

# La Rhizarthrose

Note d'information



**Groupe Main**  
**P r o v e n c e**

**Docteurs O. Daunois ; G. Gaujoux ; S. Méo ; D. Sassoon ; F. Strubé**

**SELARL**

**44 Ave Delattre de Tassigny - 13100 Aix en Provence**

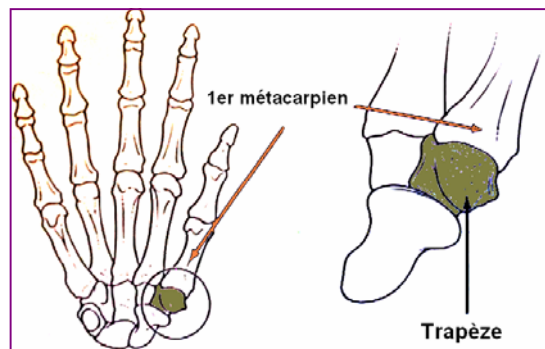
**04.42.23.10.10**

**Urgences SOS main : 0 820 160 150**

## Définition

La **rhizarthrose** correspond à l'**arthrose de la base du pouce** ( **articulation trapézo-métacarpienne**), c'est-à-dire **l'usure du cartilage** entre le trapèze et la base du 1<sup>er</sup> métacarpien. Cette arthrose est très fréquente, touchant plus souvent la femme, et débutant vers l'âge de 50 ans. Aujourd'hui, on ne sait pas vraiment pourquoi certains développent cette arthrose. Toutefois, il existe un caractère familial certain.

Elle est **souvent très bien tolérée** malgré l'importance des signes radiologiques et des déformations du pouce. En effet, il n'y a pas de parallélisme entre l'importance de l'usure du cartilage et la symptomatologie.



## Signes cliniques

La rhizarthrose associe de façon variable plusieurs symptômes :

**Les douleurs**, évoluant par crises parfois intenses, situées à la racine du pouce (près du poignet) et réveillées par la pression directe et le mouvement.

**L'enraidissement** progressif du pouce avec diminution de l'ouverture entre le pouce et l'index.

**Le manque de force** de la pince pouce-index.

**La déformation** du pouce par « fabrication » d'os au niveau de l'articulation malade (bosse), mais aussi par une posture caractéristique appelée « pouce en Z ». Cette déformation est souvent tardive et ce rencontre dans les rhizarthroses évoluées.

**La radiographie** est indispensable pour confirmer le diagnostic et apprécier l'importance et la localisation de l'usure cartilagineuse.



## Traitement

**Le traitement médical** est toujours de mise en première intention. Il peut associé

**Antalgiques et anti-inflammatoires**

**Infiltration** de l'articulation trapézo-métacarpienne (dérivé cortisoné).

**Attelle de repos (orthèse)**

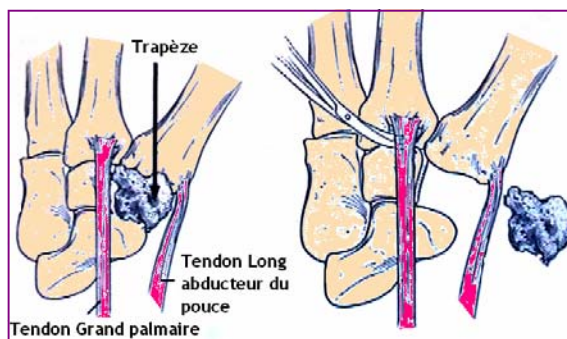


**Le traitement chirurgical ne s'envisage qu'en cas d'échec du traitement médical**

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

**La désinsertion partielle des tendons de la base du pouce** est rarement réalisée. Elle peut avoir un effet bénéfique sur la douleur dans les formes radiologiquement peu évoluées.

**L'ablation du trapèze ou trapèzectomie** se fait lorsque le trapèze est de mauvaise qualité ou que le patient est très manuel (personne très active, travailleur de force).



*Exemple de trapèzectomie*

**Le blocage de l'articulation** (arthrodèse) n'est indiquée que dans des cas très particuliers.

**La prothèse trapézo-métacarpienne** a pour but de rétablir une mobilité et une fonction voisines de la normale.



prothèse trapézo-métacarpienne.

## L'intervention

Ce type d'intervention se réalise le plus souvent sous **anesthésie locorégionale** (on n'endort que le bras) lors d'une hospitalisation de courte durée (1jour) voir en ambulatoire ( hospitalisation de moins de 6 heures)

L'immobilisation est **4 semaines (avec possibilité de retirer l'attelle le soir à la 3<sup>ème</sup> semaine)**, suivie d'une rééducation douce.

## Résultats et évolution à long terme

**La désinsertion partielle des tendons du pouce** a des résultats inégaux. Elle 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

**La trapézectomie** est radicale et définitive, mais les résultats s'obtiennent en six mois, ce qui est très long. L'intérêt est la stabilité dans le temps.

**La prothèse trapézo-métacarpienne** qui représente la solution en théorie la plus satisfaisante peut à long terme présenter des phénomènes d'usure et de descellement, un peu comme les prothèses de hanche. Il n'est pas exceptionnel de reprendre chirurgicalement les prothèses au bout de plusieurs années (nouvelle prothèse ou trapézectomie).

## 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

**infection nosocomiale:** elle est rare et se maîtrise aisément lorsque le diagnostic est précoce. Dans le cas d'une mise en place d'une prothèse le problème est plus délicat, et peut nécessiter l'ablation de la prothèse .

**hématome :** le diagnostic doit être précoce, la reprise chirurgicale est également parfois nécessaire.

**algodystrophie :** Il s'agit d'un « dérèglement » de la douleur alors qu'il n'y a aucun problème sous jacent. Sa survenue 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 de la rééducation.

**Accident d'anesthésie :** du plus simple au plus grave, y compris le décès (1décès sur 100 à 150000 anesthésies en France).

## **Complications spécifiques de la rhizarthrose opérée**

**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 avec 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