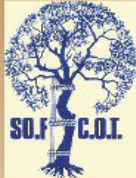


Relecture scientifique
Société française de
chirurgie orthopédique et
traumatologique (SOFCOT)

Relecture juridique
Médecins experts SOFCOT

Relecture déontologique
Médecins Conseil national de
l'ordre des médecins (CNOM)

Relecture des patients
Collectif inter associatif
sur la santé (CISS)
Association française de lutte
anti-rhumatismale (AFLAR)



Persomed
7 rue Ste Odile BP 62
67 502 Schlingheim
tél.: +33 (0)3 89 41 39 94
fax: +33 (0)3 89 29 05 94

Traitement de la rhizarthrose par prothèse



Persomed

Fonds documentaire
d'information patient



Tous droits réservés
ISBN 2-35305-098-0

Chirurgie
orthopédique

2006

www.persomed.com

Rédaction : D. Gosset et P. Simler
Illustration : J. Dasic

Code de la Santé Publique
Article L1111-2

Toute personne a le droit d'être informée
sur son état de santé.

Cette information porte sur les différentes
investigations, traitements ou actions
de prévention qui sont proposées, leur
utilité, leur urgence éventuelle, leurs
conséquences, les risques fréquents ou
graves normalement prévisibles qu'ils
comportent ainsi que sur les autres
solutions possibles et sur les conséquences
prévisibles en cas de refus.

Madame, Monsieur,

L'objectif de ce document est de vous donner
les réponses aux questions que vous vous
posez.
Il ne présente cependant que des généralités.
Il ne remplace pas les informations que vous
donne votre médecin sur votre propre état de
santé.

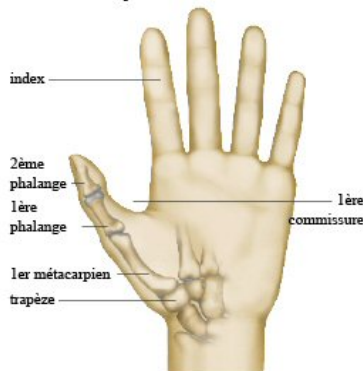
Quelle partie du corps?

Utilité de cette partie du corps ?

Le pouce est un doigt particulier : c'est grâce à
lui que nous pouvons saisir les objets.

C'est parce qu'il est capable de se placer en
face des autres doigts (**fonction d'opposition**),
et notamment de l'index, que nous pouvons
nous servir de la main comme d'une pince.

Cette fonction d'opposition nécessite que le
pouce soit à la fois stable et très mobile. Il est
également indispensable que l'espace entre le
pouce et l'index (que l'on appelle la **première
commissure**) puisse s'ouvrir.



De quoi est-elle constituée ?

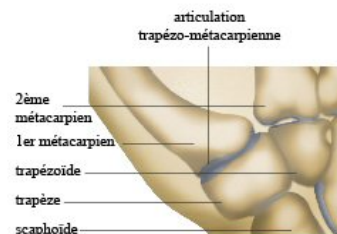
Le pouce est composé de trois os longs : le
premier métacarpien, la **première phalange**
et la **deuxième phalange**.

Une **articulation** est l'endroit où plusieurs os
sont reliés tout en pouvant bouger les uns par
rapport aux autres dans certaines directions.
Le premier métacarpien est articulé avec un os
du poignet appelé **trapèze**, lui-même articulé
avec d'autres os : le **scaphoïde** au dessus et le
trapézoïde sur le côté.

Au niveau du pouce, il y a donc quatre
articulations : l'**articulation scapho-trapézo-
trapézoïdienne**, la **trapézo-métacarpienne**,
la **métacarpo-phalangienne**, et l'**inter-
phalangienne**.

L'articulation entre le trapèze et le premier
métacarpien (**trapézo-métacarpienne**) est
très mobile. Elle joue un rôle essentiel dans
la fonction d'opposition du pouce. Sa grande
capacité de mouvement est liée à la forme
des surfaces de l'articulation. Sa stabilité est
due à la présence de rubans fibreux souples
et résistants, les **ligaments**, qui unissent
le **trapèze** au **premier métacarpien**, et le
premier métacarpien au **deuxième**.

