



ASSOCIATION SÉNÉGALAISE
DE CHIRURGIE

Juin 2026, Volume 9
N°1, Pages 1 - 136

Journal Africain de Chirurgie

Revue de l'Association Sénégalaise de Chirurgie

Journal Africain de Chirurgie
Service de Chirurgie Générale
CHU Le DANTEC
B.P. 3001, Avenue Pasteur
Dakar-Sénégal
Tél. : +221.33.822.37.21
Email : jafchir@gmail.com

COMITE DE LECTURE

Papa Salmane Ba -**Chir. Cardio-Vasc. et Thoracique**
Mamadou Diawo Bah - **Anesthésie-Réanimation**
Mamadou Cissé- **Chirurgie Générale**
Ndèye Fatou Coulibaly -**Orthopédie-Traumatologie**
Richard Deguenonvo -**ORL-Chir. Cervico-Faciale**
Ahmadou Dem -**Cancérologie Chirurgicale**
Madieng Dieng- **Chirurgie Générale**
Abdoul Aziz Diouf- **Gynécologie-Obstétrique**
Mamour Gueye - **Gynécologie-Obstétrique**
Sidy Ka -**Cancérologie Chirurgicale**
Ainina Ndiaye - **Anatomie-Chirurgie Plastique**
Oumar Ndour- **Chirurgie Pédiatrique**
André Daniel Sané - **Orthopédie-Traumatologie**
Paule Aida Ndoeye- **Ophthalmologie**
Mamadou Seck- **Chirurgie Générale**
Yaya Sow- **Urologie-Andrologie**
Alioune BadaraThiam- **Neurochirurgie**
Alpha Oumar Touré - **Chirurgie Générale**
Silly Touré - **Stomatologie et Chir.Maxillo-Faciale**

COMITE SCIENTIFIQUE

Mourad Adala (**Tunisie**)
Momar Codé Ba (**Sénégal**)
Cécile Brigand (**France**)
Amadou Gabriel Ciss (**Sénégal**)
Mamadou Lamine Cissé (**Sénégal**)
Antoine Doui (**Centrafrique**)
Aissatou Taran Diallo(**Guinée Conakry**)
Biro Diallo (**Guinée Conakry**)
Folly Kadidiatou Diallo (**Gabon**)
Bamourou Diané (**Côte d'Ivoire**)
Babacar Diao (**Sénégal**)
Charles Bertin Diémé (**Sénégal**)
Papa Saloum Diop(**Sénégal**)
David Dosseh (**Togo**)
Arthur Essomba (**Cameroun**)
Mamadou Birame Faye (**Sénégal**)
Alexandre Hallode (**Bénin**)
Yacoubou Harouna (**Niger**)
Ousmane Ka (**Sénégal**)
Omar Kane (**Sénégal**)
Ibrahima Konaté (**Sénégal**)
Roger Lebeau (**Côte d'Ivoire**)
Fabrice Muscari (**France**)
Assane Ndiaye (**Sénégal**)
Papa Amadou Ndiaye (**Sénégal**)
Gabriel Ngom (**Sénégal**)
Jean Léon Olory-Togbe (**Bénin**)
Choua Ouchemi(**Tchad**)
Fabien Reche (**France**)
Rachid Sani (**Niger**)
Anne Aurore Sankalé (**Sénégal**)
Zimogo Sanogo (**Mali**)
Adama Sanou (**Burkina Faso**)
Mouhmadou Habib Sy (**Sénégal**)
Adegne Pierre Togo (**Mali**)
Aboubacar Touré (**Guinée Conakry**)
Maurice Zida (**Burkina Faso**)
Frank Zinzindouhoue (**France**)



ASSOCIATION SÉNÉGALAISE
DE CHIRURGIE

Journal Africain **de Chirurgie**

Revue de l'Association Sénégalaise de Chirurgie

ISSN 2712 - 651X
Juin 2026, Volume 9,
N°1, Pages 1 - 136

COMITE DE REDACTION

Directeur de Publication

Pr. Madieng DIENG

Email : madiengd@hotmail.com

Rédacteur en Chef

Pr. Ahmadou DEM

Email : adehdem@gmail.com

Rédacteurs en Chef Adjoints

Pr. Alpha Oumar TOURE

Email : alphaoumartoure@gmail.com

Pr. Mamadou SECK

Email : seckmad@gmail.com

Pr. Abdoul Aziz DIOUF

Email : dioufaziz@live.fr

Maquette, Mise en pages, Infographie et Impression **SDIS** :
Solutions Décisionnelles Informatiques et Statistiques
Tél. +221.77.405.35.28 –Mail : idy.sy.10@hotmail.com

**LES PATHOLOGIES NON TRAUMATIQUES DE LA MAIN ET DU POIGNET :
ASPECTS LESIONNELS ET THERAPEUTIQUES A PROPOS DE 307 CAS A
L'HOPITAL ARISTIDE LE DANTEC**

**NON-TRAUMATIC PATHOLOGIES OF THE HAND AND WRIST: LESIONAL AND
THERAPEUTIC ASPECTS IN ARISTIDE LE DANTEC UNIVERSITY HOSPITAL.
ABOUT 307 CASES**

**DEMBÉLÉ B, DAFFÉ M, DIOUF AB, SARR L, DIOP M, DIOP B, SOW M,
COULIBALY NF.**

Service Orthopédie-Traumatologie ; Hôpital Aristide Le Dantec, Dakar-Sénégal

Auteur correspondant : Dr Badara DEMBELE

Adresse postale : 3001 Avenue Pasteur Dakar Sénégal

Email : badaradembele81@gmail.com / Tel : 00 221 77 541 85 14

Résumé

La main représente l'outil des outils. Elle est intéressée par diverses pathologies traumatiques mais aussi non traumatiques.

But : étudier les aspects lésionnels et thérapeutiques des pathologies non traumatiques de la main et du poignet.

Patients et méthodes : Il s'agissait d'une étude rétrospective continue, descriptive et analytique sur une période de 05 ans allant de Janvier 2017 à Décembre 2021.

