



Quel est le traitement le plus efficace pour la ténosynovite de de Quervain ?

Référence

Challoumas D, Ramasubbu R, Rooney E, et al. Management of de Quervain tenosynovitis: a systematic review and network meta-analysis. JAMA Netw Open 2023;6:e2337001. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2023.37001

Analyse de

Tom Poelman, Vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg, UGent.
Absence de conflits d'intérêt avec le sujet.

Question clinique

Quel est l'effet des traitements conservateurs et chirurgicaux, par comparaison avec l'absence de traitement, un placebo ou un autre traitement, pour soulager la douleur et améliorer les capacités fonctionnelles en cas de ténosynovite de de Quervain ?

Contexte

La ténosynovite de de Quervain (aussi appelée tendinite de de Quervain) est une inflammation de la gaine tendineuse commune au tendon du muscle court extenseur du pouce et au tendon du muscle long abducteur du pouce au bord dorso-radial du poignet. Elle provoque un rétrécissement de la gaine des tendons, provoquant une gêne fonctionnelle et des douleurs (1). Le surmenage du pouce est considéré comme la cause la plus fréquente. La surcharge est déclenchée par des mouvements de préhension avec le poignet en extension ou en flexion avec déviation cubitale, comme dans les mouvements de vissage et dévissage et dans les sports de raquette (1). Il est donc conseillé de limiter certaines activités et certains mouvements qui déclenchent les symptômes (1,2). En fonction de la gravité et de la durée des symptômes, les autres options de traitement possibles sont la prise d'anti-inflammatoires (AINS), le port d'un spica, l'infiltration de corticoïdes, une intervention chirurgicale (1). D'autres traitements sont actuellement également disponibles, comme les infiltrations d'acide hyaluronique, la thérapie par ondes de choc, l'acupuncture, la thérapie par ultrasons et la thérapie au laser, mais les preuves de leur efficacité sont limitées (1). Il est donc certainement utile de réaliser une synthèse méthodique avec méta-analyse évaluant l'efficacité des interventions disponibles pour le traitement de la ténosynovite de de Quervain (3).

Résumé

Méthodologie

Synthèse méthodique avec méta-analyse en réseau.

Sources consultées

- Medline, Embase, PubMed, Cochrane Central, Scopus, OpenGrey.eu et WorldCat.org pour les études publiées
- la plateforme internationale d'enregistrement des essais cliniques (*International Clinical Trials Registry Platform*, ICTRP) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), ClinicalTrials.gov, le registre des essais cliniques de l'Union européenne et le registre ISRCTN pour les études non publiées et les études en cours
- jusqu'en août 2022
- uniquement des publications en anglais.

Études sélectionnées

- critères d'inclusion : études randomisées contrôlées qui ont examiné l'effet d'un traitement de la ténosynovite de de Quervain par rapport à un autre traitement, à l'absence de traitement ou à un placebo
- finalement, inclusion de 30 études, publiées entre 2009 et 2022, qui, au total, ont comparé 25 options thérapeutiques différentes ; 19 études ont été incluses dans la méta-analyse.

Population étudiée

- patients chez qui un médecin a diagnostiqué une ténosynovite de de Quervain (généralement test de Finkelstein* positif), confirmée ou non à l'imagerie
- les études avec des patients atteints d'autres affections que la ténosynovite de de Quervain ou avec des populations spécifiques présentant des facteurs prédisposants, comme les diabétiques et les femmes enceintes, ont été exclues.
- au total, inclusion de 1663 patients ; âge moyen de 46 ans (ET 7 ans), 80% étant de sexe féminin.

* Le test de Finkelstein est le test de référence pour diagnostiquer la ténosynovite de de Quervain. Le patient place son poing fermé avec le pouce à l'intérieur de la main. Le patient ressent une douleur lorsque l'examineur amène le poignet en adduction, vers l'auriculaire (déviations cubitale) tandis que le poing est maintenu en légère extension.

Mesure des résultats

- principal critère d'évaluation : douleur rapportée par le patient, mesurée sur une échelle visuelle analogique (EVA) ou un instrument de mesure équivalent
- critères d'évaluation secondaires : capacités fonctionnelles rapportées par le patient et complications
- les critères d'évaluation ont été mesurés à trois reprises : à court terme (≤ 12 semaines), à moyen terme (de > 12 semaines à ≤ 12 mois) et à long terme (> 12 mois).

