

Les facteurs associés à une récurrence d'une ténosynovite de De Quervain en pratique rhumatologique à Ouagadougou (Burkina Faso).

Factors associated with recurrence of De Quervain's tenosynovitis in rheumatological practice in Ouagadougou (Burkina Faso).

Wendlassida Joelle Stéphanie Zabsonre/Tiendrebeogo¹, Fulgence Kabore¹, Charles Sougue², Moussa Ouedraogo, Victor Nonguierma, Nadia Esther Toe, Aida Abassiri, Binta Savadogo, Aboubakar Ouedraogo, Venance Kabore, Cyprien Yameogo, Théodore Ouedraogo^{1,2}, Dieu-Donné Ouedraogo

1 Service de Rhumatologie, Centre hospitalier universitaire de Bogodogo, Ouagadougou, Burkina Faso

2 Service de Chirurgie Polyclinique Notre Dame de la Paix, Ouagadougou, Burkina Faso

DOI: 10.24398/A.440.2022;

Rev Mar Rhum 2022; 59:49-52

Résumé

Introduction : La ténosynovite de De Quervain est une inflammation de la gaine des tendons du pouce (long abducteur et court extenseur) au bord externe du poignet. Il s'agit d'une affection fréquente. Le traitement est le plus souvent conservateur basé sur les infiltrations locales de corticostéroïdes. Cependant, des cas de récurrences sont observés. Peu de données existent sur les récurrences des ténosynovites de De Quervain. Le but de cette étude était de déterminer la fréquence des récurrences après traitement d'une ténosynovite de De Quervain ainsi que les facteurs qui y sont associés.

Matériels et méthodes : Il s'est agi d'une étude rétrospective à visée descriptive et analytique sur une période de 11 ans de Février 2006 à Juin 2017 dans le service de rhumatologie du Centre hospitalier universitaire de Bogodogo. Étaient inclus tous les patients ayant une ténosynovite de De Quervain confirmée par l'échographie du poignet. Les paramètres sociodémographiques, cliniques, paracliniques, thérapeutiques et évolutifs ont été étudiés. Les dossiers incomplets étaient exclus. Tous les patients recevaient au moins une infiltration locale de corticoïdes (Cortivazol ou Betaméthasone). La récurrence était définie par une réapparition de la maladie après une guérison complète d'au moins 4 semaines après une infiltration de corticoïde. Les patients ayant une récurrence ont été comparés à ceux qui étaient améliorés par le traitement. Le test de χ^2 a été utilisé pour comparer les variables. Un seuil de significativité p inférieur à 0,05 a été retenu.

Résultats : sur 105 patients reçus durant la période d'étude, 27 (25,71%) avaient une récurrence de ténosynovite de De Quervain. L'âge moyen était de 46,80 ans et le sex ratio de 0,11. Le délai moyen de récurrence était de 15,24 mois avec des extrêmes de 1 et 72 mois. Tous les patients ont bénéficié lors de la récurrence d'un traitement médical, aucun patient n'a bénéficié d'une prise en charge chirurgicale. Parmi les patients qui avaient une récurrence, 9 (33,33%) étaient des agents de bureau. Vingt (74,07%) patients ayant récidivés avaient une activité entraînant une hypersollicitation de la main. Les facteurs de récurrence observés étaient l'infection à VIH (4cas ($p=0,004$), l'obésité 4 cas ($p=0,03$), et la présence d'un fibrome utérin (3cas ($p=0,04$)). L'évolution était favorable dans 20 cas (74,04%), la persistance douloureuse était notée chez 6 patients (22,22%).

Conclusion : la récurrence est fréquente lors des ténosynovites de De Quervain. La détermination de facteur de récurrence dès le premier épisode permet d'envisager une prise en charge adaptée et de réduire ainsi le taux de récurrence.

Mots clés : Ténosynovite; De Quervain; Récurrence; Burkina Faso; Afrique.