Résultats : il s'agissait 307 patients, la localisation préférentielle était le poignet dans 47,9% des cas. Les pathologies dégénératives et/ou inflammatoires étaient les plus fréquentes dans 32,9% des cas et comprenaient les ténosynovites de De Quervain, les syndromes canaux à savoir le syndrome du canal carpien, le doigt à ressort et le syndrome du canal de Guyon, la maladie de Dupuytren, la polyarthrite rhumatoïde, le syndrome du « aï » crépissant et la rhizarthrose. Les tumeurs représentaient 30,6% des cas et on y retrouvait majoritairement des kystes synoviaux dans 63,8% des cas. Les

infections étaient retrouvées dans 26,3% des cas avec 28,4% de phlegmons, 16% de panaris. Les malformations représentaient 7,2% des cas et étaient majorées par les polydactylies dans 22,7% et camptodactylies dans 18,2% des cas. Les pathologies neurologiques notamment la main spastique représentaient 2% des cas et les pathologies vasculaires (maladie de Kienbock) 1% des cas. Le traitement était chirurgical dans 63,8% des cas et l'évolution était favorable dans 75,9% des cas. Les femmes présentaient une pathologie dégénérative et/ ou inflammatoire dans 65,3% des cas et les hommes, une pathologie infectieuse dans 58,1% des cas. **Conclusion :** Les pathologies non traumatiques de la main et du poignet sont diverses et variées. Leur prise en charge ne doit pas être retardée pour une évolution favorable.

Mots clés : main ; pathologies ; non traumatique ; tumeur ; dégénératif

Summary

*The hand represents the tool of tools. She is interested in various traumatic but also non-traumatic pathologies. **Purpose:** to study the epidemiological, anatomo-clinical and therapeutic aspects of non-traumatic pathologies of the hand and wrist. **Patients and methods:** This was a continuous, descriptive and analytical retrospective study over a period of 05 years from January 2017 to December 2021. **Results:** There were 307 patients, the right side was affected in 66.3% of cases and the lesions affected the dominant hand in 70% of cases. The preferred location was the wrist in 47.9% of cases. Degenerative and/or inflammatory pathologies were the most common in 32.9% of cases and included De Quervain's tenosynovitis, ductal syndromes, namely carpal tunnel syndrome, trigger finger and Guyon's canal syndrome, Dupuytren's disease, rheumatoid arthritis, crackling "ai" syndrome and*

*rhizarthrosis. Tumors represented 30.6% of cases and the majority were synovial cysts in 63.8% of cases. Infections were found in 26.3% of cases with 28.4% phlegmons and 16% whitlows. Malformations represented 7.2% of cases and were increased by polydactyly in 22.7% and camptodactyly in 18.2% of cases. Neurological pathologies, notably spastic hand, represented 2% of cases and vascular pathologies (Kienbock's disease) 1% of cases. The treatment was surgical in 63.8% of cases and the outcome was favorable in 75.9% of cases. Women presented a degenerative and/or inflammatory pathology in 65.3% of cases and men, an infectious pathology in 58.1% of cases. **Conclusion:** Non-traumatic pathologies of the hand and wrist are diverse and varied. Their treatment should not be delayed for a favorable outcome.*

Keywords: hand; pathologies; non-traumatic; tumor; degenerative

INTRODUCTION

Les pathologies non traumatiques de la main sont fréquentes et diverses. Les études menées sur ces pathologies sont rares. On peut retrouver des pathologies tumorales, dégénératives et/ou inflammatoires, infectieuses, nerveuses et malformatives. Les tumeurs de la main sont essentiellement bénignes dans plus de 80% des cas [1]. Les pathologies dégénératives englobent plusieurs entités en passant par les tendinopathies qui sont en pratique fréquentes [2] et les syndromes canaux dont le plus répandu est le syndrome du canal carpien [3]. Certaines de ces pathologies peuvent engager le pronostic fonctionnel du membre [4]. Un examen minutieux doit être réalisé pour

diagnostiquer la lésion et entamer un traitement adapté.

La prise en charge de ces pathologies nécessite une bonne connaissance de l'anatomie et de la microchirurgie [5].

L'évolution des traitements tiendra compte de plusieurs paramètres. La reprise des activités constitue un des éléments essentiels de l'évaluation du traitement.

Le but de notre travail est d'étudier les aspects lésionnels et thérapeutiques des pathologies non traumatiques de la main et du poignet au service d'Orthopédie-Traumatologie du CHU Aristide le DANTEC (HALD).

PATIENTS ET METHODE

Il s'agit d'une étude rétrospective transversale continue sur une période de 5 ans allant de janvier 2017 à décembre 2021. Ont été inclus tous les patients venus pour une consultation concernant toute pathologie non traumatique de la main et/ou du poignet, opérée ou non, suivis dans le service durant la période. N'ont pas été inclus les patients dont les dossiers n'ont pas été retrouvés ou perdus de vue.

Au total, durant ces 5 années, 12880 consultations ont été effectuées pour le membre supérieur en consultation programmée. Nous avons répertorié 575 patients présentant des pathologies non traumatiques dont 381 concernaient la main et le poignet. Parmi eux, 307 répondaient à nos critères.

Nous avons conçu une fiche d'exploitation permettant, à partir des registres de consultation spécialisée de la main ainsi que les dossiers d'hospitalisation, le recueil des données de la pathologie tant sur le plan clinique que radiologique, le traitement et l'évolution.

RESULTATS

Aspects étiopathogéniques

Répartition selon le côté et la latéralité : notre étude comprenait 288 patients droitiers, 18 gauchers soit 5,8% et 1 patient ambidextre soit 0,003%. Les lésions siégeaient du côté dominant dans 70% des cas. Le côté le plus atteint était le droit chez 200 patients suivi du côté gauche chez 74 patients et bilatéral chez les autres.

Répartition selon la localisation : les lésions étaient localisées au niveau du poignet chez 147 patients soit 47,9% des cas, au niveau de la main (doigt exclus) dans 56 cas soit 18,2% et celles des doigts dans 94 cas, soit 30,6%.

