

L'arthrose de la base du pouce ou Rhizarthrose

Docteur Richard Béracassat

Définition

La rhizarthrose ou arthrose de la base du pouce est une pathologie très fréquente, souvent bien tolérée.

Elle correspond à l'usure chronique du cartilage qui recouvre le trapèze et le premier métacarpien à la base du pouce.



La rhizarthrose est l'apanage de la femme de 50 à 60 ans avec une atteinte le plus souvent des deux côtés, à des stades cliniques et radiologiques différents. Cependant cette pathologie peut être rencontrée chez l'homme

Signes Cliniques

La rhizarthrose peut être responsable de :

- Douleurs, évoluant par crises parfois intenses, situées à la racine du pouce (près du poignet) et réveillées par la pression directe et le mouvement.
- Enraidissement progressif du pouce avec diminution de l'ouverture entre le pouce et l'index (pouce adductus)
- Manque de force de la pince pouce-index.
- Déformation du pouce par « fabrication » d'os au niveau de l'articulation malade (bosse) et de la première commissure, pour écarter son pouce et effectuer une prise le patient va compenser avec l'articulation située juste en dessous (métacarpo-phalangienne) qui va devenir hyper-laxe en extension. La base du métacarpien a tendance à se sub-

luxer il apparaît alors un « pouce en Z ».



Examens Complémentaires :

La radiographie de la colonne du pouce de face et de profil, avec des incidences particulières (de Kapandji), permet d'apprécier le stade radiologique, la hauteur de trapèze et l'existence d'arthrose aux étages sous et sus jacent. Eventuellement un scanner osseux (avec images 3D) peut être demandé pour juger de la qualité de l'os et des ostéophytes commissuraux. Le diagnostic de rhizarthrose est clinique (il n'y a pas de parallélisme radio clinique) : la radiographie est indispensable pour choisir le type de traitement chirurgical.

Traitement

Traitement médical :

Le traitement médical doit être suffisamment prolongé (au moins 6 mois) et associé :

- Antalgiques et anti-inflammatoires
- Attelle (orthèse) de repos rigide la nuit, souple la journée
- Ergothérapie avec mesure d'économie de la colonne du pouce.
- Infiltration dont la répétition doit être évitée pour ne pas risquer d'abimer le système capsulo-ligamentaire.



Traitement chirurgical :

Le traitement chirurgical ne s'envisage qu'en cas d'échec du traitement médical ou en cas d'arthrose très évoluée et hyperalgique avec gêne fonctionnelle.

Le type de chirurgie dépend de l'importance de l'arthrose et du type d'activité manuelle.

1-Chirurgie conservatrice (peu pratiquée)

Rarement possible sauf aux stades précoces : consiste à desinsérer de façon partielle les tendons de la base du pouce ou à réaxer le trapèze ou le premier métacarpien (ostéotomie).

La désinsertion tendineuse a le mérite d'être une chirurgie très simple, réalisable sur les arthroses douloureuses peu évoluées sur le plan radiologique. Elle ne gêne en aucun cas une reprise chirurgicale par une autre technique.

2-Chirurgie non conservatrice

Plusieurs types d'interventions sont possibles :

Arthrodèse trapézométacarpienne : indiquée que dans certains cas particuliers : homme, peu de nécessité de mouvements du pouce, mais nécessité de prise de force, reprise d'échec d'autre technique

Trapézectomie avec ligamentoplastie :

