

Dernière mise à jour : janvier 2019

Cette fiche d'information a été rédigée par les chirurgiens de l'équipe Urgences Mains Paris Peupliers (UMPP).

Remise durant votre parcours de soins, elle est destinée à vous aider à mieux comprendre l'information délivrée par votre chirurgien. Il vous a expliqué la maladie dont vous souffrez ou dont il doit faire le diagnostic. Il vous a exposé les différentes modalités et alternatives de prise en charge et les conséquences prévisibles en cas de refus de l'acte proposé.

Vous sont exposées ici les raisons de l'acte pratiqué par votre chirurgien, son déroulement, les conséquences habituelles et les risques fréquents ou graves normalement prévisibles ainsi que les conditions du suivi après examen ou intervention.

Ce document, complémentaire de l'information orale que vous avez reçue, vous permet donc d'avoir une meilleure connaissance de votre pathologie et une prise de décision partagée avec votre chirurgien.

Il vous est recommandé de le lire attentivement.

Qu'est-ce que la rhizarthrose ?

C'est l'arthrose de l'articulation reliant 2 os de la main appelés trapèze et premier métacarpien situés à la base du pouce au niveau du poignet. Cette articulation permet d'écarter le pouce des autres doigts et de le rapprocher de la paume de la main. L'arthrose associe l'usure du cartilage et la formation de petits fragments d'os gênant la mobilité d'une articulation appelés ostéophytes.



Rhizarthrose

Qui est atteint par la rhizarthrose ?

Elle atteint préférentiellement les femmes à partir de 50 ans, le plus souvent sans cause retrouvée. Elle peut également toucher les travailleurs manuels ayant sollicité avec force leurs mains pendant de longues années. Elle peut parfois survenir plusieurs années après une fracture du premier métacarpien ou du trapèze, ou encore après une infection. Les patients atteints de maladies inflammatoires (ex : polyarthrite rhumatoïde) sont également touchés.

Attention :

Fumer augmente le risque de complications quelque soit le type d'intervention chirurgicale. Arrêter de fumer 4 semaines avant l'intervention et poursuivre le sevrage au minimum 3 mois après diminue ce risque supplémentaire.

Si vous fumez, parlez-en à votre médecin, votre chirurgien ou votre anesthésiste ou appelez la ligne Tabac-Info-Service au 3989 pour vous aider à réduire les risques et mettre toutes les chances de votre côté.

Quels sont les symptômes ?

Les douleurs de la base du pouce sont au premier plan. Elles sont souvent bilatérales, augmentées par l'effort et la préhension avec force (pince pouce-index ou poing serré). Elles peuvent être présentes dès le matin au réveil. Après une longue évolution la main a tendance à se déformer : l'espace entre pouce et index se resserre et le pouce se déforme en Z. Une bosse apparaît alors à la base du pouce.



Pouce en Z

Comment diagnostiquer une rhizarthrose ?

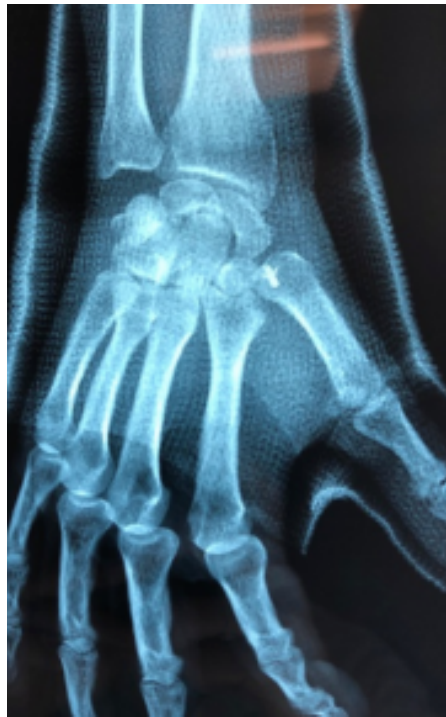
La localisation de la douleur oriente le diagnostic.

Une simple radiographie de la main permet de confirmer le diagnostic.

Comment traiter la rhizarthrose ?

L'escalade thérapeutique doit être progressive en débutant par le traitement le moins invasif en premier lieu.

