

LIGNES DIRECTRICES SUR L'ADMISSIBILITÉ AU DROIT À PENSION

MALADIE DE DE QUERVAIN

(également appelée ténosynovite chronique sténosante)

CMP 01332
CIM-9 727.0

DÉFINITION

La maladie de de Quervain affecte les tissus mous du pouce, y compris la jonction du pouce et du poignet.

Elle consiste en l'inflammation de la gaine entourant les tendons du long abducteur et du court extenseur du pouce, qui passent sous le ligament annulaire antérieur du carpe au niveau de l'apophyse styloïde radiale.

Pour les besoins des présentes lignes directrices, les termes « maladie de de Quervain » et « ténosynovite chronique sténosante » sont considérés comme synonymes.

Nota : Seule une affection chronique donne droit à pension. Pour les besoins d'ACC, le terme « chronique » signifie que l'affection est présente depuis au moins six mois. Les signes et symptômes tendent généralement à persister malgré les soins médicaux prodigués, mais à des degrés qui peuvent fluctuer au cours des six premiers mois et par la suite.

NORME DIAGNOSTIQUE

Un diagnostic doit être posé par un médecin qualifié. Pour les besoins des pensions, il faut préciser le côté affecté (droit ou gauche) et démontrer que l'invalidité dure depuis au moins 6 mois.

En général, la maladie de de Quervain est diagnostiquée cliniquement. Un résultat positif au test de *Finkelstein* permet de confirmer le diagnostic (voir la section CARACTÉRISTIQUES CLINIQUES).

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE

Il existe dans l'avant-bras et le poignet six loges distinctes des muscles extenseurs. La maladie de de Quervain est une affection des tendons extenseurs de la première loge postérieure de l'avant-bras.

Le ligament annulaire antérieur du carpe garde les tendons qui passent de l'avant-bras à la main près de l'os. En temps normal, les tendons glissent dans le canal fibro-osseux. La première loge postérieure contient les tendons du long abducteur et du court extenseur du pouce. L'épaississement des tendons et la sténose de la gaine, dont les causes sont nombreuses, peuvent entraver le glissement des tendons et, par conséquent, mener à des douleurs et à une inflammation tendineuses. L'inflammation peut à son tour aggraver le frottement du tendon.

Le terme « ténosynovite », qui sous-entend l'existence d'un processus inflammatoire, a été utilisé pour décrire la maladie de de Quervain. Cependant, l'absence de processus inflammatoire est maintenant généralement reconnue.

CARACTÉRISTIQUES CLINIQUES

La maladie de de Quervain touche davantage les femmes que les hommes. Elle se manifeste généralement entre 30 et 60 ans.

Dans la plupart des cas, l'affection apparaît à la suite de mouvements répétés tels que les torsions du poignet.

La principale plainte évoquée est la douleur associée aux mouvements du poignet et du pouce. La douleur peut irradier vers la main et l'avant-bras et être empirée par l'abduction et/ou l'extension du pouce. Certains cas présentent également une inflammation localisée.

Parmi les observations physiques possibles, notons la sensibilité, les crépitations lors de la palpation de la face postérieure de l'avant-bras et un résultat positif au test de *Finkelstein*.

Le test de *Finkelstein* consiste à vérifier si la flexion adductive du pouce avec le poing fermé et l'inclinaison cubitale du poignet causent des douleurs.

CONSIDÉRATIONS LIÉES À LA PENSION

A. CAUSES ET/OU AGGRAVATION

LES CONDITIONS ÉNONCÉES CI-DESSOUS NE DOIVENT PAS OBLIGATOIREMENT ÊTRE REMPLIES. DANS CHAQUE CAS, LA DÉCISION DOIT SE PRENDRE EN FONCTION DU BIEN-FONDÉ DE LA DEMANDE ET DES PREUVES FOURNIES.

2. Surmenage avant l'apparition ou l'aggravation des symptômes

Pour pouvoir considérer que le surmenage a causé ou aggravé la maladie de de Quervain, les observations suivantes doivent être faites :*

*Surmenage durant au moins 60 jours sur 120 jours consécutifs; et
Signes/symptômes apparaissant durant le surmenage ou dans les
30 jours qui suivent la fin du surmenage; et
Signes/symptômes continus ou récurrents durant au moins 6 mois, sans
quoi l'affection ne sera pas considérée « chronique » aux fins de la
pension.*

**Les définitions et les critères s'appliquent à une articulation normale. Le temps total par jour et le nombre de jours nécessaires pour qu'il y ait surmenage peut être inférieur si l'articulation présente une anomalie ou si d'autres conditions particulières existent. Par exemple :*

1) Le temps total par jour nécessaire pour qu'il y ait surmenage est moins grand s'il existe une combinaison de facteurs pertinents (quand un seul facteur suffit). Ainsi, une activité nécessitant une forte répétition et le maintien d'une posture extrême selon la définition OU une activité nécessitant le maintien d'une posture extrême selon la définition et une forte répétition qui dépasse la définition (p. ex. 10 fois par minute) peut constituer du surmenage après moins de 2 heures par jour.

