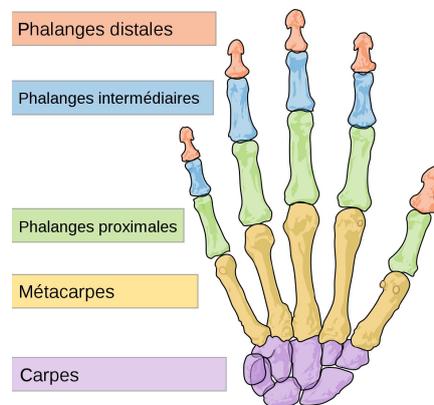


Arthrose digitale de l'articulation Interphalangienne Proximale

Qu'est-ce que l'Arthrose digitale interphalangienne proximale ?

Les doigts longs sont composés de 3 articulations, Chaque articulation est composée d'un squelette osseux recouvert de cartilage. L'articulation métacarpo-phalangienne, l'articulation interphalangienne proximale (située entre la première et la deuxième phalange) et l'articulation interphalangienne distale (située entre la deuxième et la dernière phalange).



L'articulation est entourée d'une capsule articulaire qui l'isole des éléments environnants. Cette capsule est doublée à sa face profonde d'un tissu appelé synoviale, dont le rôle est de produire un liquide dans ces espaces fermés, qui lubrifie et nourrit les cartilages articulaires permettant ainsi les mouvements. Le cartilage articulaire a deux fonctions principales :

- Il permet la distribution des forces subies par l'articulation lors des mouvements
- Assurer une couverture des tissus osseux et permettre un glissement d'une surface articulaire par rapport à l'autre.

L'arthrose est une usure du cartilage créant un contact direct entre les os, entraînant douleurs, gonflement et déformation de l'articulation.

Il a été montré le rôle négatif de la surcharge et du déséquilibre des forces sur le cartilage, d'autres études ont montré que le vieillissement du cartilage était lié à l'accumulation de plusieurs facteurs héréditaires, métaboliques, biomécaniques. La présence d'antécédents familiaux est également souvent retrouvée.

Arthrose digitale de l'articulation Interphalangienne Proximale

1. Quels sont les signes cliniques de l'arthrose digitale ?

L'arthrose interphalangienne proximale peut-être isolée ou associée à une atteinte des autres doigts, ainsi qu'à une atteinte des articulations interphalangiennes distales.

Cette arthrose se manifeste par plusieurs signes qui peuvent être associés.

- Un gonflement de l'articulation.
- Une diminution de la mobilité.
- Une déformation latérale et dorsale de l'articulation : il s'agit de formations arrondies et dures, souvent symétriques ; ces nodules ne sont pas toujours douloureux mais souvent disgracieux. Ce sont les nodules de Bouchard sur l'IPP
- Une désaxation de l'articulation qui est souvent mal acceptée par les patients.



2. Quels examens complémentaires devez-vous réaliser ?

L'examen à réaliser est un bilan radiographique. Les modifications radiologiques sont communes à toutes les atteintes arthrosiques :

- Un pincement de l'interligne : l'espace entre les deux phalanges (correspondant au cartilage) est plus fin que sur une articulation normale.
- Une altération des contours osseux liée à la présence d'ostéophytes qui sont une production d'os réactionnelle au contact osseux. Ils déforment le contour articulaire et sont responsables de la déformation clinique.
- Une perte de l'axe articulaire.

3. Quels sont les traitements possibles ?

Arthrose digitale de l'articulation Interphalangienne Proximale



L'arthrose digitale peut prendre de multiples aspects cliniques d'une simple raideur articulaire non douloureuse à une articulation déviée, fortement douloureuse et raide, le traitement doit donc être adapté à chaque cas.

a) Le traitement médical

Le traitement doit être dans un premier temps médical et fait appel à divers protocoles :

En cas de crises douloureuses : antalgiques et anti-inflammatoires sont associés. Ils soulagent les douleurs. En cas de douleurs plus violentes et invalidantes, le recours aux corticoïdes est quelquefois nécessaire associé à une immobilisation par une attelle des articulations douloureuses.

Entre les crises : des attelles nocturnes sont souvent prescrites au patient, ces attelles ont un but antalgique mais en aucun cas elles ne peuvent éviter l'apparition éventuelle d'une déformation. L'injection intra-articulaire de "régénérant" cartilagineux qui est faite dans de grosses articulations n'est pas encore courante pour les articulations digitales. Ces injections vont se développer.

La durée de ce traitement médical est liée à l'évolution de la maladie : nombre de patients ne sont traités que lors de leurs crises puis restent sans traitement entre les poussées douloureuses qui peuvent être espacées.

b) Le traitement chirurgical

Le traitement chirurgical n'est envisagé que :

- Face à l'échec du traitement médical, ou face à des douleurs persistantes voire permanentes.
- Par la nécessité de tenter de redonner une mobilité accrue à une articulation enraidie.