Abstract

Introduction : De Quervain's tenosynovitis is an inflammation of the sheath of the thumb tendons (abductor longus and extensor digitorum brevis) at the outer edge of the wrist. It is a common condition. Treatment is usually conservative based on local corticosteroid infiltrations. However, cases of recurrence are observed. Few data exist on recurrence of De Quervain's tenosynovitis. The aim of this study was to determine the frequency of recurrence after treatment of De Quervain's tenosynovitis and the associated factors.

Patients et methods : this a retrospective descriptive and analytical study over a period of 11 years from february 2006 to june 2017 in the rheumatology department of the Bogodogo Teaching hospital. Included were all patients with de Quervain's tenosynovitis confirmed by ultrasound of the wrist. Sociodemographic, clinical, paraclinical, therapeutic and evolutionary parameters were studied. Incomplete files were excluded. All patients received at least one local infiltration of corticosteroids (Cortivazol or Betamethasone). Recurrence was defined as reappearance of disease after complete recovery of at least 4 weeks after corticosteroid infiltration. Patients with recurrence were compared with those who improved with treatment. The Chi 2 test was used to compare the variables. A significance level p less than 0,05 was used.

Results : out of 105 patients seen during the study period, 27 (25,71%) had a recurrence of De Quervain's tenosynovitis. The average age was 46,80 years and the sex ratio was 0,11. The mean time to recurrence was 15,24 months with extremes of 1 and 72 months. All patients received medical treatment during the recurrence, no patient received surgical treatment. Of the patients who had a recurrence, 9(33,33%) were office workers. Twenty (74,07%) patients who had relapsed had activity leading to over-straining the hand. The factors of recurrence observed were HIV infection ($p=0,04$), obesity ($p=0,03$) and the presence of a uterine fibroid ($p=0,04$). The outcome was favorable in 20 cases (74,04%). Pain persistence was noted in 6 patients (22,22%).

Conclusion : recurrence is frequent in De Quervain tenosynovitis. Determining the recurrence factor from the first episode makes it possible to consider appropriate management and thus reduce the rate of recurrence.

Key words : Tenosynovitis; De Quervain; Recurrence; Burkina Faso; Africa.

ARTICLE ORIGINAL

Tableau 3 : Comparaison des patients selon la présence ou non d'une récurrence de ténosynovite de De Quervain

		Récidive+		Récidive-		p
		n	%	n	%	
Genre	Homme	3	11	7	9	0,74
	Femme	24	89	71	91	
Profession	Agents de bu-reau	9	33	25	32	0,25
	Secteur infor-mel	8	30	13	16,6	0,5
	Femme au foyer	6	22	20	25,6	0,23
	Personnel de santé	4	15	7	9	0,2
	Enseignant	0	0	10	12,8	0,23
	Elève/ Etudiant	0	0	3	4	0,23
Antécédents et comorbidités	HTA	7	26	16	20,5	0,56
	Fibrome	4	15	3	4	0,04
	VIH	4	15	9	11,5	0,004
	Diabète	2	7,4	5	6,4	0,85
	Ménopause	9	33,3	22	28,2	0,52
	Obésité	5	18,5	4	5,1	0,03
	Contraception	3	7,4	9	11,5	0,29
Total		27	100	78		

La ténosynovite de De Quervain est une inflammation de la gaine des tendons du pouce (long abducteur et court extenseur) au bord externe du poignet [1]. Elle est due à une inadéquation entre le contenu qui correspond aux tendons extenseurs du premier compartiment, à savoir le court extenseur du pouce et le long abducteur du pouce et le contenant qui correspond à la coulisse ostéo-fibreuse [2]. Il s'agit d'une affection fréquente [3]. Le traitement est le plus souvent conservateur basé sur les attelles de pouce, le traitement physique, les anti-inflammatoires stéroïdiens

et les infiltrations locales de corticostéroïdes [4]. Le succès de l'infiltration varie entre 63% à 93% [5, 6] avec des cas de récurrences décrits dans la littérature [7]. Le genre féminin, l'obésité semblent être associés au risque de récurrence [7]. Peu de données existent sur les récurrences des ténosynovites de De Quervain. Le but de cette étude était de déterminer la fréquence des récurrences après traitement d'une ténosynovite de De Quervain ainsi que les facteurs qui y sont associés.