Types de pathologies : les pathologies dégénératives et/ou inflammatoires étaient retrouvées chez 101 patients soit 32,9%, suivie de la pathologie tumorale chez 94 patients soit 30,6% des cas puis les infections chez 81 patients soit 26,3% des cas (Figure 1).

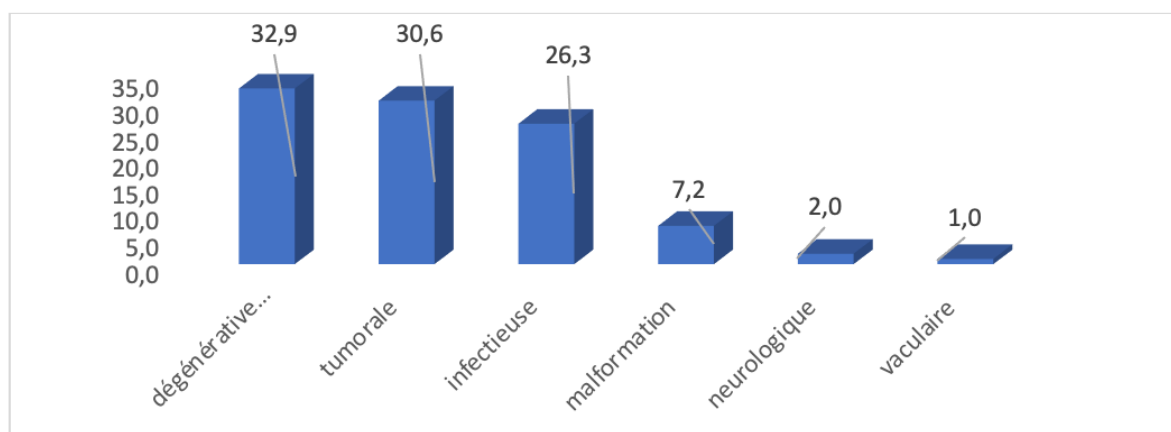


Figure 1 : Répartition selon le type de pathologie

■ Pathologies tumorales

Les kystes synoviaux étaient retrouvés dans 60 cas soit 63,8% suivis des tumeurs glomiques (Figure 2) chez 14 patients soit 14,9% des cas (10 sous unguéales et 4 pulpaire).



Figure 2 : Présence d'une tumeur glomique (sous ingueale et pulpaire)
[Photo Service Orthopédie CHU A. Le Dantec]

Les kystes étaient localisés au niveau du dos du poignet dans 40 cas, au niveau de la face antérieure du poignet dans 9 cas et au niveau des articulations des doigts 4 fois (articulation métacarpo-phalangienne : 3 fois, inter phalangienne : 1 fois). Les kystes de la gaine tendineuse (fléchisseurs ou extenseurs) ont été observés chez 7 patients.

Quant aux lipomes, 3 ont été retrouvés au niveau du poignet et les 6 autres au niveau des doigts dont 5 en position dorsale. Les tumeurs à cellules géantes étaient notées au niveau de l'extrémité distale du radius dans 4 cas (**Figure 3**).

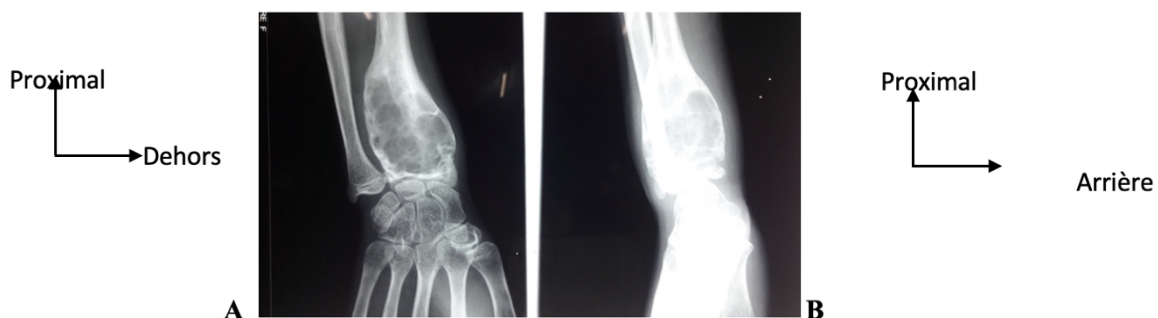


Figure 3: Radiographie du poignet montrant une tumeur à cellules géantes de l'extrémité inférieure du radius (A : de face et B : de profil)
[Photo Service Orthopédie CHU A. Le Dantec]

Elles étaient digitales au niveau des gaines tendineuses 5 fois.

Les tumeurs malignes étaient au nombre de 2. L'une était une tumeur à cellule géante de grade IV au poignet gauche et l'autre, une transformation maligne d'une cicatrice de brûlure ou ulcère de Marjolin de l'avant-bras et du poignet droit (**Figure 4**).



Figure 4 : Ulcère de Marjolin
[Photo Service Orthopédie CHU A. Le Dantec]

▪ **Pathologies dégénératives et/ou inflammatoires**

Un cas de rhizarthrose a été retrouvé. Par ailleurs, les ténosynovites de De Quervain venaient au premier rang avec 48 cas soit 47,5%. Le syndrome de l'«*ai*» crépitant a été retrouvé chez 2 patientes au niveau du poignet droit. Les syndromes canaux représentaient 27 cas soit 26,7%. Parmi les syndromes canaux, nous avons eu 17 cas de syndrome du canal carpien, 9 cas de doigt à ressaut et 1 cas du syndrome du canal de Guyon. Quatre (4) cas de polyarthrite rhumatoïde soit 4 % ont été relevés dont 3 étaient compliqués d'une rupture des extenseurs des doigts. Nous avons retrouvé 19 cas de maladie de Dupuytren soit 18,8%. Elle intéressait la main droite dans 10% de cas, la main gauche pour 31% de patients. Pour le reste, elle était bilatérale.

▪ **Pathologies infectieuses**

Nous avons retrouvé 26 cas de phlegmon des espaces cellulaires dont 3 étaient survenus sur terrain diabétique avéré (appelé ici, main diabétique), 13 cas de panaris et 3 cas d'ostéite.