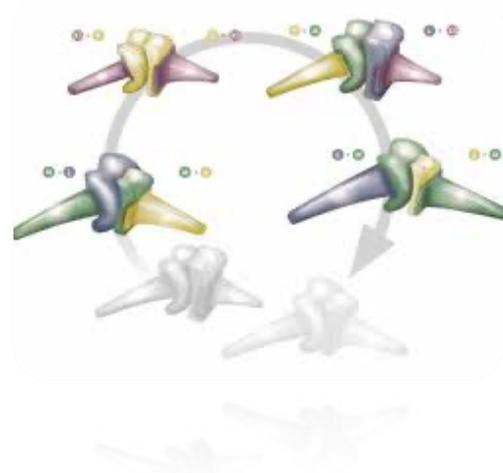
En cas de nodules de Bouchard ou de kyste synovial (équivalent du kyste mucoïde distal) une simple exérèse peut être proposée : cette intervention est rapide, sans immobilisation et la récupération de la mobilité pré-opératoire est la règle.

Arthrose digitale de l'articulation Interphalangienne Proximale

En cas de raideur plus ou moins douloureuse sur un doigt assez bien axé, nous vous proposons un remplacement de l'articulation par une prothèse. Le type de prothèse mise en place est une affaire personnelle, tant les modèles proposés sur le marché sont nombreux, et on peut classer ces prothèses selon leur principe :

Les spacers : ou espaceurs, ils ne remplacent pas l'articulation à proprement parler, mais conservent un espace qui est comblé par une structure souple qui ressemble peu à une articulation (en règle le silicone)

Les prothèses de remplacement : Le but de ces prothèses articulaires est de redonner un doigt non ou peu douloureux et qui a regagné une meilleure mobilité. Un suivi régulier est nécessaire pour contrôler la mobilité clinique et l'interface radiologique os-prothèse. Il n'y a pas d'évolution type car trop de facteurs interviennent qui peuvent interférer dans l'évolution : la règle est de demander au patient « d'économiser » sa main pour ne pas mettre en danger la longévité de la prothèse.



L'arthrodèse qui est largement utilisé pour les articulations distales (de même que pour le pouce) est très rarement proposée pour l'IPP : dans quelques cas particuliers elle sera faite mais restera une indication exceptionnelle : elle est quelques fois proposée d'emblée sur l'IPP du deuxième doigt.

4. Les complications et les risques du traitement

Chaque indication opératoire est posée avec soin. Malgré tout, ces interventions comportent aléas ou risques évolutifs qui leur sont propres. La liste suivante n'est pas exhaustive mais elle contient les principales complications rencontrées. Certaines de ces complications justifieront d'un traitement

Arthrose digitale de l'articulation Interphalangienne Proximale



spécifique et/ou d'une ré-intervention dans un délai variable, et certaines peuvent laisser des séquelles.

a) Les complications génériques liées à tout acte chirurgical

- ❖ L'infection : elle peut survenir plus ou moins précocement. Elle justifiera d'un traitement local et/ou générale voire une réintervention en fonction de son importance.
- ❖ Problème de cicatrisation : il peut se manifester par un œdème, une désunion plus ou moins importante quelques fois liée à un hématome. Il peut surtout se manifester plus tardivement par des douleurs et une raideur de la cicatrice. Chaque manifestation justifiera d'un traitement adapté.
- ❖ Complications générales : elles peuvent se rencontrer après toute intervention chirurgicale quelque soit le type d'anesthésie.
- ❖ L'algodystrophie : cette complication peut survenir au décours de toute intervention chirurgicale, ou au décours de tout traumatisme. L'importance du geste chirurgical ou du traumatisme n'entrent pas en ligne de compte.

b) Les complications spécifiques liées à l'implantation d'une prothèse articulaire

- ❖ Raideur articulaire : la diminution de l'amplitude articulaire est fréquente en post-opératoire, et justifie de faire de la kinésithérapie pour diminuer l'importance de la perte de mobilité. Une certaine perte d'amplitude peut rester à titre de séquelle.
- ❖ Perte de force avec la main : elle est quasi constante en post-opératoire, elle diminue avec le temps et la rééducation.
- ❖ Luxation de la prothèse : elle est rare. Elle est quelques fois cliniquement évidente, et peut se produire dans les suites d'un traumatisme ou spontanément. Une réintervention dont les modalités peuvent être variables est la règle.
- ❖ Infection de la prothèse : elle est rare mais non exceptionnelle. Elle est quelquefois retardée et se manifeste par des douleurs et une gêne s'accompagnant de modifications radiologiques. Elle nécessite un traitement spécifique médical ou chirurgical.
- ❖ Usure de prothèse : elle est liée à l'utilisation du doigt. La durée de vie d'une prothèse est d'environ 15 ans. En cas d'utilisation lors de travaux de force, la durée de vie de votre prothèse est diminuée.
- ❖ Rupture de la prothèse : elle peut survenir en l'absence de tout traumatisme, et elle n'est quelques fois dépistée que par un contrôle

Arthrose digitale de l'articulation Interphalangienne Proximale



radiologique systématique. Elle survient plusieurs années après la mise en place. Elle ne justifie pas toujours d'une réintervention.

- ❖ Réaction des tissus avoisinants à la prothèse : les tissus avoisinants peuvent réagir à la mise en place de ce "corps étranger" volumineux, bien que les prothèses soient bien compatibles.

c) Les complications spécifiques de l'arthrodèse

- ❖ Une infection sur le site opératoire une réintervention est souvent nécessaire.
- ❖ Une absence de consolidation : malgré un délai d'immobilisation prolongé. Un bilan complet sera fait pour décider d'une éventuelle réintervention. Certains patients n'ont pas eu de fusion radiologique, mais n'éprouvent aucune gêne lors de l'utilisation des doigts.
- ❖ Consolidation en mauvaise position (cal vicieux)