



Dr. Bernard Lallemand

CHIRURGIE DE LA MAIN ET DU MEMBRE SUPERIEUR

Rhizarthrose

www.drlallemand.com

Ces informations constituent un guide général.
Les détails spécifiques dépendent de votre situation particulière et
doivent être évalués par le jugement professionnel de votre
chirurgien

Pathologie

01

Définition

L'arthrose de l'articulation de la base du pouce, également connue sous le nom de rhizarthrose ou arthrose trapézo-métacarpienne (TMC), est une affection dégénérative courante qui touche l'articulation entre la base du premier métacarpien et le trapèze, un des os du poignet. Cette articulation permet au pouce d'avoir une grande amplitude de mouvement articulaire pour la préhension.

Causes

La rizarthrose est nettement plus fréquente chez les femmes, environ dix fois plus que chez les hommes. Les symptômes apparaissent généralement au milieu de la quarantaine, mais peuvent se manifester plus tôt, en particulier chez les personnes ayant des antécédents de laxité articulaire, d'utilisation répétitive de la main ou de prédisposition familiale.

Signes et symptômes

Les premiers signes sont souvent des douleurs intermittentes à la suite de gestes de préhension ou de pincement. Avec le temps, cette gêne peut devenir persistante et s'accompagner d'une réduction de l'amplitude des mouvements et d'une diminution de la force de la main. Des activités quotidiennes simples, telles que tourner une clé, ouvrir un bocal ou tourner un robinet, deviennent progressivement plus difficiles.

À un stade plus avancé, une "bosse" proéminente peut apparaître à la base du pouce, accompagnée d'une raideur et d'une difficulté à saisir des objets plus volumineux.

Diagnosis

Le diagnostic de la rizarthrose est essentiellement clinique et repose sur une histoire caractéristique de douleur à la base du pouce, souvent exacerbée par des activités de préhension ou de pincement.

L'examen physique révèle généralement une douleur au niveau de l'articulation carpométacarpienne, une réduction de la mobilité du pouce et un test de frottement positif, qui reproduit la douleur lors de la mise en charge axiale et de la rotation du métacarpien du pouce.

Les radiographies standard permettent de confirmer le diagnostic. Les résultats radiographiques typiques comprennent un rétrécissement de l'espace articulaire, une sclérose sous-chondrale, la formation d'ostéophytes et parfois une subluxation de l'articulation.

Traitement

La plupart des cas de rizarthrose peuvent être traités de manière non chirurgicale par une combinaison de médicaments contre la douleur, l'utilisation d'une attelle de pouce, la modification des activités quotidiennes pour réduire la tension sur l'articulation, et parfois des injections. Ces mesures conservatrices permettent souvent de contrôler les symptômes et de maintenir la fonction.

Si la douleur devient persistante et invalidante malgré ces efforts, une intervention chirurgicale peut être envisagée. Deux options chirurgicales principales sont couramment pratiquées :

- La trapézectomie avec reconstruction ligamentaire et interposition tendineuse, qui consiste à retirer le trapèze malade et à stabiliser la base du pouce à l'aide d'un greffon tendineux afin d'éviter l'affaissement et de préserver le mouvement.
- L'arthroplastie de l'articulation TMC, ou remplacement de l'articulation, qui utilise un implant pour maintenir l'alignement et la mobilité du pouce, ce qui permet une récupération plus rapide dans la plupart des cas.

Le Dr Bernard Lallemand vous orientera vers les meilleures options thérapeutiques adaptées à votre cas spécifique.

Chirurgie I : Trapézectomie avec reconstruction ligamentaire et interposition tendineuse

02

Indications

Cette intervention peut être indiquée pour les patients souffrant d'une arthrose TMC du pouce avancée (stades II-IV d'Eaton) qui présentent une douleur persistante et une limitation fonctionnelle en dépit d'un traitement conservateur.

Procédure chirurgicale

La trapézectomie avec reconstruction ligamentaire et interposition tendineuse est généralement réalisée avec **une hospitalisation d'une nuit**. Elle est souvent pratiquée sous anesthésie générale ou régionale.

Une fois l'anesthésie en place et la zone désinfectée, une petite incision est pratiquée sur l'articulation TMC à la base du pouce. Le chirurgien retire avec précaution l'os du trapèze, qui contribue à la douleur et au dysfonctionnement.

