

Problèmes articulaires

Les « entorses » ou « pseudo entorses » :

Elles concernent le plus souvent les chevilles et les genoux mais également les doigts, les orteils et les poignets.

Il ne s'agit pas d'entorses au sens médico-chirurgical habituel mais de mouvements au-delà des amplitudes physiologiques, généralement sans rupture ligamentaire du fait de la grande élasticité des dispositifs d'attache des articulations, même s'il y a des ecchymoses signe habituel de la gravité (rupture) d'une entorse. Dans le cas du Syndrome d'Ehlers-Danlos, l'ecchymose est banale et liée à la fragilité de tous les petits vaisseaux.

Conduite à tenir

Dans l'immédiat, application d'emplâtres (« patchs ») de **Versatis**, de **flector** ou encore de **flector tissugel**.

Le **TENS** peut être utilisé en plaçant les électrodes sur les zones douloureuses.

Puis stabiliser avec une bande élastique de type **Biflex** ou une **orthèse semi-rigide «Ligastrap»** pour la cheville ou **Ligaflex** pour le genou.

Il faut s'abstenir d'immobiliser l'articulation concernée, sauf en cas de douleurs trop intenses, pour éviter d'accentuer les troubles « proprioceptifs » (c'est-à-dire du sens de position et de mouvement de l'articulation) qui est à l'origine de « l'entorse » plutôt que l'hypermobilité.

Le port des **orthèses plantaires** avec appui rétro capital, voûte et appui sous cuboïdien, l'utilisation de **chevillères**, **genouillères**, d'**orthèses de la main et des doigts** et des **vêtements compressifs** sera la meilleure rééducation après l'épisode d'entorse et le meilleur moyen de prévenir les récurrences.

La **kinésithérapie isométrique** (sans déplacement des segments de membres) avec le port des orthèses et vêtements compressifs pourra compléter utilement le traitement.

Les **bains chauds** et la **balnéothérapie chaude** peuvent conforter utilement les résultats.

Les luxations et subluxations :

Elles concernent principalement les épaules, les doigts de la main, les hanches, les genoux et les chevilles mais aussi les mâchoires (articulation temporo-maxillaire ou ATM). Il peut s'agir de simples craquements, de claquages articulaires, ou encore de blocages très douloureux ou bien de déplacement net des deux os constituant l'articulation.

La distinction avec une « entorse » n'est pas toujours nette. Il s'agit ici aussi de mouvements mal contrôlés qui dépassent les amplitudes physiologiques et s'accompagnent souvent de douleurs violentes et durables.

Les épaules :

Cette articulation est très peu emboîtée et ce sont les muscles qui maintiennent, en tant que « ligaments actifs », les surfaces articulaires de la principale articulation entre le bras et l'omoplate. Ceci implique qu'elle puisse se produire pendant le sommeil à l'occasion du relâchement musculaire ou lors d'un massage en kinésithérapie. Le plus souvent, les deux parties luxées retrouvent leur en place instantanément. Sinon, il faut effectuer une manœuvre pour « remettre son articulation en place » ou faire appel à un tiers (conjoint, kinésithérapeute ou médecin). Certaines réductions peuvent être difficiles et nécessiter une anesthésie générale.

Après luxation, la mise au repos avec une simple écharpe de Montréal ou un dispositif plus complexe peut être nécessaire principalement pour soulager la douleur. Emplâtres (patches) de Versatis, TENS, Flector peuvent être des moyens d'y contribuer.

Les applications de chaleur, les contractions isométriques (sans déplacement) strictes, au besoin en balnéothérapie, peuvent aider à la reprise de l'activité de l'épaule.

Après luxation, la mise au repos avec une simple écharpe de Montréal ou un dispositif plus complexe peut être nécessaire principalement pour soulager la douleur. Emplâtres (patches) de Versatis, TENS, Flector peuvent être des moyens d'y contribuer.

L'immobilisation prolongée, bras au corps, n'est pas indiquée car elle n'est pas nécessaire (pas de lésion capsulo-ligamentaire lors de la luxation du fait de l'élasticité importante des tissus et risque d'aggravation du trouble proprioceptif qui est le principal responsable de la luxation).

Le port d'un gilet en cicatrex nature spécialement conçu pour le Syndrome d'Ehlers-Danlos est un bon moyen de prévention quand il est bien toléré.

La chirurgie est souvent proposée. Les butées antérieures, les plus utilisées, ou postérieures sont, à plus ou moins long terme, inefficaces dans ces luxations multidirectionnelles et ont pour conséquence de rendre les luxations encore plus douloureuses.

Deux interventions semblent aujourd'hui indiquées : les capsulothérapies, et dans les cas les plus récidivants avec attitude de bras pendant en permanence l'arthrodèse gléno-humérale. Cette intervention prive la personne des rotations axiales de l'épaule mais stabilise définitivement l'articulation principale. L'hypermobilité des six autres articulations (la scapulothoracique en particulier) permet des compensations assurant un résultat fonctionnel compatible avec une vie personnelle et professionnelle de qualité, comme nous l'avons observé.

Par contre, les orthèses d'épaules, notamment celles issues de l'orthèse de Nancy pour paralysie du plexus brachial, si elles stabilisent l'épaule, en limitent grandement la mobilité, et sont souvent mal tolérées au niveau de la peau.

La permanence de la luxation de l'épaule avec attitude de bras pendant ne peut être tolérée car elle peut entraîner une lésion des artères de la racine du membre supérieur qui peut se déchirer et se thromboser comme nous l'avons observé chez une patiente qui, heureusement, après chirurgie vasculaire n'a pas eu de séquelle.

Les doigts de la main et les poignets :

La luxation des doigts de la main peut être prévenue par des « orthèses-bagues », stabilisant les doigts qui se luxent, analogues à celles utilisées en rhumatologie dans le syndrome de la boutonnière des personnes atteintes de polyarthrite.

La luxation du poignet sera prévenue par des orthèses stabilisatrices des poignets.

Dans ces deux derniers cas, les mitaines et gantelets en cicatrex sont également très efficaces.

Lorsqu'une luxation se produit, après réduction, les mêmes indications d'emplâtres Versatis, du TENS et de Flector sont applicables. Là encore, il n'y a pas lieu de faire une immobilisation prolongée. L'intérêt de l'orthèse de repos du poignet est ici évident pour faciliter le retour à une meilleure fonction.

Les genoux :

Le genou peut se luxer latéralement mais c'est surtout la rotule qui se déplace pouvant bloquer le genou.

Encore une fois, l'immobilisation prolongée est inutile et le recours à une orthèse de type ligastrap est souvent nécessaire au décours de l'incident et également pour la prévention dans certaines circonstances favorisant.