Au niveau des articulations, les os sont
entourés d'un tissu plus souple qui permet leur
glissement : le **cartilage**.



Pourquoi faut-il traiter ?

Quel est le problème ?

A la base du pouce, l'articulation entre le trapèze et le premier métacarpien (**articulation trapézo-métacarpienne**) est touchée par une maladie appelée **arthrose**. En langage médical, on parle d'**arthrose trapézo-métacarpienne** ou **rhizarthrose**.

L'arthrose correspond à une usure du tissu souple qui recouvre les os au niveau de l'articulation (**cartilage**). Normalement, le cartilage est bien régulier, d'une certaine épaisseur.

En cas d'arthrose, il devient irrégulier et son épaisseur diminue. Les surfaces de l'articulation ne glissent alors plus harmonieusement l'une sur l'autre. A terme, certaines zones peuvent être totalement dépourvues de cartilage.

Parfois, il se forme un dépôt semblable à de la craie (**calcification**) au niveau de l'articulation.

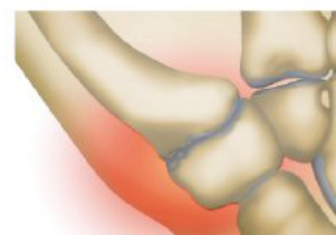
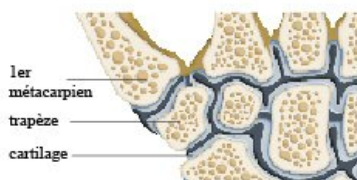
L'articulation se déforme petit à petit au niveau des zones de frottement. L'os essaye de s'adapter en fabriquant des sortes de petits becs (**ostéophytes**). Ces becs d'arthrose n'arrangent pas les choses car ils bloquent progressivement l'articulation et la déforment de plus en plus.

C'est une maladie qui évolue lentement, sur des années.

L'**arthrose trapézo-métacarpienne** touche surtout les femmes âgées de plus de 50 ans. Elle atteint un peu plus souvent le côté dominant, c'est à dire la main droite chez les droitiers et la main gauche chez les gauchères. La plupart du temps, il n'y a pas de cause évidente.

Ce problème n'est que rarement la conséquence d'un choc au niveau du pouce ou d'une maladie (**chondrocalcinose articulaire** par exemple).

L'arthrose de l'articulation trapézo-métacarpienne peut être isolée, mais elle est parfois associée à une arthrose plus globale de la région (avec notamment une arthrose de l'articulation scapho-trapézo-trapézoïdienne). On parle alors d'**arthrose péri-trapézienne**.



rhizarthrose



ostéophyte

Quelles sont ses conséquences ?

L'usure du cartilage (**arthrose**) a des répercussions sur la capacité du pouce à se placer en face des autres doigts (**fonction d'opposition**). L'articulation bouge moins facilement.

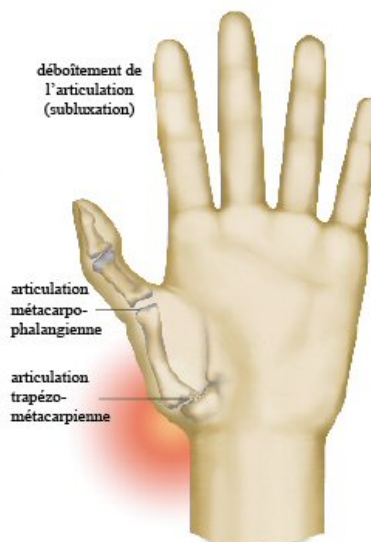
Vous avez mal au niveau de la base du pouce quand vous utilisez celui-ci dans vos gestes quotidiens.

L'usure du cartilage se traduit par un pincement au niveau de l'articulation, c'est à dire que l'espace entre les os se réduit parce que le cartilage est moins épais. L'os devient également plus dense, et présente des déformations en forme de becs (**ostéophytes**) ou de petites cavités (**géodes osseuses**).

Avec l'évolution de la maladie, une bosse peut apparaître à la base du pouce : un os (le **premier métacarpien**) commence à se déboîter. L'espace entre le pouce et l'index (la **première commissure**) se réduit. Pour compenser, l'articulation située au-dessus (**articulation métacarpo-phalangienne**) a tendance à trop s'étendre (**hyper-extension**).