Résultats

- *résultats de la méta-analyse avec comparaisons directes :*
 - tant à court qu'à moyen terme, l'infiltration de corticoïdes conventionnelle (sans guidage échographique) suivie d'une immobilisation (attelle et/ou spica pendant 3 à 4 semaines), par comparaison avec une infiltration de corticoïdes sans immobilisation, a apporté un soulagement plus important de la douleur (DM de 1,3 points avec IC à 95% de 0,4 à 2,1 points sur l'EVA ; N = 3, n = 207 ; $I^2 = 86\%$ à court terme et DM de 1,2 points avec IC à 95% de 0,3 à 2,2 points sur l'EVA ; N = 4, n = 289 ; $I^2 = 93\%$ à moyen terme) (données probantes de très faible certitude) ainsi qu'une amélioration plus importante des capacités fonctionnelles (DM de 10,5 points avec IC à 95% de 6,8 à 14,1 points sur l'EVA ; N = 3, n = 207 ; $I^2 = 0\%$ à court terme et DM de 9,4 points avec IC à 95% de 7,0 à 11,9 points sur l'EVA ; N = 4, n = 289 ; $I^2 = 0\%$ à moyen terme) (données probantes de certitude modérée)
 - aucune différence statistiquement importante en termes de soulagement de la douleur à court terme entre les infiltrations de corticoïdes réalisées sous guidage échographique et les infiltrations classiques (DM de 2,1 points avec IC à 95% de -0,5 à 4,6 ; N = 2, n = 92 ; $I^2 = 91\%$) (données probantes de très faible certitude)
 - aucune différence statistiquement importante entre l'incision chirurgicale transversale et l'incision longitudinale en ce qui concerne le nombre total de complications, les lésions du rameau sensoriel du nerf radial et la présence de tissu cicatriciel hypertrophique (N = 2) (données probantes de très faible certitude)
- *résultats de la méta-analyse en réseau (combinaison de comparaisons directes et indirectes) :*
 - soulagement de la douleur à court terme (N = 15 études avec 14 interventions) :
 - par comparaison avec l'infiltration d'un placebo, les interventions qui ont permis d'obtenir un soulagement de la douleur sont classées ci-après par

ordre d'efficacité décroissante : infiltration de corticoïdes guidée par échographie dans la gaine tendineuse du tendon du muscle court extenseur du pouce, infiltration de corticoïdes guidée par échographie (suivie ou non d'une infiltration de sérum physiologique ou d'acide hyaluronique), thérapie neuronale + spica, thérapie par ondes de choc + spica, infiltration de corticoïdes classiques + spica, infiltration de corticoïdes classiques sans spica. L'attelle de pouce, le bandage élastique, l'acupuncture et le port d'un spica en permanence n'étaient pas plus efficace sur la douleur que l'infiltration d'un placebo

- la thérapie neuronale + spica, la thérapie par ondes de choc + spica et l'infiltration de corticoïdes guidée par échographie étaient chacune supérieure au spica appliqué seul en termes de soulagement de la douleur
- par comparaison avec l'infiltration de corticoïdes classiques, l'infiltration de corticoïdes guidée par échographie était supérieure pour ce qui est du soulagement de la douleur
- il n'y avait pas d'autres différences statistiquement significatives entre les autres traitement en ce qui concerne le soulagement de la douleur
- soulagement de la douleur à moyen terme (N = 9 études avec 7 interventions)
 - par comparaison avec le spica, la thérapie neuronale + spica était supérieure pour ce qui est du soulagement de la douleur
 - par rapport à l'infiltration conventionnelle de corticostéroïdes, l'infiltration conventionnelle de corticostéroïdes + attelle était supérieure en termes de soulagement de la douleur
 - il n'y avait pas d'autres différences statistiquement significatives entre les autres traitement en ce qui concerne le soulagement de la douleur
 - pas de données disponibles pour l'infiltration de corticostéroïdes sous guidage échographique
- capacités fonctionnelles à court terme (N = 8 études avec 7 interventions)
 - l'infiltration de corticoïdes classiques et l'infiltration de corticoïdes classiques + spica étaient plus efficaces que le spica ou une attelle
 - l'infiltration de corticoïdes classiques + spica étaient plus efficaces que l'infiltration de corticoïdes classiques sans spica
 - pas de données disponibles pour l'infiltration de corticostéroïdes sous guidage échographique
- capacités fonctionnelles à moyen terme (N = 6 études avec 3 interventions)
 - l'infiltration de corticoïdes classiques + spica étaient plus efficaces que le spica
 - pas de données disponibles pour l'infiltration de corticostéroïdes sous guidage échographique.

Conclusion des auteurs

Les auteurs concluent que cette méta-analyse en réseau montre que le port d'une attelle de pouce pendant une courte période après une infiltration de corticoïdes est associé à un bénéfice statistiquement significatif, mais cliniquement non pertinent, à court terme et à moyen terme. Ces résultats suggèrent qu'une infiltration de corticoïdes suivie d'une immobilisation pendant 3 à 4 semaines pourrait être considérée comme un traitement de première intention pour les patients présentant une ténosynovite de de Quervain.

