

Rhizarthrose

La chirurgie en deuxième recours

Tiphany Delcourt, Pierre Desmoineaux, Hélène Guerra Bresson

Service de chirurgie orthopédique et traumatologie, centre hospitalier de Versailles, Le Chesnay-Rocquencourt
tdelcourt@ght78sud.fr

La rhizarthrose est l'arthrose de l'articulation trapézo-métacarpienne, située à la base du pouce. Il s'agit de la deuxième localisation arthrosique de la main (36 %), après les articulations interphalangiennes distales (47 %). Sa prévalence est de 8 à 22 % chez la femme et de 2 à 5 % chez l'homme après l'âge de 50 ans ; 38 % des femmes de plus de 75 ans en seraient atteintes.¹ Elle se manifeste initialement par des douleurs au niveau de l'articulation trapézo-métacarpienne, principalement lors de l'utilisation de la pince pouce-index. Elle évolue, à terme, vers un enraidissement, avec une déformation caractéristique appelée « pouce en Z » ou adductus. Comme pour toute pathologie arthrosique, il convient de débiter la prise en charge par un traitement médical. En cas de persistance des douleurs et/ou d'une gêne dans la vie quotidienne après six mois de traitement bien conduit, il est justifié d'envisager un traitement chirurgical.

COMMENT POSER LE DIAGNOSTIC ?

La rhizarthrose se manifeste en premier lieu par des douleurs au niveau de l'articulation trapézo-métacarpienne, située à la base de la colonne du pouce. Celles-ci sont provoquées lors de l'utilisation de la pince pouce-index (utilisation d'une clé, ouverture d'un couvercle de pot de confiture...).

À l'examen clinique, il peut exister une tuméfaction en regard de l'articulation trapézo-métacarpienne qui peut être liée

à la présence d'un kyste articulaire ou, le plus souvent, à celle d'ostéophytes du trapèze. La palpation de l'articulation trapézo-métacarpienne peut être douloureuse. Le *grind test* (fig. 1) consiste à associer une mise en compression axiale de l'articulation trapézo-métacarpienne à des mouvements de rotation. Ce test reproduit la douleur du patient, et l'examineur peut sentir des crépitations et des craquements, signes de la dégradation articulaire. En cas de rhizarthrose ancienne, il peut exister une ankylose de l'articulation



Figure 1. Vidéo de démonstration du *grind test*.

trapézo-métacarpienne et/ou une déformation en pouce adductus (fig. 2) avec :

- adduction fixée du premier métacarpien dans la paume (segment A de la fig. 2) ;
- hyperextension compensatrice de l'articulation métacarpo-phalangienne pour permettre la prise pollicidigitale

(segment B de la fig. 2) ;

- flexion de l'articulation interphalangienne du pouce (segment C de la fig. 2).

Le bilan radiographique permet de confirmer le diagnostic de rhizarthrose. Il est nécessaire de demander

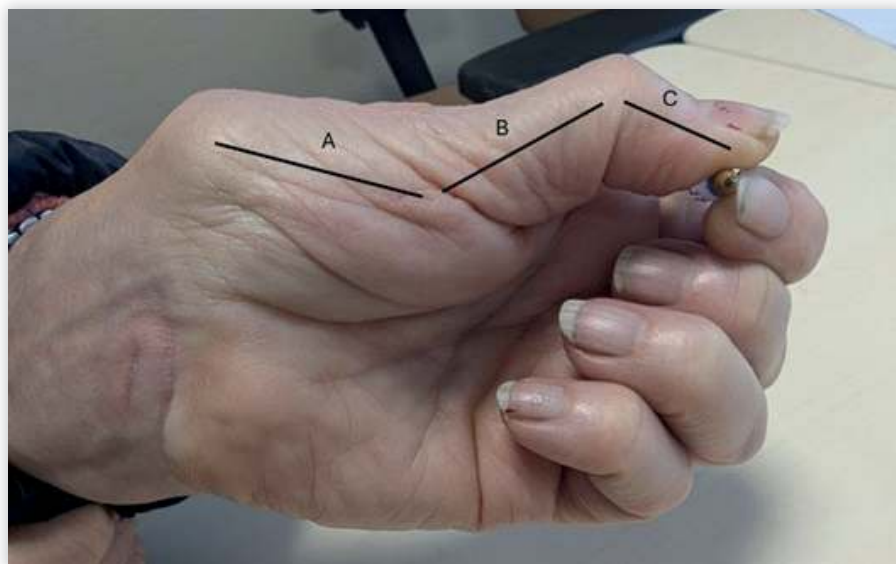


Figure 2. Déformation en pouce adductus.