Parfois, l'articulation trapézo-métacarpienne se déforme tellement qu'elle est sur le point de se déboîter (**subluxation**). En langage médical, on parle alors d'**arthrose excentrée**. Si ce n'est pas le cas, il s'agit d'**arthrose centrée**.

Certains patients ne sont pas tellement gênés, même avec une articulation fortement déformée, tandis que d'autres éprouvent des douleurs, des difficultés dans les mouvements du pouce et ont moins de force pour serrer la main.



Quels examens faut-il passer ?

Votre médecin examine votre main et mesure les possibilités des différentes articulations de votre pouce. Il regarde la façon dont celui-ci est capable de se placer en face des autres doigts (**fonction d'opposition**). Il vérifie que l'autre main n'est pas atteinte.

Il recherche également d'éventuelles maladies associées (**syndrome du canal carpien, kyste synovial, tendinite, doigt à ressort, arthrose des doigts longs...**).

Vous passez des **radiographies** du pouce. La radiographie standard est une technique qui utilise des rayons (les **rayons X**) pour visualiser les os à l'intérieur du corps. Les radiographies du pouce de face et de profil permettent à votre médecin d'être sûr qu'il s'agit d'un problème de **rhizarthrose**.

Elles mettent également en évidence la présence d'ostéophytes et/ou de géodes osseuses dus à l'usure du cartilage, une éventuelle subluxation du premier métacarpien ou encore une éventuelle arthrose de l'articulation scapho-trapézo-trapézoïdienne qui y serait associée.

Si nécessaire, le bilan peut être complété par d'autres radiographies du pouce dans différentes positions (**radiographies dynamiques**). Cela permet de mesurer précisément la façon dont il est capable de bouger.

Les différents traitements

Les traitements médicaux...

Votre médecin vous donne des médicaments qui soulagent la douleur (**antalgiques**) et d'autres qui réduisent l'irritation (**inflammation**) liée à l'arthrose (**anti-inflammatoires**).

Il est possible d'injecter directement dans l'articulation un produit anti-inflammatoire.

Ce geste s'appelle une **infiltration**.

Une coque rigide maintenue par des velcros (**orthèse de repos**) permet d'immobiliser le pouce pendant la nuit et éventuellement quelques heures dans la journée.

Cela soulage les douleurs et permet d'éviter les déformations de la main (fermeture de la première commissure).

... et leurs limites

Dans la grande majorité des cas, le traitement médical est efficace et suffisant. Mais parfois les douleurs et la gêne dans l'utilisation du pouce persistent.

Les infiltrations peuvent vous soulager, elles ne doivent toutefois pas être répétées plus de trois ou quatre fois en général.

Les risques si on ne traite pas

Dans un premier temps, les douleurs risquent de s'aggraver, limitant l'utilisation du pouce.

Puis, quand la maladie évolue, en général après quelques années, les douleurs diminuent ou disparaissent, mais la main est déformée de façon importante.

Le pouce reste « collé » à l'index, l'ouverture entre le pouce et l'index n'est plus possible (la première commissure reste fermée). Il n'est plus possible d'opposer le pouce aux autres doigts : la main ne peut plus fonctionner normalement, car la pince entre le pouce et les autres doigts est défaillante.

Quoi qu'il en soit, votre médecin est le mieux placé pour évaluer ce que vous risquez en l'absence de traitement. N'hésitez pas à en discuter avec lui.

Quand faut-il opérer ?

Si la maladie évolue depuis longtemps, si la déformation est marquée et surtout si la gêne est importante, le traitement médical peut être insuffisant. Il est alors utile d'opérer.

Il ne faut pas attendre le dernier moment : si la déformation de la main entraîne le raccourcissement de certains muscles, le résultat de l'opération risque d'être moins bon.

Les traitements chirurgicaux...

Les méthodes les plus courantes consistent soit :

- à enlever un os, le trapèze (**trapéctomie**),
- à remplacer les surfaces abîmées de l'articulation par un matériau artificiel (**prothèse**),
- à bloquer l'articulation (**arthrodèse**).