Une bandelette de tendon - généralement prélevée sur le flexor carpi radialis (FCR) ou l'abductor pollicis longus (APL) - est ensuite utilisée pour reconstruire les ligaments stabilisateurs de l'articulation TMC et prévenir l'affaissement du métacarpe. Dans les cas où un soutien supplémentaire est nécessaire, le tendon est roulé ou positionné dans l'espace articulaire pour servir d'espace interposé.

Cette reconstruction est réalisée en vision directe à l'aide de loupes chirurgicales grossissantes pour une meilleure précision.

À la fin de l'opération, le chirurgien referme la peau à l'aide de points de suture internes afin de minimiser les cicatrices visibles.

Une anesthésie complémentaire sera réalisée en fin d'intervention avec de la Ropivacaïne pour permettre de garder la zone opérée endormie pendant 12 à 24 heures ce qui permettra une meilleure gestion de la douleur post-opératoire.

Un bandage et une attelle plâtrée sont appliquées à la fin de la procédure.

Après l'intervention

Après l'intervention, le pouce est immobilisé dans une attelle ou un plâtre pendant environ 2 à 3 semaines.

Une fois l'immobilisation terminée, un programme structuré de thérapie de la main est mis en place pour rétablir l'amplitude des mouvements, la force et la fonction globale du pouce.

Chirurgie I : Trapézectomie avec reconstruction ligamentaire et interposition tendineuse

03

Indications

Cette intervention peut être indiquée pour les patients souffrant d'une arthrose TMC du pouce avancée (stades II-IV d'Eaton) qui présentent une douleur persistante et une limitation fonctionnelle en dépit d'un traitement conservateur.

Procédure chirurgicale

La trapézectomie avec reconstruction ligamentaire et interposition tendineuse est généralement réalisée avec **une hospitalisation d'une nuit**. Elle est souvent pratiquée sous anesthésie générale ou régionale.

Une fois l'anesthésie en place et la zone désinfectée, une petite incision est pratiquée sur l'articulation TMC à la base du pouce. Le chirurgien retire avec précaution l'os du trapèze, qui contribue à la douleur et au dysfonctionnement.

Une bandelette de tendon - généralement prélevée sur le flexor carpi radialis (FCR) ou l'abductor pollicis longus (APL) - est ensuite utilisée pour reconstruire les ligaments stabilisateurs de l'articulation TMC et prévenir l'affaissement du métacarpe. Dans les cas où un soutien supplémentaire est nécessaire, le tendon est roulé ou positionné dans l'espace articulaire pour servir d'espace interposé.

Cette reconstruction est réalisée en vision directe à l'aide de loupes chirurgicales grossissantes pour une meilleure précision.

À la fin de l'opération, le chirurgien referme la peau à l'aide de points de suture internes afin de minimiser les cicatrices visibles.

Une anesthésie complémentaire sera réalisée en fin d'intervention avec de la Ropivacaïne pour permettre de garder la zone opérée endormie pendant 12 à 24 heures ce qui permettra une meilleure gestion de la douleur post-opératoire.

Un bandage et une attelle plâtrée sont appliquées à la fin de la procédure.

Après l'intervention

Après l'intervention, le pouce est immobilisé dans une attelle ou un plâtre pendant environ 2 à 3 semaines.

Une fois l'immobilisation terminée, un programme structuré de thérapie de la main est mis en place pour rétablir l'amplitude des mouvements, la force et la fonction globale du pouce.

Risques I : Trapézectomie avec reconstruction ligamentaire et interposition tendineuse

04

Quels Sont Les Principaux Risques De Cette Opération ?

Gonflement, raideur et douleur au niveau de la cicatrice

Après l'opération, il est possible que vous ressentiez un gonflement, une raideur et une douleur autour de la cicatrice. Le fait de garder le bras surélevé et de bouger les doigts dès que possible peut aider à réduire ces symptômes. Le gonflement local autour du site chirurgical peut durer plusieurs mois.

Dans de rares cas, les patients peuvent présenter un gonflement et une raideur plus importants que d'habitude. Cela peut être dû à une algodystrophie, une affection qui survient dans moins de 1 % des cas.