- Les médicaments : les anti-douleurs ou les AINS (anti-inflammatoires non stéroïdiens) permettent de traiter les symptômes mais pas durablement la maladie.
- Les orthèses de repos (attelles) : elles permettent de soulager la douleur le temps du port, et portées la nuit elles permettent de diminuer les douleurs de la journée suivante.
- Les infiltrations de cortisone dans l'articulation : elles sont utiles lorsque les douleurs ne sont pas durablement calmées par le repos. Leur effet est patient dépendant et peu prévisible. Elles ont tendance à bien soulager les douleurs initialement, mais leur efficacité semble s'amoinrir avec le temps. Elles sont réalisables chez la plupart des patients. Les patients diabétiques devront surveiller leur glycémie dans les heures suivant l'injection car la cortisone peut provoquer une augmentation de celle-ci. Elles n'ont pas les effets indésirables de la cortisone prise en comprimés au long cours.
- La chirurgie : elle n'est proposée qu'en cas d'échec des traitements évoqués ci-dessus. Plusieurs traitements ont prouvé leur efficacité.
 - L'arthroscopie : elle permet d'ôter les ostéophytes (excroissances osseuses) et le cartilage abimé source de douleurs.
 - La trapézectomie : elle consiste à enlever le trapèze et le remplacer par un tendon pour soutenir le métacarpien.



- La prothèse trapézo-métacarpienne : elle ressemble à une prothèse de hanche miniature et en a le même fonctionnement.



Evolution du traitement chirurgical

L'attelle commissurale posée pour immobilisation après l'intervention doit être portée jour et nuit. La durée de port dépend des directives de votre chirurgien et de l'évolution propre à chacun.

La kinésithérapie au rythme de 3 séances par semaine, doit être débutée dès la 4^{ème} semaine qui suit l'intervention.

Suivi post-opératoire

Vous serez revu(e) en consultation de contrôle à l'UMPP dans les 15 jours qui suivent l'intervention. Plusieurs radiographies seront à réaliser au cours du suivi.

La reprise du travail peut être envisagée dès la 6^{ème} semaine post-opératoire en fonction de vos activités professionnelles.

Une rééducation avec un kinésithérapeute est nécessaire.

Risques et complications

Les complications précoces principales liées à l'intervention sont :

- une infection nécessitant une antibiothérapie et parfois une reprise chirurgicale pour un lavage du site opératoire,
- l'hématome nécessitant un glaçage et une surélévation du bras.

Les complications tardives principales liées à l'intervention sont :

- la raideur du pouce et l'algoneurodystrophie nécessitant la réalisation de kinésithérapie,
- la luxation de prothèse nécessitant une réduction au bloc opératoire sous anesthésie loco-régionale,
- un descellement de prothèse nécessitant une reprise chirurgicale pour changement ou ablation de prothèse associé à une trapézectomie.

AU CAS OÙ UNE IMMOBILISATION VOUS A ÉTÉ PRESCRITE :

Le port d'un pansement ou d'une immobilisation (attelle, plâtre, résine) contre-indique la pratique du sport et la conduite automobile. Ils ne doivent pas être mouillés (pendant la toilette).

Une attelle doit être portée de manière stricte, en permanence, jour et nuit, y compris pendant la toilette. Elle ne peut être retirée qu'en présence de personnel soignant ou après autorisation de votre chirurgien.

Vous devez bouger précocement en post-opératoire toutes les parties de la main et du membre supérieur non-immobilisées par l'attelle, plâtre ou résine.

Il est rappelé que toute intervention chirurgicale comporte un certain nombre de risques (liés à l'anesthésie, infectieux, hémorragiques, lésions nerveuses...) y compris vitaux, tenant à des variations individuelles qui ne sont pas toujours prévisibles. Certaines de ces complications sont de survenue exceptionnelle et peuvent parfois ne pas être guérissables. Au cours de cette intervention, le chirurgien peut se trouver en face d'une découverte ou d'un événement imprévu nécessitant des actes complémentaires ou différents de ceux initialement prévus, voire une interruption du protocole prévu.



L'UMPP se tient à votre disposition en cas de besoin
Secrétariat (en journée, hors WE et jours fériés) :

01 44 16 56 94

Service des urgences (8-22h en semaine et 8h-22h WE et jours fériés) :

24 rue des Peupliers, 75013 Paris

01 44 16 55 92

Chirurgien d'astreinte (soir, WE et jours fériés) : 01 44 16 56 95