Par ailleurs, 8 cas de tuberculose ostéo-articulaire ont été retrouvés dont 5

ténosynovites (3 au niveau du poignet, 1 digital et 1 digito-carpien) et 3 ostéo-arthrites. Nous avons également dénombré 3 cas de mycétome et de fasciite nécrosante. Les séquelles infectieuses (panaris et phlegmons) étaient au nombre de 30 parmi lesquelles nous notions des brides, des déformations, des raideurs et des amputations post-nécroses de doigts.

▪ **Pathologies malformatives**

Notre étude comprenait :

- 5 cas de polydactylie dont une pentadactylie et 3 cas de pouce bifide ;
- 4 cas de camptodactylie ; 3 cas de syndactylie ; 3 cas de maladie de Madelung ;
- 2 cas de carpe bossu ; 1 cas de main bote radiale ; 2 cas de macrodactylie ;
- 1 cas d'acromyélie ; 1 cas de maladie d'Appert.

▪ **Pathologies neurologiques**

Elles étaient essentiellement représentées par les mains spastiques dans 6 cas.

▪ **Pathologies vasculaires**

Nous avons trouvé 3 cas de maladie de Kienbock (**Figure 5**).

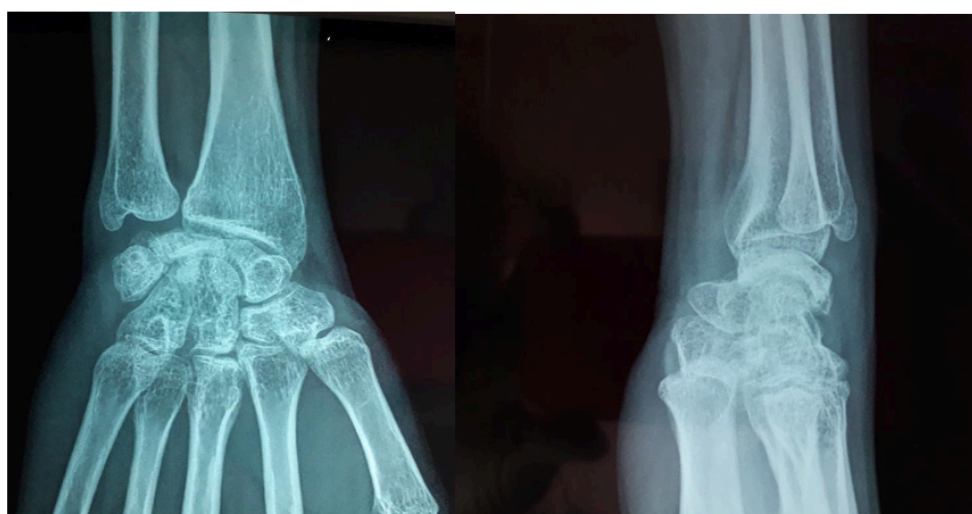


Figure 5 : Clichés radiographiques de face et de profil montrant un lunatum dense et aplati correspondant à une nécrose [Photo Service Orthopédie CHU A. Le Dantec]

Aspects thérapeutiques

Le traitement reçu était chirurgical pour 196 patients soit 63,8 %, médical pour 27 patients soit 8,8 % dont 19 infiltrations, orthopédique pour 7 autres soit 2,3%. Une association des différents types de

traitement suscités était par ailleurs réalisée chez certains patients. Pour d'autres, une abstention thérapeutique avec surveillance a été effectuée. Les types de traitement administrés sont répertoriés dans la **figure 6**.

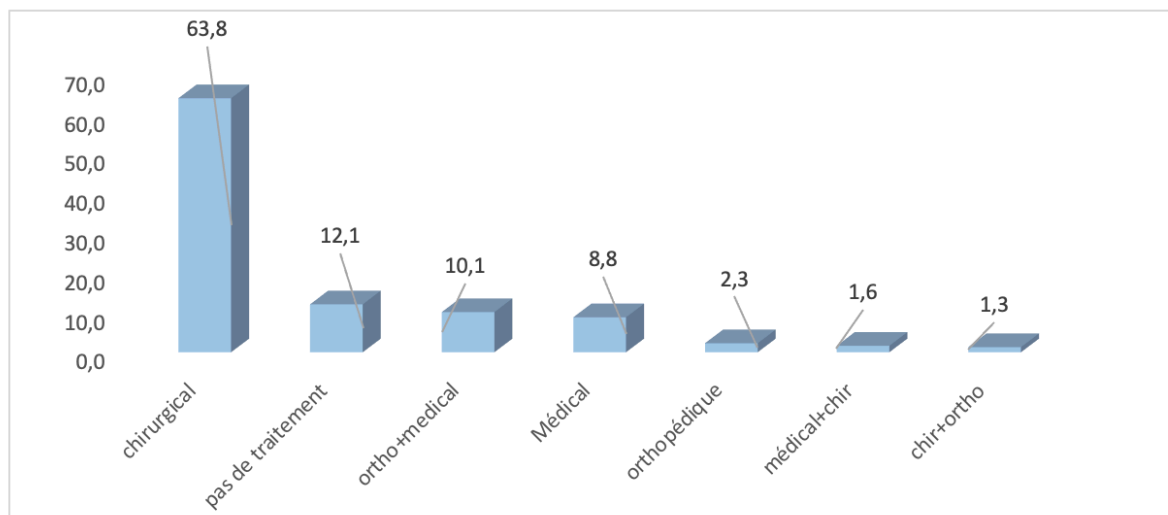


Figure 6 : Répartition des patients selon le traitement reçu

Évolution selon le quick Dash (Tableau I)

Nous avons évalué 253 patients joints au téléphone. Pour le reste, l'évolution était basée sur les éléments du dossier. Leur évolution selon les critères de Quick Dash était favorable dans 76,3% des cas et non

favorable dans 5,4% de cas. Les patients ayant une évolution moyenne représentaient 0,5%. Il y a eu une persistance des lésions dans 8,1% des cas et une récurrence après traitement dans 4,3% des cas. La régression était spontanée dans 5,4% des cas.