Infection

Les infections après cette opération sont rares (moins de 1 % des cas).

Les infections locales de la plaie peuvent généralement être traitées avec des antibiotiques oraux. Dans de rares cas, des infections plus profondes peuvent se produire, nécessitant une réadmission à l'hôpital, des antibiotiques par voie intraveineuse et parfois une nouvelle intervention chirurgicale.

Lésion nerveuse

Les branches sensitives dorsales du nerf radial risquent d'être étirées ou lésées. Si cela se produit, il peut en résulter une petite zone d'engourdissement ou de picotement sur la peau, mais cela n'affecte pas le mouvement du pouce ou la fonction globale de la main.

Instabilité ou laxité résiduelle

Même après une réparation chirurgicale, les patients peuvent présenter une laxité articulaire persistante, en particulier en cas d'intervention chirurgicale tardive ou de

mauvaise qualité des tissus.

Raccourcissement du pouce

L'ablation du trapèze peut entraîner un raccourcissement du premier métacarpien. Cela peut affecter subtilement l'amplitude ou l'efficacité de certains mouvements, en particulier le pincement ou la saisie avec force, mais la plupart des patients s'adaptent bien et conservent une bonne fonction globale.

Diminution de la force

La force de préhension et de serrage peut ne pas revenir complètement à son niveau préarthrosique après l'intervention chirurgicale, en particulier pour les tâches nécessitant une utilisation soutenue du pouce.

En comprenant ces risques potentiels, vous serez mieux préparé au processus de récupération. Suivez toujours les conseils du Dr Bernard Lallemand et signalez immédiatement tout symptôme inhabituel.

Chirurgie II : L'arthroplastie de l'articulation TMC

05

Indications

L'arthroplastie de l'articulation TMC est idéale pour les patients souffrant d'une arthrose douloureuse qui ne répond pas au traitement conservateur et qui souhaitent préserver la mobilité et la longueur du pouce. Elle convient particulièrement aux personnes ayant des articulations stables et une bonne qualité osseuse, qui recherchent une récupération plus rapide et une solution basée sur un implant.

Procédure chirurgicale

L'opération pour l'arthroplastie de l'articulation TMC est généralement réalisée avec **une hospitalisation d'une nuit**. Elle est souvent pratiquée sous anesthésie générale ou régionale.

Une fois l'anesthésie en place et la zone désinfectée, une petite incision est pratiquée sur l'articulation TMC à la base du pouce. La surface endommagée de l'articulation TMC est exposée et partiellement retirée, en fonction de la conception de l'implant.

Une prothèse articulaire totale est ensuite mise en place pour rétablir l'alignement de l'articulation et préserver la longueur et la mobilité du pouce.

Cette procédure est réalisée sous vision directe, à l'aide de lunettes loupes chirurgicales pour une précision accrue.

À la fin de l'opération, le chirurgien referme la peau à l'aide de points de suture internes afin de minimiser les cicatrices visibles.

Une anesthésie complémentaire sera réalisée en fin d'intervention avec de la Ropivacaïne pour permettre de garder la zone opérée endormie pendant 12 à 24 heures ce qui permettra une meilleure gestion de la douleur post-opératoire.

Un bandage et une attelle plâtrée sont appliquées à la fin de la procédure.

Après l'intervention

Après l'intervention, le pouce est immobilisé dans une attelle ou un plâtre pendant environ 2 à 3 semaines.

Une fois l'immobilisation terminée, un programme structuré de thérapie de la main est mis en place pour rétablir l'amplitude des mouvements, la force et la fonction globale du pouce.

Risques II : L'arthroplastie de l'articulation TMC

06

Quels Sont Les Principaux Risques De Cette Opération ?

Gonflement, raideur et douleur au niveau de la cicatrice

Après l'opération, il est possible que vous ressentiez un gonflement, une raideur et une douleur autour de la cicatrice. Le fait de garder le bras surélevé et de bouger les doigts dès que possible peut aider à réduire ces symptômes. Le gonflement local autour du site chirurgical peut durer plusieurs mois.

Dans de rares cas, les patients peuvent présenter un gonflement et une raideur plus importants que d'habitude. Cela peut être dû à une algodystrophie, une affection qui survient dans moins de 1 % des cas.