Plus rarement, d'autres opérations peuvent être proposées :

- couper au niveau des os pour réorienter les surfaces de glissement de l'articulation (**ostéotomie**),
- remplacer une seule partie de l'articulation par un matériau artificiel (**prothèse partielle**).

Si l'une de ces interventions vous est proposée, votre chirurgien est en mesure de vous expliquer pourquoi et de vous en exposer le principe.

... et leurs limites

Après l'opération, le pouce opéré bouge souvent un peu moins bien que celui de la main qui n'a jamais eu de problèmes.

Certains patients ne retrouvent pas toute leur force dans le mouvement pour serrer la main.

L'opération qui vous est proposée

Introduction

Le principe de l'intervention qui vous est proposée est de remplacer l'articulation abîmée à la base de votre pouce (**articulation trapézo-métacarpienne**) par du matériel artificiel (**prothèse**).

L'intervention a pour but de faire diminuer ou disparaître la douleur et de permettre à votre pouce de fonctionner à nouveau correctement.

L'anesthésie

Avant l'opération, vous prenez rendez-vous avec le **médecin anesthésiste-réanimateur** qui vous examine, propose une méthode adaptée pour vous insensibiliser et vous donne des consignes à respecter.

Pendant l'intervention, soit vous dormez complètement (**anesthésie générale**), soit seul votre bras est insensibilisé et vous restez éveillé (**anesthésie loco-régionale**). Le plus souvent, on préfère l'anesthésie loco-régionale.

L'installation

L'intervention se pratique dans une série de pièces appelée **bloc chirurgical** conforme à des normes très strictes de propreté et de sécurité.

Vous êtes allongé sur le dos, avec le bras écarté du corps et reposant sur une table.

Il existe des variantes techniques parmi lesquelles votre chirurgien choisit en fonction de son savoir-faire et de votre cas.

Au cours de l'opération, il doit s'adapter et éventuellement faire des gestes supplémentaires qui rallongent l'opération sans qu'elle soit pour autant plus difficile ou plus risquée.

L'ouverture

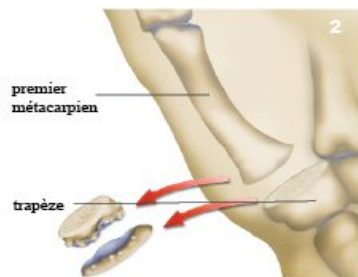
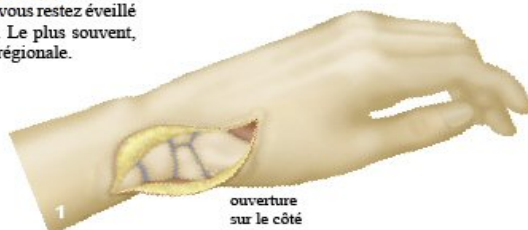
Votre chirurgien ouvre au niveau du poignet, soit sur le dos de la main, soit du côté de la paume de la main ou enfin sur le côté.

Le geste principal

Votre médecin retire les surfaces abîmées de l'articulation. Pour pouvoir fixer la prothèse dans les os, il creuse le trapèze et le premier métacarpien.

Il met en place la prothèse dans ces trous, ainsi elle reste bien stable.

Selon le modèle, la prothèse est fixée avec ou sans ciment. Elle est composée d'un matériau synthétique (métal, plastique, silicone...).



Les gestes associés

Si vous avez une autre maladie de la main (**syndrome du canal carpien, doigt à ressaut...**), votre chirurgien peut éventuellement la traiter au cours de la même opération.

La durée de l'opération

La durée de cette opération peut varier beaucoup sans que son déroulement pose un problème particulier, car elle dépend de nombreux facteurs (la méthode utilisée, le nombre de gestes associés...).

Habituellement, elle dure entre 30 et 90 minutes. Il faut compter en plus le temps de la préparation, du réveil...

Faut-il une transfusion?

Non, c'est une intervention pendant laquelle le patient saigne très peu.