Tableau I : Evolution selon quick Dash

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	favorable	259	75,9	84,4
	persistance	15	4,9	89,3
	non favorable	12	3,9	93,2
	récidive	10	3,3	96,4
	régression spontanée	10	3,3	99,7
	moyen	1	0,3	100
	Total	307	100	100

Étude analytique

Type de pathologie- traitement (Tableau II)

Le tableau ci-dessous représente la corrélation entre le type de pathologie et le type de traitement reçu. Dans 18,5% des traitements médicaux reçus, c'étaient des tumeurs, 59,2% des cas, les patients étaient porteurs d'une maladie dégénérative et 22,2% une infection.

Toutes les associations de traitement orthopédique et médical ont été données aux patients ayant une pathologie dégénérative. Le traitement orthopédique seul a été donné à 14,3% des patients ayant

une tumeur et 71,4% aux patients ayant une pathologie dégénérative.

Par ailleurs, 37,2% des traitements chirurgicaux ont été reçus par des patients porteurs de tumeurs, 17,3% par des patients ayant une pathologie dégénérative, 32,6% par des patients ayant une infection et 11,2% par des patients ayant une malformation.

Une association de traitement chirurgical-traitement orthopédique ou traitement chirurgical-traitement médical a été uniquement effectué chez des patients ayant une pathologie dégénérative.

Tableau II : corrélation entre type de pathologie et type de traitement

			Traitement type							Total
			Ortho+ médical	Médical	Ortho pédique	Chirur gical	Chir+ ortho	Médical +chir	Pas de traitement	
Pathologies	Tumorale	Effectif	0	5	1	73	0	0	16	94
		%	0,0%	18,5%	14,3%	37,2%	0,0%	0,0%	43,2%	30,6%
	Dégénérative	Effectif	31	16	5	34	4	1	12	101
		%	100,0%	59,2%	71,4%	17,3%	100,0 %	20,0%	32,4%	32,9%
	Infection	Effectif	0	6	0	64	0	4	0	81
		%	0,0%	22,2%	0,0%	32,6%	0,0%	80%	0,0%	26,3%
	Malformation	Effectif	0	0	1	22	0	0	3	22
		%	0,0%	0,0%	14,3%	11,2%	0,0%	0,0%	8,1%	7,2%
	Neurologique	Effectif	0	0	0	0	0	0	6	6
		%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	16,2%	2,0%
	Vasculaire	Effectif	0	0	0	3	0	0	0	3
		%	0,0%	0,0%	0,0%	1,5%	0,0%	0,0%	0,0%	1,0%
		Effectif	31	27	7	196	4	5	37	307
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0 %	100,0 %	100,0%	100,0%	100,0 %
Total										

P=0,000

DISCUSSION

La discussion sera axée sur les aspects lésionnels et thérapeutiques des pathologies de la main.

Ce travail a rencontré quelques limites (dossiers pas retrouvés ; patients perdus de vue).

Aspects lésionnels

Répartition selon le côté atteint et la localisation : la main droite est atteinte à hauteur de 65,1%. Les pathologies non traumatiques dans notre série se trouvaient au niveau du poignet dans 47,9% des cas et 25,2% au niveau des doigts. MARTY et al [6] retrouvaient 268 cas de tumeurs au niveau du poignet sur 525 tumeurs des parties molles soit 51% des cas, avec 181 aux doigts soit 67,5% et 76 à la main soit 28,3%. Cette prédominance de lésions au niveau du poignet est retrouvée dans plusieurs études.

Types de pathologies :

Les pathologies au niveau de la main et du poignet sont diverses et variées. Dans notre étude, les pathologies dégénératives et/ou inflammatoires étaient les plus fréquemment retrouvées chez 33,2% de nos patients. Les pathologies tumorales suivent avec 30,6% des cas. Par contre KHEZAMI et al [7] dans leur étude menée en Tunisie, ont retrouvé une proportion de 80 % de tumeurs au niveau de la main. Malgré cette grande fréquence, il est encore difficile d'estimer leur incidence [8].

▪ Pathologies dégénératives/inflammatoires

Les pathologies dégénératives et/ou inflammatoires étaient les plus fréquentes dans notre série (33,9%). La ténosynovite de De Quervain est la plus fréquente des ténosynovites qui affectent les gaines dorsales des tendons du poignet. Dans notre série, nous avons 47,5% de cas de

ténosynovite ce qui rejoint les données de Ksir et al [9]. Il constitue un motif fréquent de consultation dans le service d'orthopédie de l'HALD. Bon nombre des patients venant dans le service sont des travailleurs manuels pour qui une ténosynovite constitue un frein à leur activité. Les mouvements fins des doigts et de la main ne sont possibles que si le poignet peut se stabiliser dans une position favorable et à bonne distance de son ouvrage [10]. Les syndromes canaux représentés 26,7% des pathologies dégénératives et/ou inflammatoires. Très peu d'études sur l'incidence des syndromes du canal carpien dans la population générale ont vu le jour. Cependant des études ont été menées sur sa prévalence dans certains secteurs d'activité [11, 12] comme les travailleurs de force et les secrétaires.

Les doigts à ressaut ont une incidence de 2,6% dans la population générale ; ce qui en fait une pathologie classique et fréquente en consultation de chirurgie de la main [4]. Chez l'enfant, certains auteurs rapportent une incidence du doigt à ressaut de 2,2% de toutes les anomalies du membre supérieur [1].

Les cas de maladie de Dupuytren représentent 18,8% des cas. En 13 ans, 26 cas de maladie de Dupuytren ont été recensés par Coulibaly et al [13]. Ce qui met en exergue la rareté de cette pathologie au Sénégal. Cependant elle permet d'invalider cette assertion qui stipulait qu'elle n'est pas retrouvée chez les personnes noires. En effet la maladie de Dupuytren est selon la littérature, une pathologie qui touche les populations originaires d'Europe du Nord et leurs descendants [8]. Sa prévalence commence à augmenter depuis le développement de la Chirurgie de la Main dans ces nos contrées.