2) Une combinaison d'un ou plusieurs facteurs pertinents durant plus de 2 heures par jour peut réduire le nombre de jours nécessaires pour qu'il y ait surmenage. Ainsi, une activité nécessitant un degré de répétition élevé (p. ex. 10 fois par minute) pratiquée 4 heures par jour peut constituer du surmenage même si elle est pratiquée moins de 60 jours sur 120 jours consécutifs.

Le *surmenage* englobe la forte répétition, le recours à une grande force et le maintien d'une posture extrême des tissus mous du pouce, y compris la jonction du pouce et du poignet, durant une bonne partie de la journée avant l'apparition ou l'aggravation des symptômes.

La *forte répétition* désigne tout geste effectué plus de 2 à 4 fois par minute et tout cycle de moins de 30 secondes.

Le *recours à une grande force* veut dire qu'on porte dans ses mains un poids supérieur à 4 kg.

Une *posture extrême* est tout geste exigeant plus de la moitié de l'amplitude des mouvements de la région du poignet/pouce.

Par *bonne partie de la journée*, on entend un total de 2 heures ou plus par journée de travail.

Généralement, on peut déterminer qu'il existe un lien entre le service et le syndrome de surmenage si les facteurs de surmenage découlent des fonctions militaires ou sont directement associés à celles-ci.

Les gestes ci-dessous peuvent causer ou aggraver la maladie de de Quervain :
inclinaisons radiales ou cubitales répétitives et forcées du poignet avec abduction et extension du pouce;
mouvements de rotation rapides de l'avant-bras

Parmi les professions et les activités associées à la maladie de de Quervain, notons :

- utilisation d'un standard téléphonique
- dactylographie
- couture/découpage
- transformation de la viande
- assemblage de pièces électroniques
- piano
- golf
- pêche à la mouche
- tricotage
- épluchage de légumes

2. Traumatisme spécifique avant l'apparition ou l'aggravation des symptômes

Pour pouvoir considérer que le traumatisme spécifique a causé ou aggravé la maladie de de Quervain, les observations suivantes doivent être faites* :

Sensibilité, douleur, enflure, décoloration, réduction de la mobilité ou tout autre signe ou symptôme pertinent aux tissus mous du pouce, y compris la jonction du pouce et du poignet, dans les 24 heures qui suivent la blessure, et

Manifestation continue ou intermittente des signes et symptômes entre le moment du traumatisme et le moment du diagnostic.

Par *traumatisme spécifique*, on entend une lésion des tissus mous du pouce, y compris la jonction du pouce et du poignet, avant l'apparition ou l'aggravation de la maladie de de Quervain.

Les traumatismes spécifiques peuvent causer une enflure qui réduit le glissement des tendons. Les mouvements subséquents du pouce et du poignet perpétuent la douleur et l'enflure.

3. Polyarthrite rhumatoïde avant l'apparition ou l'aggravation des symptômes

L'une des manifestations les plus courantes de la polyarthrite rhumatoïde au niveau des mains est la ténosynovite des gaines tendineuses.

Pour pouvoir considérer que la polyarthrite rhumatoïde a causé ou aggravé la maladie de de Quervain, elle doit être active dans la région du radius distal.

4. Incapacité d'obtenir un traitement médical approprié

B. AFFECTIONS DONT IL FAUT TENIR COMPTE DANS LA DÉTERMINATION DU DROIT À PENSION/L'ÉVALUATION

C. AFFECTIONS COURANTES POUVANT DÉCOULER EN TOTALITÉ OU EN PARTIE DE LA MALADIE DE DE QUERVAIN ET/OU DE SON TRAITEMENT

BIBLIOGRAPHIE

1. Berkow, Robert et Mark H. Beers, (dir.). *Manuel Merck de diagnostic et thérapeutique*. 3e éd. Paris : Éditions D'Après, 1999.
4. Canale, S. Terry, ed. *Campbell's Operative Orthopaedics*. 9th ed. Toronto: Mosby, 1998.
3. Dee, Roger, et al. *Principles of Orthopaedic Practice*. 2nd ed. Montreal: McGraw-Hill, 1997.
4. Goroll, Allan H. and Albert G. Mulley, Jr. *Primary Care Medicine Office Evaluation and Management of the Adult Patient*. 4th ed. Philadelphia: Lippincott, Williams & Williams, 2000.
5. Piligian, George and Robin Herbert, et al. 2000. Evaluation and Management of Chronic Work-Related Musculoskeletal Disorders of the Distal Upper Extremity. *American Journal of Industrial Medicine*. 37:75-93.
6. Ruddy, Shaun, et al, eds. *Kelley's Textbook of Rheumatology*. 6th ed. Toronto: W.B. Saunders, 2001.
7. Sluiter, J.K. and K.M. Rest, et al. 2001. Criteria document for evaluating the work-relatedness of upper-extremity musculoskeletal disorders. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*. Vol 27, supp 1.