Financement de l'étude

Medical Research Council, Royaume-Uni ; le sponsor n'est pas intervenu dans la conception et la conduite de l'étude.

Conflits d'intérêts des auteurs

Aucun conflit d'intérêt n'a été signalé.

Discussion

Évaluation de la méthodologie

Le protocole d'étude de cette synthèse méthodique et méta-analyse en réseau a été enregistré au préalable dans PROSPERO (4). Le rapport a été élaboré selon les directives PRISMA-NMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses Extension*). Afin d'évaluer l'efficacité de tous les traitements disponibles en cas de ténosynovite de de Quervain, les chercheurs ont effectué une vaste recherche dans la littérature pour trouver des études publiées, non publiées et en cours. La procédure de sélection a été discutée en détail dans les suppléments à l'article. Deux chercheurs, indépendamment l'un de l'autre, ont sélectionné les études contrôlées randomisées qui comparaient les traitements de la ténosynovite de de Quervain à un placebo, à l'absence de traitement ou à un autre traitement. L'extraction des données a, elle aussi, été effectuée par deux chercheurs indépendamment l'un de l'autre. L'évaluation méthodologique des études a été effectuée à l'aide de l'outil Cochrane « Risque de biais ». Sur les 19 études incluses dans la méta-analyse, une seule présentait un faible risque de biais pour tous les domaines. 8 études présentaient un risque de biais global élevé qui était dû, pour 4 d'entre elles, à des problèmes en rapport avec la randomisation. 2 de ces études comparaient différentes formes d'immobilisation, et 2, respectivement la thérapie par ondes de choc et la thérapie neuronale avec spica par rapport au spica seul. Seules les études portant sur un même type de traitement ont été regroupées dans la méta-analyse par paires. Cependant, il n'a pas été tenu compte de la durée des symptômes, de la certitude diagnostique de la ténosynovite de de Quervain, de la dose de corticoïdes utilisée, de la prise concomitante d'AINS..., ce qui a pu conduire à une importante hétérogénéité clinique. D'ailleurs, l'hétérogénéité statistique était également importante pour les comparaisons directes. La méta-analyse en réseau combine les comparaisons directes et indirectes. Mais, comme le risque de biais des études incluses est élevé et que les résultats des études sont imprécis (intervalles de confiance larges), incohérents (importante hétérogénéité statistique) et indirects (importante hétérogénéité clinique dans la population étudiée ou dans la mesure des résultats), il n'est pas possible de tirer de cette méta-analyse en réseau des conclusions d'une valeur probante suffisante (5,6).

Discussion des résultats

L'immobilisation du pouce pendant 3 à 4 semaines après une infiltration conventionnelle de corticoïdes a été davantage associée à un soulagement de la douleur et à une amélioration des capacités fonctionnelles à court terme et à moyen terme qu'après l'infiltration de corticoïdes seule. Bien que les résultats soient statistiquement significatifs, les chercheurs ne les ont pas considérés comme cliniquement pertinents car la différence minimale cliniquement pertinente prédéterminée pour la douleur et pour les capacités fonctionnelles n'était pas atteinte. En effet, une différence minimale cliniquement pertinente avait été définie comme une différence de 1,4 points sur l'échelle EVA et de 15 points au questionnaire DASH (*Disabilities of the Arm, Shoulder, and Hand*), qui évalue la capacité fonctionnelle des membres supérieurs. Pour établir cette différence, les chercheurs se sont appuyés sur deux études (7,8), mais on ne sait pas comment ces valeurs seuils ont été déterminées.

Cependant, les résultats cadrent avec une précédente synthèse méthodique (9) qui a montré qu'un traitement combinant une infiltration de corticoïdes et un spica avait un taux de réussite plus élevé que le traitement par spica seul (RR de 0,53 avec IC à 95% de 0,35 à 0,80 ; $p < 0,001$; $N = 2$ études) ou que l'infiltration de corticoïdes seule (RR de 0,76 avec IC à 95% de 0,64 à 0,89 ; $p < 0,001$; $N = 2$ études). Cela paraît confirmé avec la présente synthèse méthodique qui inclut quelques études plus récentes.

Une comparaison directe n'a pas permis d'observer de différence statistiquement significative entre les infiltrations de corticoïdes réalisées sous guidage échographique et les infiltrations de corticoïdes classiques. Cependant, l'intervalle de confiance était très large, et, une combinaison de comparaisons directes et indirectes semble montrer une valeur ajoutée des infiltrations de corticoïdes réalisées sous guidage échographique à court terme. Cependant, l'effet à (moyen) long terme n'a pas été étudié. Les études combinant les infiltrations de corticostéroïdes guidées par ultrasons et le traitement par attelle n'ont pas non plus été prises en compte. Outre le fait que cette méta-analyse ne donne pas de résultats à long terme, il y a également un manque de données sur les effets indésirables. Il est donc difficile pour les cliniciens d'évaluer les traitements les uns par rapport aux autres.

