique immédiate*. Commission Académique FSO-SVO, 2007 : 1-61.
- [2] 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.
- [3] Watson HK, Ballet FL. The SLAC wrist: Scapholunate advanced collapse pattern of degenerative arthritis. *J Hand Surg [Am]* 1984;9A:358-65.
- [4] Sadowski D, Della Santa. Les syndromes douloureux du poignet. *Revue Médicale Suisse* 2006 Déc;n°92.
- [5] Verdan C. *Diagnostic d'une douleur du poignet*. Monographie du GEM. Paris : Expansion Scientifique Française, 1983.
- [6] Dumontier C. Examen clinique des traumatismes ligamentaires du poignet. *Maîtrise Orthopédique* 1996 déc;n°49. <http://eikon.ser-veftp.net/viewPage>
- [7] Taleisnik J. Current concepts review: Carpal instability. *J Bone Joint Surg [Am]* 1988;70:1262-8.
- [8] Hermansdorfer JD, Kleinman WB. Management of chronic peripheral tears of the triangular fibrocartilage complex. *J Hand Surg* 1990;15A:825-6.
- [9] Reagan DS, Linscheid RL, Dobyns JH. Lunotriquetral sprains. *J Hand Surg [Am]* 1984;9:502-14.
- [10] Ambrose L, Posner MA. Lunate-triquetral and midcarpal joint instability. *Hand Clin* 1992;8:653-68.
- [11] Pommerol P, Travers V. Canal carpien : revue systématique de littérature des études cliniques sur les traitements manuels et les mobilisations. *Kinésithér Scient* 2010;506:43-55.
- [12] Pommerol P, Travers V. Thérapie manuelle : diagnostic et traitement manuel du syndrome du canal carpien avant chirurgie. *Kinésithér Scient* 2014;553:45-50.
- [13] Pommerol P, Travers V. Syndrome du canal carpien : prise en charge thérapeutique. *Kiné actualité* 2015;1415:20-5.
- [14] Gazarian A, Foucher G. La tendinite du grand palmaire. À propos de vingt-quatre cas. *Ann Chir Main* 1992;11:14-7.
- [15] Pommerol P. *Ostéopathie et thérapie manuelle du tissu neuroméningé*. Montpellier : Sauramps Médical, 2007.
- [16] Watson HK, Ashmead D, Makhlof MV. Examination of the scaphoid. *J Hand Surg [Am]* 1988;13:657-60.
- [17] Palmer AK. Triangular fibrocartilage complex lesions: A classification. *J Hand Surg* 1989;14A:594-606.
- [18] Kirschenbaum D, Coyle MP, Leddy JP. Chronic lunotriquetral instability: Diagnosis and treatment. *J Hand Surg [Am]* 1993;18:1107-12.
- [19] [http://dash.iwh.on.ca/system/files/translations/QuickDASH\\_French\\_Parisian.pdf](http://dash.iwh.on.ca/system/files/translations/QuickDASH_French_Parisian.pdf)