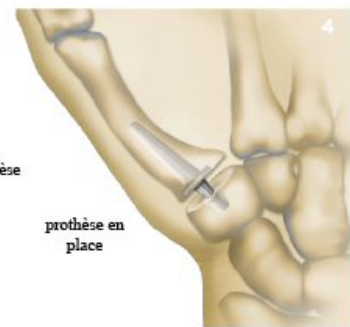
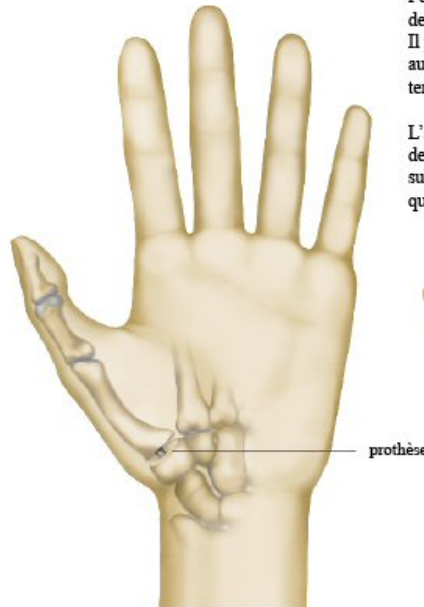
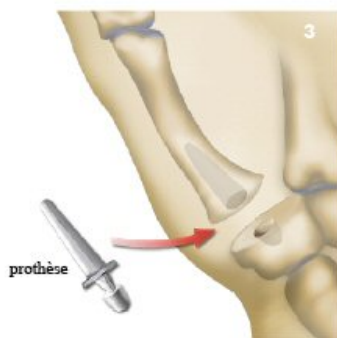
Il n'est habituellement pas nécessaire de redonner du sang (**transfuser**).

La fermeture

Il est normal que la zone opérée produise des liquides (sang...). Si c'est nécessaire pour qu'elle reste saine, votre chirurgien met en place un système (**drainage**), par exemple de petits tuyaux, afin que ces fluides s'évacuent après l'intervention.

Pour refermer, votre médecin utilise du fil, des agrafes, ou un autre système de fixation. Il peut s'agir de matériel qui reste en place ou au contraire se dégrade naturellement au fil du temps (**matériel résorbable**).

L'aspect final de votre cicatrice dépend surtout de l'état de votre peau, des tiraillements qu'elle subit ou encore de son exposition au soleil, qu'il faut éviter après l'intervention...



Dans les jours qui suivent...

Douleur

Chaque organisme perçoit la douleur différemment. Cela dépend aussi d'éventuelles autres maladies de la main dont vous souffrez et que le chirurgien a traitées en même temps. Quoi qu'il en soit, la douleur est contrôlée par des moyens adaptés.

Une gêne douloureuse peut persister pendant quelques semaines.

Si malgré tout vous avez mal, n'hésitez pas à en parler à l'équipe médicale qui s'occupe de vous, il existe toujours une solution.

Fonction

Votre pouce est immobilisé à l'aide d'un dispositif que vous pouvez retirer, par exemple pour prendre une douche.

La durée de cette immobilisation est variable selon votre cas et ce que votre chirurgien juge nécessaire.

Autonomie

Pendant quelques semaines, vous ne pouvez pas utiliser votre main normalement.

Principaux soins

Il est souvent nécessaire de prendre des médicaments contre la douleur (**antalgiques**) pendant quelques jours.

Des exercices de remise en mouvement (**rééducation**) sont souvent indispensables. La rééducation commence à la fin de la période d'immobilisation, parfois un peu avant.

Vos quatre autres doigts ne sont pas immobilisés : il est conseillé de les bouger pour éviter qu'ils ne deviennent raides.

Retour à domicile

En général, vous rentrez chez vous un à trois jours après l'intervention.

Cela dépend de l'établissement dans lequel vous êtes soigné mais surtout de votre cas et de votre état de santé.

Suivi

Il faut suivre rigoureusement les consignes de votre médecin. Allez aux rendez-vous qu'il vous programme, et, s'il vous en propose, passez les examens de contrôle. C'est important.

Le résultat

Fonction et autonomie

Votre pouce retrouve une capacité de mouvement satisfaisante quelques semaines à quelques mois après l'opération. Cela reste très variable.

Souvent le pouce opéré bouge tout de même un peu moins bien que le pouce qui n'a pas été malade.