Infection

Les infections après cette opération sont rares (moins de 1 % des cas).

Les infections locales de la plaie peuvent généralement être traitées avec des antibiotiques oraux. Dans de rares cas, des infections plus profondes peuvent se produire, nécessitant une réadmission à l'hôpital, des antibiotiques par voie intraveineuse et parfois une nouvelle intervention chirurgicale.

Lésion nerveuse

Les branches sensitives dorsales du nerf radial risquent d'être étirées ou lésées. Si cela se produit, il peut en résulter une petite zone d'engourdissement ou de picotement sur la peau, mais cela n'affecte pas le mouvement du pouce ou la fonction globale de la main.

Luxation de l'implant

La luxation après une arthroplastie du CMC1 survient dans environ 2 à 5 % des cas.

Usure ou descellement de l'implant

Avec le temps, la prothèse peut s'user ou se détacher, ce qui peut nécessiter une reprise chirurgicale.

Irritation tendineuse

Dans certains cas, les tendons avoisinants - en particulier les tendons extenseurs - peuvent être irrités en raison de changements dans la mécanique de l'articulation. Cela peut entraîner une douleur localisée ou une réduction des mouvements.

En comprenant ces risques potentiels, vous serez mieux préparé au processus de récupération. Suivez toujours les conseils du Dr Bernard Lallemand et signalez immédiatement tout symptôme inhabituel.

Parcours préopératoire

07

Consultation préopératoire et examens médicaux

Histoire médicale : Informez votre chirurgien de vos antécédents médicaux, allergies et interventions précédentes.

Médicaments : Mentionnez tous les médicaments que vous prenez, en particulier les anticoagulants.

Examens : Apportez vos examens complémentaires (radiographies, CT scan et IRM).

Comprendre votre chirurgie

- Comprenez l'**objectif de l'intervention** et ce qu'elle vise à accomplir.
- Demandez à votre **médecin** de vous expliquer les étapes, les risques, les bénéfices et les alternatives.
- Donnez votre **consentement éclairé** après avoir bien compris la procédure.

Consultation pré anesthésique

Un rendez-vous avec l'anesthésiste sera planifié pour évaluer votre état de santé et discuter des options anesthésiques.

Si vous avez des problèmes de santé préexistants, des examens supplémentaires peuvent être nécessaires pour garantir la sécurité de l'anesthésie.

Préparation émotionnelle et pratique

Organisez-vous pour qu'une personne puisse vous aider après l'opération.

Si vous ressentez de l'anxiété, discutez des options de soutien avec votre médecin.

Arrêtez de fumer et limitez votre consommation d'alcool avant l'intervention pour favoriser la cicatrisation.

2 jours avant l'intervention

Lavez soigneusement la zone opérée avec du savon doux matin et soir, sauf si vous avez un plâtre.

La veille de l'intervention

Ne mangez ni ne buvez après minuit ou, de manière générale, 6 à 8 heures avant l'opération, sauf avis contraire de votre médecin.

Prenez un bain ou une douche, lavez-vous les cheveux et assurez-vous que vos ongles sont propres et sans vernis.

Le jour de l'intervention

Arrivez à l'hôpital trois heures avant l'opération avec votre pièce d'identité (carte d'identité émiratie ou passeport) et votre carte d'assurance.

Portez des **vêtements amples** et confortables pour faciliter l'habillage après l'opération

Ne portez ni maquillage, ni bijoux, ni vernis à ongles. Suivez les instructions concernant la prise de vos médicaments habituels.

Apportez les essentiels : si vous portez des lunettes, des lentilles de contact ou un appareil auditif, assurez-vous de les emmener avec vous.

Évolution postopératoire

08

Jour de l'intervention

- Après l'opération, un pansement et un bandage rembourré seront appliqués.
- Gardez ces pansements propres et secs.
- Pour réduire le gonflement, gardez votre bras surélevé dans une écharpe ou sur des oreillers.
- Commencez à bouger tous les doigts non affectés après l'opération pour éviter les raideurs.
- Prenez des analgésiques avant que l'anesthésie ne perde son effet et suivez les recommandations de votre chirurgien.

Jours 2 à 14

Le bandage rembourré sera changé en consultation par une infirmière et sera remplacé par un pansement adhésif sur la plaie pour la protéger.

