

Jordan Birebent, Pierre Raulin,
Damien Driot, Yves Abbiteboul,
Stéphane Oustric

Département Universitaire de Médecine
Générale de Toulouse

jordan.birebent@wanadoo.fr

Tirés à part : J. Birebent

Résumé

Un homme de 57 ans, maçon, se présente en consultation pour des douleurs anciennes de l'articulation trapézo-métacarpienne gauche en rapport avec une rhizarthrose évoluée. Les traitements médicaux à type d'orthèse et d'antalgiques de palier 1 et 2 ne permettent plus de soulager le patient. Devant la gêne fonctionnelle marquée chez ce patient maçon, un avis chirurgical est demandé proposant une prise en charge par prothèse totale articulaire trapézo-métacarpienne. Les suites chirurgicales sont simples, permettant une sédation complète des douleurs nocturnes et lors d'efforts modérés. L'évolution à 3 mois ne permet pas une reprise de l'activité professionnelle et une invalidité de catégorie 1 est accordée. Le patient sera licencié pour inaptitude et bénéficiera d'une mise en retraite anticipée.

Mots clés

arthrose ; pouce.

Abstract. A clinical case. A recalcitrant thumb

A man who is a 57 years old mason, came in consultation for old pains of the left trapezo-metacarpal joint in relation to an advanced rhizarthrosis. Medical treatments such as orthosis and level 1 and 2 analgesics could no longer relieve the patient. Faced with the functional impairment marked in this patient mason, a surgical opinion was requested proposing management by total trapeziometacarpal articular prosthesis. The surgical suites were simple, allowing a complete sedation of the nocturnal pains and during moderate efforts. The evolution at 3 months did not allow a resumption of the professional activity and a disability of category 1 was granted. The patient was dismissed for incapacity and will benefit from an early retirement.

Key words

osteoarthritis; thumb.

Un pouce récalcitrant

L'articulation trapézo-métacarpienne de la base du pouce permet d'assurer les mouvements de préhension et de motricité fine et est soumise à d'importantes contraintes. La rhizarthrose correspond à la destruction progressive des cartilages du trapèze et de la base du premier métacarpien susceptible d'entraîner une gêne fonctionnelle importante. Cette pathologie à forte prévalence féminine touche plus de 20 % des personnes de plus de soixante ans [1].

La rhizarthrose est essentielle dans près de 90 % des cas mais il existe des professions à risque dans lesquelles l'articulation trapézo-métacarpienne est particulièrement mise à contribution du fait de mouvements répétitifs. Les étiologies secondaires à rechercher sont les maladies des tissus conjonctifs (maladie de Marfan et d'Ehler-Danlos) et les rhumatismes inflammatoires (polyarthrite rhumatoïde ou chondrocalcinose) [1].

Le diagnostic positif

Il est essentiellement clinique avec des douleurs d'horaire mécanique au niveau de la base du pouce, augmentées par l'effort. Ces douleurs peuvent devenir rapidement invalidantes entraînant une diminution de la force musculaire au niveau de la pince pouce/index, une diminution des amplitudes articulaires du pouce ainsi qu'une gêne lors des mouvements intégrant la rotation du poignet (mouvement de vissage et dévissage). L'examen physique objective les douleurs à la palpation de l'articulation trapézo-métacarpienne ainsi que des diminutions d'amplitudes articulaires. Il recherche la diminution de force au niveau du pouce et une éventuelle amyotrophie de l'éminence thénar [2]. Dans des formes avancées de rhizarthrose on peut retrouver des déformations du pouce dite en H ou en Z entraînant une réduction de l'angle entre le pouce ou l'index.

Les radiographies

Elles retrouvent un pincement de l'interligne articulaire associé à une ostécondensation dans les formes initiales (*figure 1*). Lors de formes plus avancées les clichés retrouvent une subluxation de la base du premier métacarpien, des géodes et des ostéophytes, voire une destruction de l'interligne articulaire ou une ankylose dans les formes évoluées. Des discordances radio-cliniques importantes sont parfois retrouvées [2].