Les facteurs associés à une récurrence d'une ténosynovite de De Quervain en pratique rhumatologique à Ouagadougou (Burkina Faso).

PATIENTS ET MÉTHODE

Il s'est agi d'une étude rétrospective à visée descriptive et analytique sur une période de 11 ans de Février 2006 à Juin 2017 portant sur les dossiers des patients suivis dans le service de rhumatologie du centre hospitalier universitaire de Bogodogo. Étaient inclus les dossiers de patients âgés de 18 ans et plus et ayant une ténosynovite de De Quervain confirmée à l'échographie du poignet. Les dossiers incomplets étaient exclus. Les paramètres sociodémographiques, cliniques, paracliniques, thérapeutiques et évolutifs étaient étudiés. Tous les patients recevaient au moins une infiltration locale de corticoïdes (Cortivazol ou Betaméthasone). La récurrence était définie par une réapparition de la maladie après une guérison complète d'au moins 4 semaines après une infiltration de corticoïde. Les patients ayant une récurrence ont été comparés à ceux qui étaient améliorés par le traitement. Le test de χ^2 était utilisé pour comparer les variables. Un seuil de significativité p inférieur à 0,05 a été retenu.

RÉSULTATS

Durant la période d'étude, 124 dossiers de patients suivis pour une ténosynovite de De Quervain étaient colligés. Les dossiers exclus étaient au nombre de 19. Sur les 105 dossiers de patients, 27 (25,71%) avaient eu une récurrence de la ténosynovite de De Quervain. L'âge moyen des patients qui récidivaient était de 46,80 ans \pm 10,4 avec des extrêmes de 29 et 66 ans. Parmi les patients ayant présentés une récurrence, les femmes représentaient 24 cas et les hommes 3 cas avec un sex ratio de 0,12. Le délai moyen de récurrence était de 15,24 mois \pm 12 avec des extrêmes de 1 et 72 mois. Tous les patients ont bénéficié lors de la récurrence d'un traitement médical, aucun patient n'a bénéficié d'une prise en charge chirurgicale. Parmi les patients qui avaient une récurrence, 9 (33,33%) étaient des agents de bureau. Vingt (74,07%) patients ayant récidivés avaient une activité entraînant une hypersollicitation de la main. Les facteurs de récurrence observés étaient l'infection à VIH (4cas ($p=0,004$), l'obésité 4 cas ($p=0,03$), et la présence d'un fibrome utérin (3cas ($p=0,04$)). L'évolution après traitement de la récurrence était favorable dans 20 cas (74,04%), la persistance douloureuse était notée chez 6 patients (22,22%). Le tableau 1 montre la comparaison des patients selon la présence ou non d'une récurrence.

DISCUSSION

La fréquence de la récurrence après une infiltration du poignet pour une ténosynovite de De Quervain est fréquente dans

notre contexte. Un patient sur 4 avait une récurrence après une infiltration du poignet pour une ténosynovite de De Quervain. Richie dans une méta-analyse rapportait un taux de guérison moyen de 83% après une infiltration, 14% avec une attelle seule et 0% avec des anti-inflammatoires non stéroïdiens [8]. La récurrence semble fréquente dans notre contexte mais le taux d'amélioration d'environ 75% est compris dans l'intervalle observé dans la littérature entre 63% à 93% [5,6,9]. L'échographie est une aide précieuse au guidage de l'infiltration [10]. Le taux de succès d'une seule infiltration est amélioré de nos jours où l'injection de corticoïdes guidée par l'échographie donnerait de meilleurs résultats dans la ténosynovite de De Quervain. Ainsi, McDermont [11] et Jeypalan [12] ont retrouvé à long terme une évolution favorable dans respectivement 85% et 75% des cas après un traitement médical à base d'injection de corticoïde sous échoguidée. Cela s'expliquerait par le fait que l'échographie permet de faire les injections avec précision même en cas de présence de septum. Dans notre série, tous les patients ayant une infection à VIH au nombre de quatre dans la population générale ont présenté une récurrence. Cette association VIH-récurrence était statistiquement significative. Rivoisy [13], la ténosynovite est une manifestation possible lors du syndrome de reconstruction immunitaire au cours d'un traitement antirétroviral hautement actif. Malgré la mise en évidence de facteurs associés à la récurrence, quelques limites méritent d'être évoquées, notamment le caractère rétrospectif de l'étude qui pourrait entraîner un biais d'information et l'absence d'appariement des 2 groupes responsables de biais d'interprétation dans les résultats.

