

## RHIZARTHROSE – ARTHROSE DE LA BASE DU POUCE

*Ecrit par le Dr Blandine Marion et le Dr Florence Aïm chirurgien, le 1<sup>er</sup> avril 2018*

### De quoi s'agit-il ?

---

La rhizarthrose est l'arthrose de la base du pouce. Il s'agit d'une usure du cartilage entre l'os trapèze et le premier métacarpien.

Le plus souvent on ne retrouve aucune cause précise à cette arthrose. Elle touche en majorité la femme de la cinquantaine, mais aussi les travailleurs manuels. Elle peut être associée à d'autres pathologies de la main comme le syndrome du canal carpien et le doigt à ressort.

La rhizarthrose se traduit par des **douleurs** lors de la mobilisation du pouce. Le patient est de plus en plus gêné pour effectuer les gestes de la vie courante qui nécessitent l'utilisation de la « pince » entre le pouce et l'index. On peut retrouver également une **déformation** (subluxation de la base du 1<sup>er</sup> métacarpien) ou un empâtement (inflammation) situé à la base du pouce.

L'évolution naturelle se fera sur plusieurs années vers une déformation caractéristique du pouce dite en « Z ». A ce stade les douleurs sont moins importantes mais il devient impossible d'écartier son pouce afin de saisir les objets volumineux.

Les radiographies sont nécessaires et suffisantes. Elles permettent d'évaluer la gravité de l'arthrose, l'épaisseur du trapèze, et la présence ou non d'une subluxation de la base du premier métacarpien.



## Faut-il toujours opérer ?

---

Le traitement est d'abord médical : Il associe une immobilisation nocturne par attelle, un traitement anti-inflammatoire et des antalgiques. Une infiltration radioguidée de corticoïdes peut également être proposée, ainsi que des séances de kinésithérapie.

Il est nécessaire de diminuer les activités sources de douleur, surtout en phase inflammatoire.

La chirurgie ne s'envisage qu'après l'échec d'un traitement médical correctement conduit. La chirurgie permet de rendre l'articulation indolore et de restituer les mobilités de la colonne du pouce.

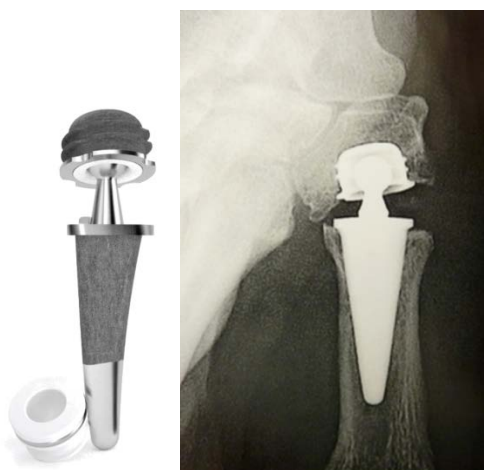
## Comment se déroule l'intervention ?

---

L'intervention est réalisée en chirurgie ambulatoire et sous anesthésie locorégionale.

Deux interventions sont possibles, elles sont discutées en fonction de l'âge du patient et de ses besoins fonctionnels :

- **La trapèzectomie** consiste à retirer le trapèze. On y associe souvent une « interposition » (mise en place de matériel dans l'espace laissé libre après l'ablation de l'os) et une stabilisation (réfection du ligament de la base du premier métacarpien).
- **La prothèse trapézo-métacarpienne** remplace les surfaces articulaires usées.



## Quelles sont les suites d'une intervention ? Quels sont les résultats ?

---

L'immobilisation postopératoire est de 0 à 30 jours selon la technique chirurgicale choisie.

La récupération est progressive sur plusieurs mois pour la trapèzectomie, mais l'opération ne nécessite pas en général de nouveau geste chirurgical.

La prothèse permet une récupération beaucoup plus rapide mais risque de se dégrader avec le temps. Une nouvelle chirurgie peut être nécessaire 10 à 15 ans plus tard.

## Quels sont les risques ?

---

Tout acte chirurgical expose à un risque de complication qu'il faut mettre en balance avec les risques d'absence de traitement.

Les risques communs à toute chirurgie sont l'infection postopératoire, l'hématome, les troubles de cicatrisation et l'algodystrophie. Cette complication rare donne une main gonflée, douloureuse avec transpiration pendant plusieurs mois, et peut laisser des séquelles à type de douleurs résiduelles, de raideur des doigts ou du poignet.

Les principaux risques spécifiques de l'intervention sont l'infection, et les complications mécaniques des prothèses (usure / descellement / luxation).

Une atteinte de la branche de division sensitive du nerf radial qui peut être source de fourmillements, d'engourdissement du pouce et de douleurs postopératoires. Ce nerf est exceptionnellement touché lors de l'intervention mais par contre adhère fréquemment aux cicatrices cutanées. Une prise en charge précoce par des massages de la cicatrice règle le plus souvent ce problème sans laisser de séquelles.

*Votre chirurgien est le mieux placé pour répondre aux questions que vous vous poseriez avant ou après votre intervention. N'hésitez pas à lui en parler.*