L'incidence des mains et poignets rhumatoïdes est de 20 à 40 pour 100 000 au États unis et très inférieure en France, entre 7,6 et 8,8 pour 100 000 [5]. Le pourcentage dans notre série est de 4%. Une étude faite en France en 2013 fait état d'une prévalence de 0,31% chez les hommes et 0,51% chez la femme [12]. On note une discordance avec les résultats en France et aux États unis. Il faut noter que la main rhumatoïde est principalement prise en charge par les rhumatologues ; les orthopédistes interviennent en cas d'échec du traitement médical.

▪ **Pathologies tumorales**

Les pathologies tumorales viennent en deuxième position avec 30,6% des pathologies retrouvées. Les kystes synoviaux étaient les plus fréquentes (63,8%) des tumeurs. Ils représentent la tumeur des tissus mous la plus fréquente à la main. Marty et al [6] avaient retrouvé 35% de kystes synoviaux en France et 8,4% pour Khezami et al [7]. Seye et al [14] avaient recensé 98 cas de kystes synoviaux sur 173 cas de tumeurs de la main. Il siège à proximité des structures articulaires ou tendineuses [7]. Il est un motif fréquent de consultation dans les services de chirurgie de manière générale. Il s'agit d'une pathologie qui représente la majorité des tuméfactions nodulaires au niveau du poignet et de la main.

Après les kystes synoviaux, on retrouve les tumeurs glomiques avec 14,9% des cas ; 6 cas sur 173 pour Seye et al [4]. Ce faible pourcentage s'explique par le retard diagnostique. Ce dernier est fréquent, car cette tumeur ne donne pas de lésion élémentaire visible et elle se manifeste uniquement par une douleur paroxystique lancinante [15]. La localisation sous unguéale a été la plus fréquente et une errance diagnostique est plus souvent

observée [15]. Cela expose le patient à des épisodes de douleurs très peu supportables. Les tumeurs à cellules géantes suivent avec 9,6% des cas. Elles sont relativement fréquentes et représentent 5 à 10 % des tumeurs osseuses [6]. Très peu d'études ont été effectuées pour mesurer l'incidence des tumeurs à cellules géantes au niveau de la main. Elles ont un haut potentiel de récurrence locale lorsque l'exérèse n'est pas complète. Elles peuvent évoluer vers une dégénérescence comme retrouvé chez un de nos patients.

Les lipomes représentaient constituent 1 à 3,8 % des tumeurs bénignes de la main [16]. Seye et al [14] avait retrouvé 6 cas de lipome pour 173 cas de tumeurs soit 3,4 %.

▪ **Pathologies infectieuses**

Seye et al [14] retrouve en 1994, 8,1% des cas de phlegmons et 39% de cas de panaris sur les lésions infectieuses. Les phlegmons des espaces cellulaires constituent 20% des infections de la main selon Mamane [17] ; ce qui ne correspond pas aux résultats obtenus dans notre série. Nous avons constaté aussi une prédominance des phlegmons par rapport au panaris. Cela pourrait être dû à la négligence de traitement des panaris et au fait que tous les cas de panaris ne soient pas répertoriés dans le service [14]. Ils sont surtout pris en charge en périphérie dans les centres de santé. Nous les voyons dans le service en cas de complications telles que les ostéites et les phlegmons. La tuberculose ostéo-articulaire du poignet est rare et constitue 3 à 5% des localisations de l'infection. Elle est plus fréquente au niveau rachidien. Cette localisation inhabituelle, souvent mal comprise, entraîne de fréquentes erreurs diagnostics [18]. Sur une durée de 7 ans, 6 cas de tuberculose ostéo-articulaire localisés au poignet et à la main ont été retrouvés par Coulibaly et al [18] et

Dembele et al [19] dans le même service. Cela s'explique par les longs délais de consultation des patients du fait de l'évolution lente et insidieuse qui est généralement supportée.

▪ **Pathologies malformatives**

Les malformations représentaient 7,2% des pathologies de la main. De toutes les malformations les syndactylies sont les plus fréquentes [3]. Les résultats obtenus dans notre série ne rejoignent pas la littérature. Les polydactylies étaient les plus fréquentes avec 22,7% suivies des camptodactylies et des syndactylies. L'incidence de la camptodactylie est estimée par Flatt [20] à moins de 1 % de la population, toutes formes confondues.

▪ **Pathologies neurologiques**

Une seule atteinte neurologique a été notée avec 6 cas de main spastique. Les cas de paralysies obstétricales du plexus brachial (POPB) n'ont pas été intégrés dans cette étude car elles sont comprises dans les cas de main traumatique. Ils ont fait l'objet d'une étude plus détaillée [21].

▪ **Pathologies vasculaires**

La maladie de Kienbock est une pathologie rare dont la prévalence est de 0,0066% [22]. Trois cas de cette maladie ont été retrouvés dans notre échantillon. Peu d'études font état de la prévalence de cette pathologie en Afrique et en particulier au Sénégal. Le scanner ou mieux l'IRM permettent un diagnostic et une prise en charge précoce et adéquate.

Aspects thérapeutiques

La majeure partie des patients ont été traités. Dans 63,8% des cas, les patients ont bénéficié d'un traitement chirurgical dont 37,2% pour les tumeurs de la main et 17,3% pour les pathologies dégénératives et les

syndromes canaux. La biopsie exérèse constitue la dernière étape du diagnostic et la première étape du traitement des tumeurs [23,24]. Les pathologies dégénératives et/ou inflammatoires sont également opérées lorsqu'elles occasionnent une gêne fonctionnelle ou après échec du traitement orthopédique et médical. Une étude menée par Bouras [25] affirme que le traitement chirurgical est indiqué chez ces patients qui présentent des tendinopathies après échec du traitement médical. Le traitement conservateur reste préférable et de première intention. En effet, pour les ténosynovites de De Quervain, il est consensuel de commencer les soins par un traitement conservateur dont le pilier est formé par le port d'une attelle d'immobilisation du poignet et du pouce. Plus tard, si aucun résultat encourageant ne se manifeste, des injections de corticoïdes seront proposées. Enfin, en dernier recours, si cela ne donne toujours pas d'amélioration, on évoquera la chirurgie mais sans garantir pour autant une guérison rapide [26]. Burke, dans une revue de la littérature, a identifié qu'il existe des modalités de traitement disponibles dans un cadre de soins primaires qui peuvent être utiles pour contrôler les cas légers ou modérés de syndrome du canal carpien, au moins à court et moyen terme [27]. Parmi ces modalités on trouve une modification des tâches à la maison et le port d'attelle. La libération chirurgicale du doigt à ressort est prise en compte pour sa capacité à fournir un remède permanent [28].