Votre médecin peut vous demander de limiter certaines de vos activités pendant quelques temps. Si vous avez un doute sur les risques liés à l'une ou l'autre d'entre elles, n'hésitez pas à lui demander conseil.

Le but théorique et idéal de cette opération est de faire disparaître ou au moins nettement diminuer la douleur, de sorte que votre pouce fonctionne à nouveau correctement.

Le résultat de l'intervention dépend de la réussite de l'opération mais aussi de l'importance de la maladie, de votre activité, et de la rééducation.

Les risques

L'équipe médicale qui s'occupe de vous prend toutes les précautions possibles pour limiter les risques, mais des problèmes peuvent toujours arriver. Nous ne listons ici que les plus fréquents ou les plus graves parmi ceux qui sont spécifiques de cette intervention. Pour les risques communs à toutes les opérations, reportez-vous à la fiche « les risques d'une intervention chirurgicale ». Les risques liés à l'anesthésie sont indiqués dans le fascicule « anesthésie ».

Certaines de ces complications peuvent nécessiter des gestes complémentaires ou une nouvelle opération. Rassurez-vous, votre chirurgien les connaît bien et met tout en œuvre pour les éviter. En fonction de votre état de santé, vous êtes plus ou moins exposé à l'un ou l'autre de ces risques.

Pendant l'intervention

Des vaisseaux sanguins ou des nerfs situés à proximité de la zone opérée peuvent être abîmés accidentellement. Selon la technique choisie pour accéder à l'articulation, certains nerfs risquent plus particulièrement d'être abîmés (une partie du **nerf radial** ou une partie du **nerf médian**). Même si la réparation est faite correctement, vous pouvez avoir mal, une partie de la main peut rester insensible et la cicatrice douloureuse.

Après l'intervention

Il est possible que la zone qui a été opérée saigne et qu'il se forme une poche de sang (un **hématome**) qui nécessite un traitement complémentaire.

Il est rare que la zone opérée soit envahie par des microbes (**infection**). Des médicaments (les **antibiotiques**) suffisent généralement à les éliminer. Des analyses permettent d'identifier le microbe et ainsi d'adapter le traitement pour une efficacité maximale.

Dans les jours ou les semaines qui suivent l'opération, le poignet et les doigts peuvent gonfler, devenir raides et douloureux. Ce phénomène gagne parfois le coude et l'épaule. Cette réaction appelée **algodystrophie** peut survenir après tout traumatisme de cette région (entorse, fracture, intervention chirurgicale...). Petit à petit, les douleurs et le gonflement diminuent mais la raideur met souvent plusieurs mois pour disparaître.

Il est cependant exceptionnel que cela ait des conséquences définitives. Un grand nombre de traitements existent pour diminuer la gravité de l'algodystrophie et accélérer sa guérison.

Parfois, il arrive que vous ayez encore mal après l'opération, en particulier s'il y a un problème d'arthrose entre les os scaphoïde et trapézoïde ou trapèze.

Au fil des années, la prothèse s'use. Il faut parfois la changer. Le chirurgien peut alors avoir des difficultés à retirer la prothèse, en particulier si elle n'a pas été cimentée. Dans ce cas, il doit retirer un bout d'os en même temps que la prothèse, ce qui le raccourcit alors que les os de la main sont déjà petits. Avec le temps, les prothèses fixées avec du ciment tiennent parfois moins bien dans l'os et bougent un peu (**descellement**).

Si la prothèse n'est pas suffisamment stable, les deux bouts d'os sur lesquels elle est fixée peuvent se déboîter (**luxation**). Les matériaux mis en place peuvent se casser (**rupture d'implants**).

En cas de problème...

Si vous constatez quelque chose d'anormal après l'opération, n'hésitez pas à en parler à votre chirurgien. Il est en mesure de vous aider au mieux puisqu'il connaît précisément votre cas. Il est indispensable de le prévenir si vous ressentez des douleurs, des sensations anormales, des fourmillements, si vos doigts vous semblent moins sensibles ou difficiles à bouger, si vous constatez une anomalie au niveau de la zone opérée (gonflement, rougeur, écoulement)... même si cela vous paraît peu important.