Figure 3. Radiographies du pouce de face et de profil selon les incidences de Kapandji.

des incidences radiographiques du pouce de face et de profil selon Kapandji. Décrites en 1980 par Kapandji et al.,² elles sont spécifiquement centrées sur l'articulation trapézo-métacarpienne et permettent de visualiser précisément l'interligne articulaire, contrairement aux radiographies standards de la main. Les principaux signes radiologiques de rhizarthrose sont les suivants (fig. 3) :

- pincement articulaire ;
- présence d'ostéophytes du trapèze ;
- existence d'une subluxation latérale du métacarpien.

Plusieurs autres pathologies souvent associées à la rhizarthrose sont à rechercher, comme un syndrome du canal carpien, un doigt à ressort, une tendinite de De Quervain, etc.

TRAITEMENT MÉDICAL EN PREMIÈRE INTENTION

Dès le début des douleurs liées à la rhizarthrose, un traitement médical peut être instauré. Il associe antalgiques et anti-inflammatoires par voie orale à la demande, ainsi que le port d'orthèses. Deux types d'orthèse existent : rigides, de repos, à porter durant la nuit, ou souples, réservées à l'activité et à porter en journée. En effet, il est important d'entretenir les mobilités articulaires de l'articulation trapézo-métacarpienne ; le port d'attelles rigides n'est donc pas recommandé dans la journée. Comme toute pathologie arthrosique, la rhizarthrose peut évoluer par poussées douloureuses, entrecoupées de périodes d'accalmie.

En cas de persistance des symptômes, il est possible de réaliser des infiltrations intra-articulaires. Celles-ci doivent être réalisées sous contrôle radiographique ou échographique. Les corticoïdes injectables et l'acide hyaluronique peuvent être indifféremment utilisés : il n'y a pas de données suffisantes dans la littérature pour préférer l'un ou l'autre.

Leur nombre et leur fréquence est à déterminer au cas par cas. Toutefois, les modalités de leur réalisation en pratique courante sont les suivantes :

- il n'y a pas lieu de répéter une infiltration de corticoïdes avant trois mois, voire six mois pour l'acide hyaluronique ;
- si une première infiltration n'est pas efficace, il convient de ne pas réitérer ;
- certains patients sont soulagés de leur poussée inflammatoire par l'infiltration de corticoïdes et ne reconsultent qu'à distance, parfois après plusieurs années ; il est dans ce cas possible de faire plus de trois infiltrations réparties sur plusieurs années ;
- il est recommandé d'attendre au minimum trois mois, voire six mois, après une infiltration pour réaliser une chirurgie prothétique, notamment pour prévenir tout risque infectieux.

RECOURIR À LA CHIRURGIE, SI BESOIN

Il existe deux grands types d'intervention pour soulager efficacement la rhizarthrose : la trapézectomie et la pose de prothèse totale trapézo-métacarpienne.

TRAPÉZECTOMIE

Il s'agit de l'intervention pour rhizarthrose la plus souvent réalisée dans le monde. Décrite initialement en 1947 par Gervis,³ elle consiste en l'exérèse du trapèze. Elle donne de très bons résultats sur la douleur, avec une récupération satisfaisante de la force. La complication principale est le recul du premier métacarpien à moyen ou long terme, avec une perte de hauteur moyenne de 50 % de l'espace scaphométacarpien résiduel. Cela peut conduire à une récurrence de la déformation et à une perte de force secondaire. À terme, un

➤ La rhizarthrose correspond à l'arthrose de l'articulation trapézo-métacarpienne, située à la base du pouce.

➤ Elle touche principalement la femme après l'âge de 50 ans.

➤ Les radiographies de face et de profil du pouce selon les incidences de Kapandji permettent de confirmer le diagnostic.

➤ Le traitement médical doit être d'abord proposé : orthèse de repos, antalgiques, infiltrations intra-articulaires.

➤ Il existe deux interventions chirurgicales possibles : la trapézectomie ou la prothèse totale trapézo-métacarpienne.

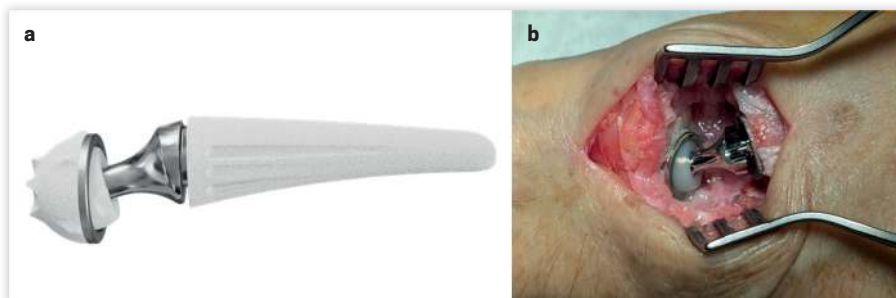


Figure 4. Prothèse trapézo-métacarpienne à double mobilité. a) Prothèse trapézo-métacarpienne TOUCH (KeriMedical). b) Vue peropératoire de la prothèse in situ.

nouveau conflit peut apparaître entre le scaphoïde et la base du premier métacarpien, pouvant nécessiter une reprise chirurgicale (1 à 3 % des cas).