Le traitement initial

Le traitement initial de la rhizarthrose repose sur une prise en charge médicale dont le but est de soulager les douleurs et de maintenir les fonctions de l'articulation trapézo-métacarpienne en luttant contre l'enraissement articulaire et la diminution de la force musculaire [3].

La prise en charge des douleurs repose sur le Paracétamol puis, en cas d'échec les anti-inflammatoires non stéroïdiens, per os ou topiques, en cure de 2 à 4 semaines [3, 4].



• **Figure 1.** Radiographie main gauche centrée sur la colonne du pouce.

Les orthèses de maintien portées initialement la nuit puis en journée en fonction des activités et de la gêne du patient ont démontré leur efficacité dans la prise en charge antalgique de la rhizarthrose [5].

Les infiltrations de corticoïdes ou d'acide hyaluronique peuvent être proposées de façon ponctuelle en respectant des conditions d'asepsie rigoureuse. Les injections répétées peuvent entraîner des dommages au niveau des tissus abarticulaires et compromettre une opération chirurgicale ultérieure. L'efficacité de ces infiltrations sur la douleur est réelle mais les effets dans le temps sont limités [4].

La prise en charge chirurgicale

Elle doit être envisagée après échec des traitements médicaux et persistance de retentissements fonctionnels importants. L'arthrodèse trapézo-métacarpienne est réservée à des situations particulières car elle entraîne une limitation fonctionnelle importante.



Pour la pratique

- L'arthrose du pouce touche plus de 20 % des personnes de plus de soixante ans avec une forte prévalence féminine.
- Elle est essentielle dans 90 % des cas.
- Le traitement médical vise à soulager les douleurs, maintenir la fonction articulaire et lutter contre l'enraissement.
- La prise en charge chirurgicale (trapézection partielle ou totale, ou prothèse) est envisagée après échec des traitements médicaux et persistance de retentissements fonctionnels importants.

- *La trapézection partielle ou totale* plus ou moins arthroplastie associée permet une importante réduction des douleurs mais provoque une diminution de la force de préhension ainsi qu'une instabilité de la colonne du pouce. Cette technique reste la référence en cas d'impossibilité de mise en place prothétique [6].

- *La prothèse totale trapézo-métacarpienne* est la technique la plus utilisée en France. Elle consiste en la mise en place d'une quille qui peut être cimentée, impactée ou vissée. L'intervention est réalisée en ambulatoire suivie du port d'une orthèse pendant au moins 3 semaines puis auto-rééducation. Un contrôle radio-clinique est nécessaire une fois tous les deux ans. Les risques liés à cette intervention sont infectieux ou mécaniques, liés au descellement ou à la luxation de la pièce trapézienne.

Dans les suites chirurgicales, les risques de luxation prothétique justifient une reprise d'activité professionnelle progressive et limitée à une mobilisation peu contraignante de l'articulation. Une invalidité peut être demandée lorsque les limitations des activités professionnelles sont trop importantes et ne permettent pas une reprise complète. La rhizarthrose n'est pas reconnue comme maladie professionnelle dans les tableaux du régime général ou agricole.

~**Liens d'intérêts :** les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêt en rapport avec l'article.

RÉFÉRENCES

1. Berrut G. Arthrose de la base du pouce (rhizarthrose) du sujet âgé. *Gériatrie Psychol Neuropsychiat Vieil* 2014 ; 12 (4) : 361-70.
2. Abiteboul Y, Leroux G, Maestrello M, et al. Tester la main et le poignet. *Rev du Prat MG* 2016 ; 962 (30) : 413-4.
3. Recommandations 2007 de l'EULAR pour le traitement de l'arthrose digitale. <http://www.rhumato.info/fiches-pratiques2/148-arthrose/1698-eular-arthrose-digitale-1>.
4. Gallois P, Vallée JP, Le Noc Y. Arthrose : avant la prothèse. *Médecine* 2011 ; 7 (10) : 461-6.
5. HAS. Évaluation des orthèses du membre supérieur. Révision des descriptions génériques de la liste des produits et prestations remboursables : « Orthèses du membre supérieur ». Service évaluation des dispositifs. Janvier 2010.
6. Travers V. La rhizarthrose et ses traitements. *Médecine* 2011 ; 7 (9) : 429-32.