Un plâtre de pouce sera appliqué pendant 2 semaines, avec un suivi clinique prévu à la deuxième semaine pour contrôler les progrès de la cicatrisation et assurer un bon alignement.

Veillez à ce que votre plâtre reste toujours propre, sec et intact afin de garantir une cicatrisation optimale et d'éviter les complications telles que l'irritation ou l'infection de la peau. Évitez de le mouiller lorsque vous vous baignez ou lors de vos activités.

Augmentez progressivement les activités avec votre main et votre poignet en fonction de votre

Continuez à exercer les doigts non affectés. Vous pouvez utiliser votre main pour des activités légères, évitez de soulever des charges lourdes et de laisser votre main pendre sous votre taille pendant de longues périodes.

3 à 12 semaines

Un contrôle de la plaie et un retrait des points de suture

devraient avoir lieu.

Une attelle amovible sera fournie si nécessaire et, dans certains cas, une période supplémentaire dans un plâtre peut être nécessaire.

Un rendez-vous avec un physiothérapeute de la main vous sera fixé.

Une fois la plaie complètement refermée, un massage quotidien de 10 minutes de la cicatrice avec une crème hydratante pour les mains est souvent utile pour réduire le gonflement et désensibiliser la cicatrice.

Après 12 semaines

La plupart des personnes reprennent leurs activités normales à ce stade, même si le massage des cicatrices peut encore être bénéfique.

Conduite

Vous pouvez conduire lorsque vous vous sentez capable de contrôler la voiture, même en cas d'urgence.

Arrêt de travail

La durée de l'arrêt de travail nécessaire varie en fonction de la nature de votre travail. Pour un travail de bureau léger, vous n'aurez peut-être besoin que de quelques jours d'arrêt de travail. Pour un travail plus lourd, vous aurez peut-être besoin d'un arrêt de travail plus long. Discutez de votre cas personnel avec votre chirurgien.

Difficultés postopératoires

Contacter le service du Dr Bernard Lallemand si vos doigts sont plus gonflés, plus raides ou plus douloureux que prévu, et si vous voyez des écoulements, de l'humidité ou détectez des odeurs désagréables sous votre pansement.

En dehors des heures normales de travail, vous devrez peut-être vous rendre au service des urgences pour résoudre ces problèmes.

Physiothérapie postopératoire

09

Période post-opératoire immédiate (Jour 0 – Semaine 2)

- Pansements : Garder la plaie propre et sèche. Changer les pansements selon les instructions du chirurgien.
- Gestion de la douleur : Utiliser les antalgiques prescrits et surélever la main pour réduire le gonflement.
- Exercices de mobilité : Commencer à bouger activement les doigts non affectées par la chirurgie.

Rééducation précoce (Semaine 3 – Semaine 8)

Évaluation initiale : Un kinésithérapeute effectuera une première évaluation de la main et du poignet.

Une attelle amovible vous sera fournie si nécessaire.

Objectifs de la thérapie :

- Mouvements actifs et passifs des doigts.
- Techniques de gestion des cicatrices (massage avec crème ou silicone).
- Contrôle de l'œdème par compression ou élévation.
- Introduction progressive de tâches fonctionnelles légères pour améliorer l'utilisation de la main.

Renforcement et récupération fonctionnelle (Semaine 8 – Semaine 12)

Objectifs de la thérapie :

- Exercices de renforcement progressifs, incluant la préhension et la pince.

- Désensibilisation avancée de la cicatrice si la sensibilité persiste

Objectifs fonctionnels : Encourager la reprise des activités quotidiennes nécessitant de la dextérité manuelle.

Rééducation sur le long terme (Semaine 12 et au-delà)

Programme à domicile : Poursuivre les exercices quotidiens pour la force et la flexibilité.

Suivi : Consultations régulières avec le chirurgien et le kinésithérapeute pour surveiller la récupération et prévenir les récidives.

Modifications du mode de vie : Éviter les traumatismes répétés ou le stress excessif sur la main qui pourraient contribuer à la récidive.

La majorité des patients suivent la rééducation sans complication et nécessitent en général 8 à 10 séances de kinésithérapie. Suivez toujours les instructions de votre kinésithérapeute pour une récupération optimal.