De nombreuses variantes de cette intervention chirurgicale ont été développées : trapézectomie totale ou partielle, à ciel ouvert ou sous arthroscopie, avec ou sans ligamentoplastie, avec interposition tendineuse ou prothétique associée. L'objectif est de limiter le recul du premier métacarpien, mais aucune preuve de supériorité à long terme n'a été mise en évidence entre les différentes techniques ; l'indication repose principalement sur les préférences et l'expérience du chirurgien. Les séries à long terme⁴ rapportent un taux de satisfaction proche de 90 %, avec absence de récurrence de douleurs significatives (échelle visuelle analogique supérieure à 3) dans près de 95 % des cas. Cependant, la récupération de la mobilité, de la force et les scores fonctionnels sont inférieurs à ceux des séries avec pose de prothèses.⁵

ARTHROPLASTIE TOTALE TRAPÉZO-MÉTACARPIENNE

La prothèse totale trapézo-métacarpienne a été inventée en France, au début des années 1970, par le Dr Jean-Yves de la Caffinière. Le design repose sur un modèle *ball and socket* ressemblant à une petite prothèse de hanche. Les premières poses se sont soldées par des échecs, avec des descellements à moyen terme. L'amélioration continue des tech-

niques, du design et des matériaux utilisés a permis d'obtenir, dans les années 2000, une prothèse impactée sur le trapèze et le métacarpien, avec une amélioration significative de la survie des implants à moyen et long termes. En 2013 sont apparues les prothèses de dernière génération, avec un système à double mobilité inspiré de celui de la hanche (fig. 4). Ces nouvelles prothèses ont permis de réduire significativement le risque de luxation précoce, principale complication persistante des prothèses. Actuellement, dans les séries modernes, le taux de luxation est quasi nul et la survie à moyen terme est améliorée par rapport aux prothèses à simple mobilité.⁶

En France, la tendance actuelle est à la très nette augmentation de pose de prothèse trapézo-métacarpienne, aux dépens de la trapézectomie.⁷ L'amélioration des résultats et de la survie à moyen et long termes, la

diminution du taux de complications et la récupération postopératoire plus rapide sont autant d'arguments à l'origine de cette évolution. On estime ainsi à plus de 13 000 le nombre de prothèses trapézo-métacarpiennes posées en 2023, avec une augmentation de plus de 60 % en cinq ans.

CHIRURGIE DE LA RHIZARTRHOSE : EN PRATIQUE

La chirurgie de la rhizarthrose, quelle que soit la technique choisie, est réalisée en ambulatoire et sous anesthésie locorégionale dans plus de 90 % des cas. Après l'opération, le patient est le plus souvent autorisé à se servir de son pouce immédiatement, sans forcer. Toutefois, dans certains cas, une immobilisation transitoire peut être demandée par le chirurgien. La cicatrisation est obtenue en quinze jours et les délais de récupération varient de quinze jours/un mois à quatre à six mois, selon la technique. En dehors des complications, la récupération est plus rapide après la pose d'une prothèse trapézo-métacarpienne. Une consultation de contrôle est à prévoir dans les trois premiers mois postopératoires. ◀

Les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêts.

RÉFÉRENCES

1. Qin J, Barbour KE, Murphy LB, et al. Lifetime risk of symptomatic hand osteoarthritis: The Johnston county osteoarthritis project. *Arthritis Rheumatol* 2017;69(6):1204-12.
2. Kapandji A, Moatti E, Raab C. Specific radiography of the trapezo-metacarpal joint and its technique (author's transl). *Ann Chir* 1980;34(9):719-26.
3. Gervis WH. Osteo-arthritis of the trapezio-metacarpal joint treated by excision of the trapezium. *Proc R Soc Med* 1947;40(9):492.
4. Saab M, Chick G. Trapeziectomy for trapeziometacarpal osteoarthritis. *Bone Jt Open* 2021;2(3):141-9.
5. Hidajat NN, Aditya R, Arsa W, et al. Outcome comparison between carpometacarpal arthroplasty and trapeziectomy in patients with carpometacarpal osteoarthritis: A systematic review. *Orthop Rev* 2024;16:117651.
6. Maling L, Rooney A. Outcomes of dual-mobility trapeziometacarpal arthroplasties: A systematic review. *J Hand Surg Eur Vol* 2025;50(5):587-95.
7. Guerra Bresson H, Desmoineaux P, Maillot C, et al. Survey of practices in surgical management of trapeziometacarpal osteoarthritis in France in 2020. *Hand Surg Rehabil* 2022;41(5):613-23.

Que dire à vos patients ?

- La rhizarthrose est très fréquente.
- Il existe de nombreuses possibilités thérapeutiques pour améliorer la symptomatologie et la fonction.
- En cas d'échec du traitement médical, la chirurgie donne de très bons résultats.