Que disent les guides de pratique clinique ?

D'après les guides de pratique de la Société néerlandaise des médecins généralistes (NHG), en cas de ténosynovite de de Quervain, il est important de continuer à utiliser la main et le poignet dans les limites de la douleur afin de prévenir la raideur (2). Ces recommandations, qui reposent en grande partie sur un consensus, préconisent en outre d'éviter la flexion-extension du poignet avec application d'une force. Si les symptômes persistent pendant plus de 6 semaines, le port d'un spica associé à une infiltration unique de corticoïdes peut être envisagé. Le port du spica doit être abandonné si les symptômes ne diminuent pas après 4 à 6 semaines. Si le spica est efficace, il peut être de moins en moins porté, en fonction des symptômes. Si l'infiltration de corticoïdes est inefficace, il faut penser à un autre diagnostic, une technique incorrecte d'infiltration ou l'absence de réponse du patient ; l'infiltration de corticoïdes peut être répétée une fois. De même, en cas de symptômes récidivants, l'infiltration de corticoïdes peut être répétée après 3 à 6 mois lorsqu'un effet clair et durable a été constaté avec la première injection. En cas de résultats insuffisants du traitement conservateur, on peut envisager d'adresser le patient à un chirurgien, un orthopédiste ou un plasticien (en fonction des dispositions locales) pour un traitement par voie endoscopique ou à ciel ouvert en vue de libérer la gaine tendineuse.

Conclusion de Minerva

Cette synthèse méthodique d'études hétérogènes avec méta-analyse, qui a été menée correctement d'un point de vue méthodologique, montre que, chez les personnes présentant une ténosynovite de de Quervain, la combinaison d'une infiltration de corticoïdes et d'une immobilisation du pouce pendant 3 à 4 semaines est, de manière statistiquement significative, plus efficace qu'une infiltration de corticoïdes sans immobilisation en termes de soulagement de la douleur et de capacités fonctionnelles, à court terme et à moyen terme. La certitude des preuves est respectivement faible et modérée, et la pertinence clinique des résultats peut être mise en doute. Les résultats de la méta-analyse en réseau ne permettent pas non plus de tirer des conclusions fiables.

Références

1. van Gestel M, Knuistingh Neven A, Eekhof JA. Tendinitis van De Quervain. Huisarts & Wetenschap 2006;49:471-3.
2. Creving J, Kok-Pigge A, Kuipers T, et al. Hand- en polsklachten. NHG-Standaard. (M91). Gepubliceerd: februari 2021. Laatste aanpassing: januari 2024.
URL: <https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/hand-en-polsklachten>
3. Challoumas D, Ramasubbu R, Rooney E, et al. Management of de Quervain tenosynovitis: a systematic review and network meta-analysis. JAMA Netw Open 2023;6:e2337001.
DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2023.37001
4. Challoumas D, Rohan Ramasubbu R, Emily Seymour-Jackson E, et al. Management of de Quervain's tenosynovitis: a systematic review and network meta-analysis of randomised studies. PROSPERO 2022 CRD42022346986 Available from:
https://www.crd.york.ac.uk/prospero/display_record.php?ID=CRD42022346986
5. Chevalier P. Méta-analyse en réseau : comparaisons directes et indirectes. MinervaF 2009;8(10):148.
6. Poelman T. La surface sous la courbe de classement cumulatif (Surface Under the Cumulative RAnking, SUCRA) est-elle une manière fiable d'interpréter les résultats d'une méta-analyse en réseau sur le plan clinique ? MinervaF 2023;22(4):83-6.
7. Heshmati A. , Afshin,MD. , Ilka S. Effect of dose of the corticosteroid injected locally on inflammatory diseases. Curr Orthop Pract 2019;30:160-3. DOI: [10.1097/BCO.0000000000000734](https://doi.org/10.1097/BCO.0000000000000734)
8. Ansari M. De Quervain's disease - a randomised prospective study evaluating the efficacy of steroid and conservative management. Int J Pharm Sci Invent 2014;3:4-6.
9. Cavaleri R., Schabrun SM., Te M., Chipchase LS. Hand therapy versus corticosteroid injections in the treatment of de Quervain's disease: a systematic review and meta-analysis. J Hand Ther 2016;29:3-11.
DOI: [10.1016/j.jht.2015.10.004](https://doi.org/10.1016/j.jht.2015.10.004)