Douze pour cent (12%) des patients de notre série n'ont pas reçu de traitement. Il s'agit majoritairement des pathologies tumorales (quelques cas de kyste synovial) suivies des pathologies neurologiques (mains spastiques) dans 16,2% des cas. Dans la grande majorité des cas les kystes synoviaux entraînent peu de gêne

fonctionnelle. L'abstention est donc une attitude logique, d'autant plus que l'on sait que les différentes thérapeutiques donnent souvent des récidives [29]. Pour les pathologies malformatives comme la maladie de Madelung, il y a rarement nécessité d'un traitement chirurgical. En effet chez les patients, le principal motif de consultation n'est pas la gêne fonctionnelle mais une demande esthétique, d'autant plus que les patients sont souvent de sexe féminin en fin de puberté où l'aspect cosmétique est très sensible [30]. Les patients ayant une main spastique n'ont pas reçu de traitement parce qu'il n'était pas disponible en ce moment au Sénégal. Il est actuellement possible d'avoir le traitement mais il est assez onéreux.

Un traitement médical a été reçu par 8,8% des patients. Il s'agit des cas d'infections (panaris) et les pathologies inflammatoires. Lors d'un panaris, au début, le traitement reste médical [31]. Certaines pathologies nécessitent un traitement médical associé à la chirurgie. C'est le cas de la tuberculose ostéo-articulaire. Tous les patients ont reçu un traitement anti tuberculeux après la chirurgie. Cette association de traitement permet la guérison et la récupération fonctionnelle des patients [18].

Aspects évolutifs

Dans notre série 75,9% des patients ont bien évolué après le traitement. Les kystes synoviaux ont une bonne évolution sans récurrence après traitement chirurgical de 80 à 85% [7]. Pour le cas des tumeurs glomiques, un seul échec a été noté. La cause étant que l'exérèse totale de la tumeur n'était pas effective pour la première intervention. Après la récurrence, elle a été enlevée en totalité et l'évolution est favorable. Abid [15], dans son étude sur les tumeurs glomiques, constate qu'après un traitement chirurgical, il y avait une bonne

évolution pour la totalité des cas étudiés. Il en est de même pour Abdelhedi avec les exérèses de lipome [16]. Une étude portant sur les ténosynovites de De Quervain [32] démontre que sous combinaison des AINS et de l'orthèse, il y avait amélioration de 88% chez les patients aux symptômes minimes. C'est le traitement reçu par la plupart de nos patients ayant une ténosynovite de De Quervain.

D'autres patients ont eu une bonne évolution sans traitement. En effet certaines pathologies peuvent guérir sans aucun traitement. C'est le cas des 5,4% des cas dans notre série. Il s'agit des quelques kystes synoviaux, et de ténosynovites de De Quervain.

Douze patients ont eu une évolution défavorable soit 3,9% des cas (1 cas de polyarthrite rhumatoïde, panaris, kyste synovial et syndrome du canal carpien). Cela concerne les patients qui, après traitement, ont eu une persistance de leur douleur ou bien une gêne fonctionnelle. Devant la persistance de la symptomatologie dans les Ténosynovites de De Quervain ou en cas de récurrence à la reprise des activités professionnelles, l'indication chirurgicale peut être posée [2]. Nous avons pu identifier une corrélation entre le sexe et les pathologies dégénératives. Les patients (65,3%) ayant une pathologie dégénérative étaient des femmes et 34,7% étaient des hommes avec un p significatif de 0,001. Effectivement des pathologies comme la ténosynovite de De Quervain ont une prévalence de 1,3% pour les femmes et 0,5% pour les hommes [5,32]. Toutes ses études sont en adéquation avec les résultats de notre série. Cependant c'est le contraire pour les pathologies infectieuses qui atteignent 58,1% des hommes pour 41,9% de femmes avec un p significatif de 0,012. Les pathologies

infectieuses atteignent plus les hommes que les femmes comme en attestent différentes études sur ce sujet. L'étude de Carmes de Ayadi [33], a retrouvé 52% d'hommes pour 48% de femmes dans les cas de panaris. Sokolov [34] identifie 37 hommes et 31 femmes. Il existe une corrélation entre le type de traitement et la pathologie. En effet dans notre série il y a une corrélation significative avec un $p=0,000$ entre le type de pathologies et le traitement. Cent pour cent des associations traitement médical et

orthopédique sont pour les pathologies dégénératives/inflammatoire. Quatre-Vingt-Trois (83,3%) des traitements orthopédiques sont aussi pour les pathologies dégénératives/inflammatoires. Plus de 78% des malformations ont aussi été opérées.

CONCLUSION

Les pathologies non traumatiques de la main et du poignet sont diverses et variées. Leur prise en charge ne doit pas être retardée pour une évolution favorable.