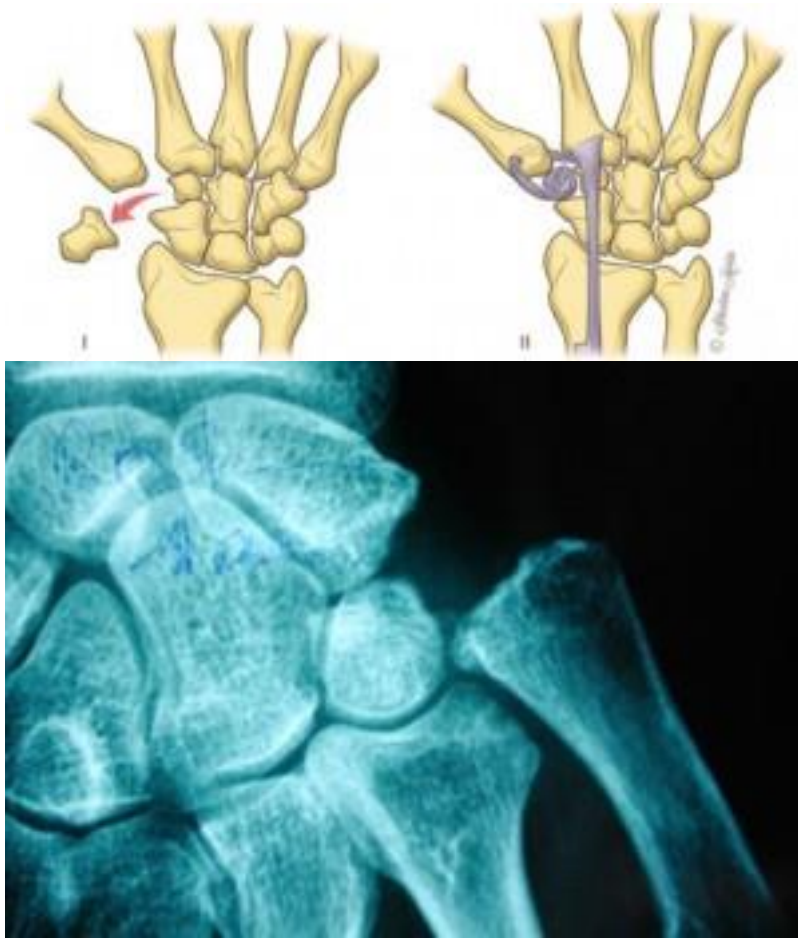
L'ablation du trapèze ou trapézectomie se fait lorsque le trapèze est de mauvaise qualité et chez les personnes âgées, ou en cas d'échec de prothèse. Une ligamentoplastie est nécessaire pour éviter le raccourcissement de la colonne du pouce.

La trapézectomie est radicale et définitive.

Les douleurs disparaissent en 6 mois.

La force de pince pouce index est en général diminuée.

L'intérêt est la stabilité dans le temps.



Prothèse trapézométacarpienne traitement de choix

Il existe deux types de prothèse :

1- Celles avec ablation totale du trapèze généralement en silicone, de moins en moins utilisées mais pouvant être utile en cas de trapèze de volume insuffisant et « aplati »



2- La prothèse à deux composants : métacarpien et trapézien, ressemblant à une prothèse de hanche « miniature » avec pour nous un polyéthylène trapézien à « double mobilité » qui assure une meilleure stabilité.



La prothèse trapézo-métacarpienne a pour but de rétablir la longueur de la colonne du pouce et donc la force. La mobilité et la fonction sont voisines de la normale.



L'intervention chirurgicale se réalise le plus souvent sous anesthésie locorégionale (on n'endort que le bras) lors d'une hospitalisation de courte durée.

Le risque principal est lié aux phénomènes d'usure et de descellement comme pour les prothèses de hanche.

En cas d'échec, l'ablation de la prothèse et la réalisation d'une trapézectomie restent possibles.

Suites Post-opératoires

La durée d'immobilisation est variable en fonction du type de chirurgie. 3 à 4 semaines pour les prothèses, 6 pour les trapézectomies et pour l'arthrodèse : jusqu'à fusion osseuse (2 à 3 mois).

Complications

Il n'existe pas d'acte chirurgical sans risque de complication secondaire. Toute décision d'intervention doit être prise en connaissance de ces risques, dont le chirurgien se doit de vous avoir informé.

Complications communes à la chirurgie de la main

- Infections nosocomiales : elles sont rares et se maîtrisent aisément lorsque le diagnostic est précoce. La prise d'antibiotiques et une nouvelle intervention sont parfois nécessaires.
- Hématome : le diagnostic doit être précoce et, la reprise chirurgicale est également parfois nécessaire
- Syndrome de Sudeck (algodystrophie) : il s'agit d'un « dérèglement » de la douleur alors qu'il n'y a aucun problème sous jacent. Sa manifestation est indépendante du type de chirurgie et peut survenir même après une simple immobilisation. La main devient gonflée, douloureuse, et s'enraidit progressivement. L'évolution peut être très longue. Des séquelles sont possibles (douleurs résiduelles, raideur des doigts et /ou du poignet, parfois de l'épaule). Le traitement est difficile et fait appel à des produits spécifiques et à la rééducation
- Accident d'anesthésie : du plus simple au plus grave, y compris le décès (1 décès sur 100.000 à 150.000 anesthésies).

Complications spécifiques à la rhizarthrose

- Irritation du nerf radial : elle se traduit par des fourmillements et/ou un engourdissement du dos du pouce, qui disparaissent habituellement en quelques jours ou quelques semaines. Une lésion définitive du nerf est

exceptionnelle.

- Douleurs : plus longues après une trapézectomie (six mois).
- Complications spécifiques des prothèses : usure du matériau, luxation, descellement, infection. Toutes cumulées, les complications sont très rares. Une complication peut conduire à une ré-intervention avec en général l'ablation de la prothèse et trapézectomie.

Document établi en s'inspirant de la monographie: « la main.ch » (Genève) que nous remercions

ALES CHIR  ORTHO