

**Clinique Jules Verne – Chirurgie de la main**  
**Secrétariat :**  
**Dr Edward de Keating-hart**

## LA RHIZARTHROSE

Fiche d'information de la société Française de Chirurgie de la Main

Elle correspond à l'**arthrose** de la base du pouce, destruction progressive des cartilages de l'articulation entre le trapèze et le premier métacarpien. Cette arthrose peut également toucher d'autres articulations autour du trapèze. Elle est très fréquente, touchant surtout la femme, et débute le plus souvent vers l'âge de 50 ans.

Elle peut être très bien tolérée malgré l'importance des signes radiologiques et des déformations du pouce, ou devenir très gênante dans la vie quotidienne entraînant des douleurs, une limitation de la mobilité de la base du pouce et une diminution de la force de serrage de la main.

Les **facteurs prédisposants** à cette affection sont nombreux : dégénératifs comme pour toutes les arthroses, mécaniques (mouvements répétés du pouce), héréditaires et familiaux, parfois après un traumatisme. Au fur et à mesure de son **évolution** qui se fait lentement sur des années, la rhizarthrose entraîne un enraidissement progressif du pouce qui gêne pour attraper les gros objets, entraîne une perte de force et parfois une déformation inesthétique appelée « pouce en Z ». La maladie peut également entraîner une déformation de l'articulation du milieu du pouce (la métacarpophalangienne) qui peut perdre sa flexion et se déforme parfois.

Le **traitement**, dans un premier temps, est médical faisant appel aux traitements antalgiques et anti-inflammatoires, aux médicaments anti-arthrosiques, parfois à des infiltrations de l'articulation et, surtout, à la mise en place d'une **attelle de repos** (orthèse). Cette orthèse est plus souvent portée la nuit de façon temporaire ou définitive.

La **chirurgie** n'est envisagée qu'après échec du traitement médical. La section de tendons surnuméraires à la base du pouce ne traite pas l'arthrose et n'influence pas son évolution. Elle peut avoir un effet bénéfique sur la douleur dans les formes encore débutantes.

Certains proposent, dans les formes plus évoluées, la mise en place d'une prothèse en plastique ou d'une prothèse articulée en métal. D'autres préfèrent enlever le trapèze et stabiliser le pouce avec un tendon de voisinage. Dans certains cas particuliers on peut proposer de bloquer l'articulation (arthrodèse).

Souvent réalisées sous anesthésie loco-régionale, elles peuvent être pratiquées à l'occasion d'une hospitalisation de courte durée (ambulatoire) ou de quelques jours car ces interventions sont souvent douloureuses. Toutes ces interventions nécessitent une **immobilisation** plus ou moins longue (15 jours à 6 semaines). Les interventions qui remplacent le trapèze ont une récupération

souvent longue. Ces interventions ne redonnent jamais un pouce normal et ne permettent pas de récupérer la force de serrage complète de la main, malgré une rééducation souvent longue.

Des **complications** sont toujours possibles :

- L'infection locale est rare. La prise d'antibiotiques est parfois nécessaire pour l'éviter. En cas d'infection une nouvelle intervention peut être nécessaire.

- Une main gonflée, douloureuse, avec transpiration puis raideur est préoccupante (Algodystrophie). L'évolution est traînante, sur plusieurs mois ou années. Des séquelles sont possibles (douleurs résiduelles, une certaine raideur des doigts et/ou du poignet, parfois même de l'épaule).

- Des **fourmillements**, des engourdissements du pouce sont possible par irritation des petits nerfs du pouce (branches sensibles du nerf radial). Elles disparaissent habituellement en quelques jours à quelques semaines mais peuvent persister. La section d'un nerf est exceptionnelle.

- Les prothèses articulaires sont fabriquées à partir de matériaux qui vont s'user avec le temps. Cette **usure** est plus ou moins rapide en fonction de votre activité. Les prothèses en métal sont souvent fixées avec du ciment qui peut se décoller de l'os avec le temps (descellement). L'usure ou le **descellement** peuvent conduire à une réintervention.

*Votre chirurgien est le mieux placé pour répondre à toutes les questions que vous vous poseriez avant et après votre intervention. N'hésitez pas à lui en reparler avant de prendre votre décision.*