

La Rhizarthrose

De quoi s'agit-il ?

La rhizarthrose désigne une maladie articulaire dégénérative de la base du pouce.

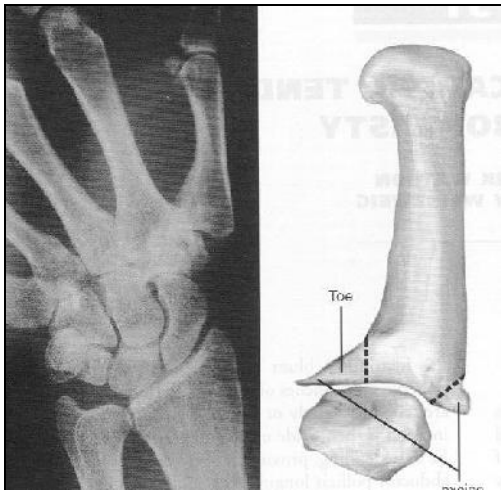
Elle touche l'articulation située entre l'os trapèze et le 1er métacarpien, plus rarement celle située entre le scaphoïde et le trapèze.

L'arthrose est une usure de l'articulation due au vieillissement et à la destruction du cartilage articulaire. Cette dégénérescence peut également être la conséquence d'une ancienne fracture articulaire. Selon certains, une laxité ligamentaire anormale serait à l'origine de cette affection. D'autres pensent que la forme de l'articulation pourrait jouer un rôle. Bref, la cause exacte reste peu claire.

Au début, l'arthrose induit des douleurs et une perte de force lors de l'usage de la main. Avec le temps, l'évolution se fait vers la déformation et la raideur du pouce.

Figure 1 :

Image radiologique et schéma de l'arthrose de la base du pouce.



On reconnaît bien sur le schéma, les becs d'arthrose et surtout la subluxation de l'articulation (celle-ci est progressive et lente). Il en résulte une tendance à l'adduction (tendance du pouce à se placer dans la paume de la main).

Comment peut-on la traiter ?

Au stade initial, le médecin cherche à réduire la réaction inflammatoire. Pour cela il prescrira un médicament anti-inflammatoire à prendre par voie orale, en application locale ou proposera d'infiltrer l'articulation avec de la cortisone. Il pourra aussi proposer une attelle afin de diminuer l'irritation locale. En effet, le port d'une attelle de protection réalisée sur mesure stabilisera le pouce et limitera l'amplitude de son mouvement. L'attelle peut être portée aussi bien la nuit que pour certains travaux manuels.

Ces traitements peuvent être combinés et amener un soulagement plus ou moins complet et durable.

La chirurgie intervient si le traitement conservateur a échoué, c'est-à-dire ne réduit pas les douleurs de façon suffisante. Elle se propose d'éliminer les surfaces articulaires altérées. Il importe de souligner que la rhizarthrose peut devenir indolore (asymptomatique), raison pour laquelle, il est conseillé de suivre systématiquement un traitement conservateur au début.

Comment l'opération se déroule-t-elle ?

L'intervention est le plus souvent suivie d'un œdème (tuméfaction) et parfois de douleurs durant les premiers jours post-opératoires. Pour cette raison l'hospitalisation, permettant d'assurer une surélévation permanente et stricte du membre supérieur, garde toute sa valeur.

En ce qui concerne l'anesthésie, elle est habituellement limitée au bras (bloc axillaire, c'est-à-dire infiltration d'anesthésique dans le creux axillaire). L'intervention peut également se dérouler sous narcose (anesthésie générale) après entente avec l'anesthésiste.

Si le patient est hospitalisé, son membre supérieur est préparé dans le service par l'infirmière avant l'opération (ongles coupés, peau nettoyée)

Le jour de l'intervention, en salle d'opération, le patient est d'abord installé dans un lit où l'anesthésiste endort son bras. Il est ensuite placé sur la table d'opération. En cas d'anesthésie générale (narcose), c'est là que l'anesthésiste l'endort.

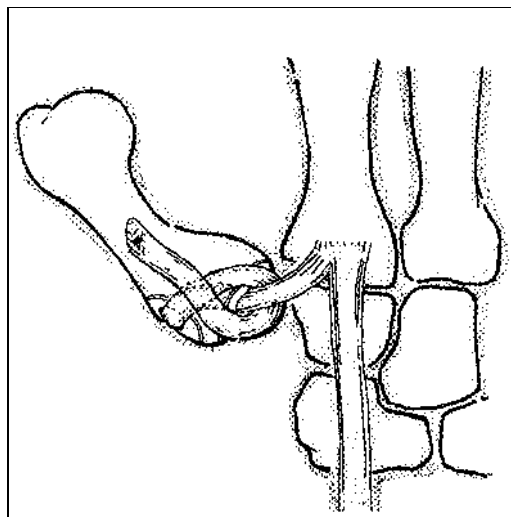
Le bras est allongé sur une planche (guitare) et un garrot pneumatique est placé au bras. Le chirurgien désinfecte le membre supérieur et installe les champs opératoires. Enfin, le garrot pneumatique est gonflé pour la durée de l'intervention qui est de 1 h 30 environ. Le garrot pneumatique est un atout, il permet de travailler avec plus de précision vu l'absence de sang dans le champ opératoire.

