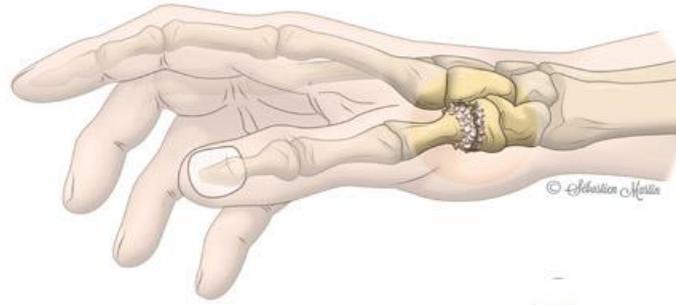


La Rhizarthrose

Définition

La rhizarthrose ou arthrose de la base du pouce est une pathologie très fréquente, souvent bien tolérée, qui touche 20% des femmes.

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.

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.

Manque de force de la pince pouce-index.

Déformation du pouce par « fabrication » d'os au niveau de l'articulation malade (bosse), mais aussi par une posture caractéristique appelée « 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.



Le diagnostic de rhizarthrose est clinique (il n'y a pas de parallélisme radio clinique) : la radiographie est en revanche 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



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

Chirurgie conservatrice (conserve l'articulation) :

Rarement possible sauf aux stades précoces : consiste à réaxer le trapèze ou le premier métacarpien (ostéotomie) pour diminuer la pression sur les zones usées et remettre en charge les zones saines..

Chirurgie non conservatrice :

Plusieurs types d'interventions sont possibles :

Arthrodèse trapézométacarpienne : blocage définitif de l'articulation (indiquée que dans certains cas très particuliers).

Trapézectomie avec ligamentoplastie :

L'ablation du trapèze ou trapézectomie se fait lorsque le trapèze est de mauvaise qualité ou que le patient est très manuel .

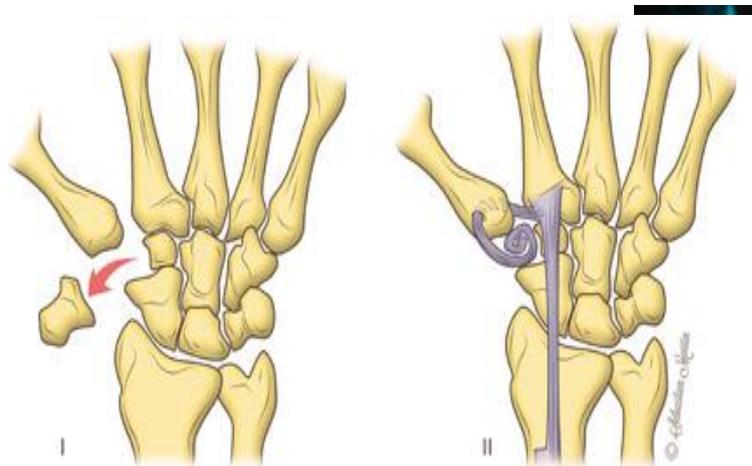
Une ligamentoplastie est nécessaire pour éviter le raccourcissement de la colonne du pouce.

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

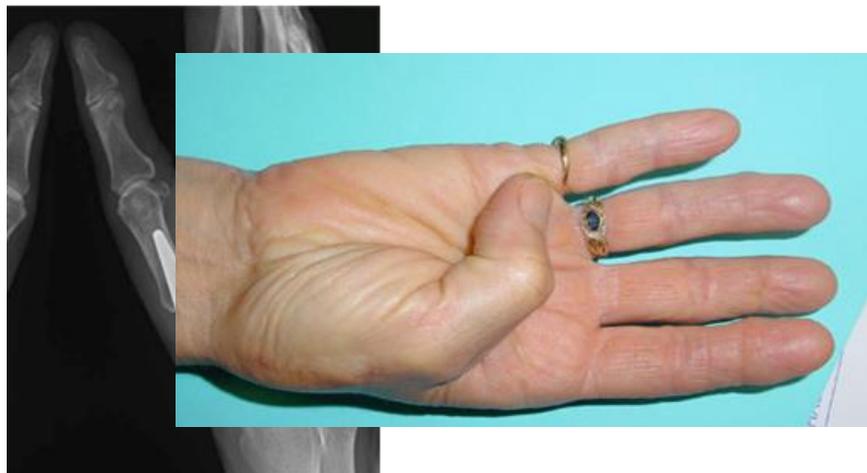
La prothèse trapézo-métacarpienne a pour but de rétablir la longueur de la colonne du pouce et donc la force.

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 semaines pour les prothèses, 6 pour les trapézectomies et jusqu'à fusion osseuse pour l'arthrodèse (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 Neuroalgodystrophique : 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 avoisinent 10% des cas, ce qui impose la mise en balance de cette technique avec la trapézectomie. Une complication peut conduire à une réintervention avec en général l'ablation de la prothèse et trapézectomie.