REFERENCES

1. **Hamadani FE.** Doigt à ressaut : Expérience à l'hôpital militaire d'instruction Mohamed V de Rabat. *Thèse de doctorat en médecine Université Mohamed V, Rabat.* 2008 ; 137p
2. **Moore JS.** De Quervain's tenosynovitis. Stenosing tenosynovitis of the first dorsal compartment. *J Occup Environ Med* 1997; 39:990-1002.
3. **Leroux J, Camilleri J.P, Bourelle S, Cottalorda J.** Les anomalies de la main chez l'enfant. *J Pédiatrie Pueric* 2005; 18: 49-54
4. **Asfazadou Rian H, Alnot JY.** Le doigt à ressaut. *Act rhum* 2002, 421-37.
5. **Chammas M.** Le poignet rhumatoïde ,The rheumatoid wrist . *Chir Main* 2005 ;6:24:275-98
6. **Marty FL, Marteau E, Rosset P, Faizon G, Laulan J.** Étude rétrospective d'une série de 623 tumeurs de la main et du poignet chez l'adulte. *Chir main* 2010; 29:183-87.
7. **Khezami M, Bellaaj H, Abdennadher A, Amri K, Hamdi M, Nouisri L .** Les tumeurs bénignes des parties molles de la main, étude clinique à propos de 70 cas. *Ann Chir Plast Esthet* 2017 ; 63(3) :234-39.
8. **Lazerges C, Degeorge B, Coulet B, Chammas M.** Les Tumeurs de la main : approche diagnostique et thérapeutique. *Rev Chir Orthop* 2021;107(6):33-42.
9. **Ksir S, Akasbi N, Harzy T.** La ténosynovite de De quervain De Quervain's tenosynovitis. *Rev Mar Rhum* 2019; 50:3-9.
10. **Battu V.** Pathologies du poignet et de la main : orthèse et immobilisation scapulo-claviculaire. *Act pharm* 2016; 55 : 51-4
11. **Drake RL, Vlog W, Mitchell A.W.** Gray's Anatomie pour les étudiants. *Elsevier Masson* 2006.
12. **Henry J, Roulot E, Gaujoux-Viala C.** La main rhumatoïde. *Presse Med* 2013; 42: 1607-15
13. **Coulibaly NF, Doumbia MM, Dembélé B, Dia R, Fall MEK, Sané AD, Diémé CB.** Dupuytren's disease: A reality in Black Africa. *Hand Surg rehabilit* 2020; 39 (5): 448-53
14. **Seye SIL, Camara El S, Bassene N, Pouye I.** La prise en charge des lésions de la main au C.H.U A Le DANTEC bilan de 12 ans d'activités. *Méd Af Noire* 1994 ; 41(7) : 431-36.
15. **Abid A, Ben Khedher M, Ibn Haj Hassine Y, Ernez I Toumi A, Chaeb M, Boutrif M, Mahdhi N.** Tumeurs glomiques de la main – à propos de 12 cas. *Chir Main* 2017 ;36 : 426-504.

- 16. Abdelhedi O, Zribi W, Ben Jmeaa M , Abid A, Bouaziz W, Zribi M, Keskes H.** Les lipomes de la main, à propos de 4 cas et revue de la littérature. *Chir Main* 2017 ; 36 : 426–504
- 17. Mamane W, Masmejean E.** Phlegmon des gaines des tendons fléchisseurs des doigts. *J Main* 2011,30(6):250-7.
- 18. Coulibaly NF, Ba A , Gueye AB, Dembele B, Daffé Mohamed, Diémé Charles Bertin** Tuberculosis tenosynovitis of the wrist and hand the 3 anatomo-clinical forms described by Kanaval (about 4 cases). *JOJR* 2017; 7(6):68-72
- 19.Dembélé B, Coulibaly NF, Diouf AB, Dia R, Sarr L, Sané AD and Diémé CB.** Tuberculosis osteoarthritis of the wrist about three observations and review of the literature. *IJOS* 2017, 3(4): 746-51
- 20. Flatt AE.** The care of congenital hand anomalies. *Quality medical publishing; 2ème édition* 1994. St Louis, Missouri
- 21.Diop B, Daffé M, Dembele B, Dia R, Fall MEK, Diouf AB, coulibaly NFC, Diémé CB** Treatment of obstetrical brachial plexus palsy sequelae: preliminary results about 18 cases. *Ann Med Surg* 2022; 80: 10439
- 22. Emmanuel J Camus, Luc Van Overstraeten .** La maladie de Kienböck en 2021. *Rev chir orthop* 2021; 107(6): 60-8
- 23.Kassé AN, Sané JC, Diao S, Ndiaye Coulibaly NF,Camara ES, Dangou JM, Sy MH** Excision par voie trans-unguëale directe des tumeurs glomiques sous-unguëales de la main. *J Afr Chir Orthop Traumatol* 2017; 2(1): 44-7
- 24. Le Nen D, Laulan J.** Sémiologie de la main, du poignet et des nerfs périphériques. *Sauramps Médical, Montpellier* 2019.
- 25. Bouras Y, El Andaloussi, Zaouari T, Touil N, Fnini S, Chikhaoui N, Largaba A.** Traitement chirurgical de la ténosynovite de De Quervain. À propos de 20 cas. *Ann Chir Plast Esthet.* 2010;55(1):42-5.
- 26.Gerlac D.** Ténosynovite de De Quervain : une nouvelle approche rééducative. *J Kine* 2015 ;15(162) :70-6.
- 27.Burke FD, Bradley MJ.** A proposal justifying an alternative referral practice from primary care for three common hand surgery diagnoses. *Postgrad Med J* 2007 83: 616-17
- 28.Capo J T, Tan V.** Atlas of minimally invasive hand and wrist surgery (1st ed). CRC Press 2007.
- 29. Razemon JP.** Traitement chirurgical des kystes dits synoviaux du poignet avec exérèse capsulaire. A propos de 303 observations. *Ann Chir Main* 1983, 2(3):230-43.
- 30.Coulibaly N.F, Samaké A, Lamah L, Sané AD, Niane M, Sanago C, Sarr L, Seye S.**
La maladie de Madelung : Description et traitement chirurgical ; à propos de deux cas à Dakar. *Orth.Emerg.Afr* 2012 ;1(2) : 38-41
- 31.Ebelin M, Roulot E.** Infections de la main et des doigts. *Rev Rhum* 2001; 68: 520-29
- 32. Kapanji AI.** Anatomie fonctionnelle-membre supérieure. *Maloine ;7^{ème} édition* Paris 2018.
- 33.Carmès S, Tekam A, Rogier A, Brouste Y, Dumontier C.** Épidémiologie des panaris de la pulpe. *Chir Main* 2011 ; 30:419–80.
- 34. Sokolow C, Dabos N, Lemerle JP, Vilain R.** Phlegmons des gaines digitales. A propos de 68 cas. *Ann Chir Main* 1987, 6;(3):181-88.