L'incision cutanée est réalisée à la base du pouce. Le geste chirurgical dépend de la technique choisie :

1. Si on opte pour la *résection du trapèze*, on peut se contenter d'exciser le segment osseux responsable des douleurs (incision relativement modeste). Toutefois, cette résection est le plus souvent accompagnée d'une *plastie ligamentaire* destinée à stabiliser le pouce (comme le montre le schéma suivant). Dans ce cas, l'incision sera longue et débordera sur l'avant-bras;
2. on peut également avoir recours à la mise en place d'une *prothèse*; il en existe plusieurs types. La prothèse de Swanson, bloc de silicone destiné à combler le vide laissé par le trapèze après son excision et actuellement remplacé par une bille en pyrocarbone. La prothèse totale se compose de 2 pièces articulées, l'une fixée sur le métacarpien et l'autre sur le trapèze. Ce genre de prothèse est souvent utilisée en France.

Figure 2 :

exemple de résection combinée à une plastie de suspension du 1^{er} rayon.



3. si on opte pour l'arthrodèse, les surfaces de l'articulation atteinte sont avivées puis les deux pièces osseuses sont solidarisées par différents moyens (broches, agrafes); Pour chacune de ces techniques, la capsule articulaire est ensuite refermée, puis la peau suturée avec ou sans drain. La main est ensuite immobilisée dans un pansement plâtré.

En quoi consistent les soins post-opératoires ?

Si l'intervention s'est déroulée en milieu hospitalier, la main est maintenue en surélévation durant 48 heures. Le surlendemain, le pansement est refait et le drain enlevé. Si la main est désenflée, celle-ci est immobilisée dans une manchette plâtrée prenant l'avant-bras et le pouce et le patient peut regagner son domicile.

Les fils sont enlevés au 10^{ème} jour. La manchette plâtrée est refaite et maintenue jusqu'à la fin de la 4^{ème} semaine. En présence d'une prothèse totale, à l'issue du premier pansement, la main est protégée dans une bande élastique et la mobilisation du pouce est encouragée.

La rééducation de la main et de sa fonction se fait d'autant mieux que le patient est accompagné par une personne expérimentée et spécialement formée en rééducation de la main. C'est pourquoi il est utile d'avoir recours à l'aide d'une ergothérapeute. Elle apprend comment rééduquer, comment guider le patient et elle sait faire des attelles. Celles-ci permettent d'éviter les positions vicieuses de la main, des doigts ou du pouce. Ces positions sont souvent des positions antalgiques, c'est-à-dire que le patient se choisit quand il a mal. Malheureusement, ces positions ne tiennent pas compte de la caractéristique des tissus et des risques d'enraidissement.

Quels sont les risques de l'intervention ?

En incisant la peau, il existe un risque que le chirurgien blesse accidentellement un rameau sensitif. Une telle lésion peut engendrer des douleurs parfois durables.

Si la technique choisie est l'arthrodèse (blocage articulaire), il existe un risque de non-consolidation (pseudarthrose).

En cas de mise en place d'une prothèse, il existe, pour les prothèses en silicone, un risque de luxation, d'usure de la prothèse et de résorption osseuse (siliconite).

Pour les prothèses de type total, outre le risque de luxation, il existe une possibilité d'enfoncement excessif de la pièce fixée dans le métacarpien et de décèlement de celle fixée au trapèze.

Relevons que, dans la majorité des cas, ces complications sont découvertes sur les radiographies de contrôle. Elles ne sont pas forcément douloureuses et ne limitent habituellement pas la fonction du pouce.

Une réaction excessive de la main à l'intervention, sous forme d'une tuméfaction douloureuse et d'un enraidissement progressif du membre supérieur (algodystrophie, ou syndrome du Südeck) est rare. Cependant, le traitement doit être immédiat et spécifique.

Quel est le pronostic du traitement chirurgical ?

Quelle que soit la technique chirurgicale utilisée, le pronostic est en général favorable. En effet, dans la plupart des cas, l'intervention permet une disparition (ou une nette réduction) des douleurs et une amélioration de la fonction du pouce.

La résection simple du trapèze est suivie d'une diminution de la longueur du pouce. Mais la réduction de la force qui en résulte est souvent compensée par l'absence de douleur qui favorise la fonction, donc l'emploi du pouce.

L'arthrodèse garantit une bonne force et le maintien de la longueur, mais son prix est une réduction de la mobilité du pouce. Par exemple, la main ne peut plus être posée à plat sur une table. Ceci peut être mal supporté. Enfin, si les prothèses ont l'avantage de maintenir à la fois la longueur du pouce, sa mobilité et sa force, leur durée de vie est limitée, ce qui nécessite soit de les remplacer soit de les retirer. Ces opérations répétées rendent le patient dépendant de la chirurgie. Il est important de tenir compte de ce problème, lors du choix du traitement initial. Une irritation des nerfs sous-cutanés (donc de la peau) peut provoquer des douleurs résiduelles persistantes.

Remarque :

Il importe de noter qu'un traitement par radiothérapie peut être une option de traitement conservateur à envisager. En effet, ce type de traitement n'est pas invasif, permet souvent d'obtenir l'indolence et par conséquent d'éviter une intervention chirurgicale.

Cette option doit être discutée avec le radio-oncologue qui saura, mieux que le chirurgien de la main expliquer les avantages et les inconvénients de ce type de traitement que le 90% des patients choisis avant toute chirurgie.