CONCLUSION

La ténosynovite de De Quervain est une pathologie de l'adulte jeune avec une prédominance féminine. Après traitement médical par des infiltrations de corticoïdes, les cas de récurrences demeurent assez fréquents dans notre contexte. Le fibrome utérin, l'obésité et l'infection à VIH, dans notre contexte de travail occupaient une place de choix dans la survenue de ces récurrences. Une étude prospective sur un échantillon plus important, de même que la réalisation de l'infiltration sous guidage échographique permettrait de mieux identifier les facteurs associés et améliorer les résultats après traitement.

CONFLITS D'INTÉRÊT

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

RÉFÉRENCES

1. Nguyen A, Jousse-Joulin S, Saraux A. Ténosynovite de De Quervain. *Revue du rhumatisme* 2012 ;79 :78-84
2. Cofer (Collège français des enseignants en rhumatologie). *Précis de rhumatologie*. Paris: Masson; 2002, 775 p.
3. Bernard PB. Muscular disorders and workplace factors. A critical review of epidemiologic evidence for work-related musculoskeletal disorders of the neck upper extremity and low back. Cincinnati: National institute for occupational safety and health; 1997.
4. Ilyas AM. Nonsurgical treatment for de Quervain's tenosynovitis. *J Hand Surg Am*. 2009;34(5):928-929
5. McDermott JD, Ilyas AM, Nazarian LN, Leinberry CF. Ultrasound-guided injections for De Quervain's tenosynovitis. *Clin orthop Relat Res*. 2012 Juillet ; 470 : 1925-31
6. Trentanni C, Galli A, Melucci G, Stasi G. Ultrasonic diagnosis of De Quervain's stenosing tenosynovitis. *Rdiol Med*. 1997 Mars ; 93 : 194-8
7. Oh JK, Messing S, Hyrien O, Hammert WC. HAND Effectiveness of Corticosteroid Injections for Treatment of de Quervain's Tenosynovitis 2017, 4(12) 357-61
8. Ritchie CA, Briner Jr WW. Corticosteroid injection for treatment of de Quervain's tenosynovitis: a pooled quantitative literature evaluation. *J Am Board Fam Pract* 2003;16:102-6
9. Harvey FJ, Harvey PM, Horsley MW. De Quervain's disease: surgical or nonsurgical treatment. *J Hand Surg*. 1990;15A:83-7.
10. Ksir S, Akasbi N, Harzy T. La tenosynovite de De Quervain. *Rev Mar Rhum* 2019; 50:3-9
11. McDermott JD, Ilyas AM, Nazarian LN, Leinberry CF. Ultrasound-guided injections for De Quervain's tenosynovitis. *Clin orthop Relat Res*. 2012; 470 : 1925-31
12. Jeyapalan k, Choudhary S. Ultrasound-guided injection of triamcinolone and bupivacaine in the management of De Quervain's disease. *Skeletal radiol*. 2009; 1090-103
13. Rivoisy C, Jaureguibery S, M'bappé P, Gibeault M, Bonnard P, Pialoux G. Ténosynovite : une manifestation possible du syndrome de reconstruction immunitaire au cours d'un traitement antirétroviral hautement actif. *Revue du Rhumatisme* 2009 ; 76(9):901-4.