

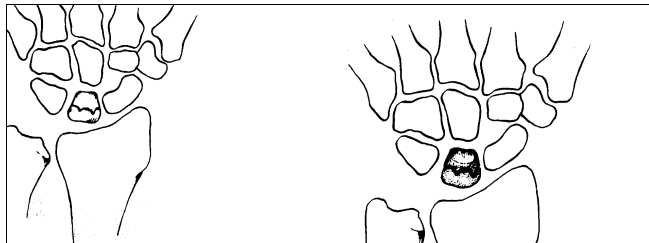
# 11. La maladie de Kienböck ou nécrose aseptique du semi- lunaire

## De quoi s'agit-il ?

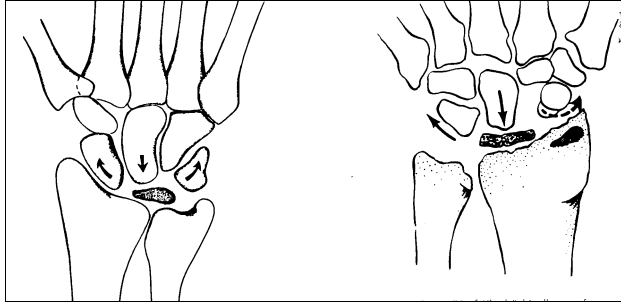
La maladie décrite par Kienböck est une nécrose (dévitalisation) d'un des 8 os du poignet, l'os semi-lunaire (ou lunatum). Sa cause n'est pas certaine. On invoque une origine traumatique (fracture, micro-traumatismes), une origine vasculaire (trouble artériel ou veineux), aussi bien qu'une origine anatomique (cubitus court induisant une pression trop importante sur le semi-lunaire). Elle se manifeste par des douleurs du poignet, associées à une diminution de la mobilité et de la force.

Au début, les radiographies révèlent un os anormalement opaque, puis celui-ci se morcelle et se déforme. Au dernier stade, on observe l'apparition d'une dégénérescence articulaire du poignet.

### Les 4 stades de la maladie



**Stades I et II :**  
pas d'arthrose



**Stades III et IV :**  
arthrose locale (III)  
et générale (IV)

### **Comment peut-on la traiter ?**

Le traitement conservateur de la maladie de Kienböck peut être envisagé dès le stade initial (stade I). Il consiste alors en une immobilisation plâtrée du poignet de 2 à 3 mois. Le plus souvent, le patient s'en trouve soulagé, sans pour autant être guéri.

La reprise d'activités manuelles s'accompagne fréquemment d'une réapparition des symptômes. Dans un tel cas, il n'y a guère d'alternative que le traitement chirurgical, dont le but est de permettre une revascularisation (revitalisation) du semi-lunaire.

#### **Exemples de traitements**

a. par modification de l'axe du radius

b. par arthrodèse

intracarpienne

## Comment l'opération se déroule-t-elle ?

Toute intervention sur le squelette du poignet peut être douloureuse durant les premiers jours post-opératoires. Par conséquent, nous proposons souvent une hospitalisation d'au moins 24 heures, pour assurer une surélévation stricte de la main et le traitement de la douleur à la demande. L'anesthésie est habituellement de type loco-régional (du bras). Toutefois, pour une raison particulière (anxiété, allergie), l'intervention peut se dérouler sous narcose (anesthésie générale). Il existe deux types de traitement chirurgical de la maladie de Kienböck :

**1. La correction de niveau**, qui consiste en un raccourcissement du radius ou un allongement du cubitus, avec pour but de "décompresser" le semi-lunaire.

**2. L'arthrodèse** (fusion) d'une partie, voire de l'ensemble des osselets du carpe. Cette méthode indirecte de revascularisation (revitalisation) du semi-lunaire se fait au prix d'une réduction de la mobilité du poignet.

Quelle que soit la technique utilisée, la durée de l'intervention varie de 1 h. 30 à 2 h.

(En ce qui concerne la préparation à l'opération, veuillez consulter le chapitre 2. Chirurgie de la main).

L'ostéotomie de raccourcissement du radius peut se faire par voie antérieure (côté paume de la main) ou postérieure (côté opposé, c'est-à-dire dos de la main). L'os sectionné et raccourci sera fixé par une plaque vissée, qui assurera le maintien de l'os jusqu'à sa guérison.

La technique d'arthrodèse se fait toujours par un abord dorsal. Il permet d'atteindre les osselets du carpe, qui seront avivés et fixés entre eux. La peau est refermée, le plus souvent sur un drain.

L'intervention se termine par un pansement plâtré rembourré. Le coude n'est pas toujours immobilisé lors de ce type d'opération (suivant les

écoles et la nécessité).

## **En quoi consistent les soins post-opératoires ?**

Durant l'hospitalisation, la main est surélevée, de manière à prévenir la tuméfaction et la douleur. Le premier pansement est effectué après 24 ou 48 heures. Si le poignet n'est que peu ou pas enflé, il est immobilisé dans une manchette plâtrée d'avant-bras, avec laquelle le patient peut rentrer à domicile.

Les fils sont retirés 10 jours après l'intervention. L'immobilisation est maintenue en fonction de l'évolution radiologique (6 à 12 semaines).

Lorsque le plâtre est retiré, une rééducation est habituellement nécessaire en raison de la raideur du poignet.

## **Quels sont les risques de l'intervention ?**

Les risques, au moment de l'intervention, sont ceux liés à la voie d'abord du poignet (lésion du nerf médian ou radial et des tendons fléchisseurs du côté de la paume de la main, ou des tendons extenseurs et du nerf interosseux du côté du dos de la main).

Immédiatement après l'intervention, ce sont les risques liés à une opération sur le squelette qui entrent en ligne de compte (hématome, infection). A plus long terme, en cas de correction de niveau (ostéotomie), aussi bien qu'en cas de revascularisation (arthrodèse), il existe un risque de retard de consolidation ou de non-consolidation (pseudarthrose).

Comme pour toute opération de la main, le risque de réaction dystrophique (algodystrophie ou syndrome de Südeck), entraînant une tuméfaction douloureuse du membre supérieur, puis de raideurs de la main et de l'épaule, est possible, mais rare.

Traitée rapidement et de façon spécifique, l'évolution de cette

complication est le plus souvent favorable.

### **Quel est le pronostic de ces interventions ?**

Quelle que soit la technique chirurgicale utilisée, la guérison radiologique du semi-lunaire est rarement complète. Cependant, au stade initial de la maladie, dans la majorité des cas, le patient se trouve soulagé par l'opération de manière durable. Le pronostic est toutefois réservé lorsque l'arthrose est déjà présente.

La reprise d'activité est progressive en fonction de la récupération de la mobilité et de la force. Pour un ouvrier, la reprise du travail ne peut être raisonnablement envisagée avant 4 à 6 mois, sans risquer de compromettre le résultat. Pour les patients qui se sentent rapidement mieux, la tentation d'une reprise prématurée de leur activité professionnelle est grande, surtout si le contexte économique pousse à cette attitude.