



Disponible en ligne sur
SciVerse ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



Rhizarthrose

Rhizarthrosis

Xavier Chevalier^{a,*}, Christian Compaore^a, Florent Eymard^a, René-Marc Flipo^b

^a Service de rhumatologie, hôpital Henri-Mondor, 51, avenue du Maréchal-de-Lattre-de-Tassigny, Créteil, France

^b Service de rhumatologie, centre Verhaegen, hôpital Roger-Salengro, CHU de Lille, 59037 Lille, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Accepté le 16 novembre 2011

Disponible sur Internet le 28 février 2012

Mots clés :

Rhizarthrose

Articulation trapezo-métacarpienne

Épidémiologie

Traitements

Keywords:

Rhizarthrosis

Trapezometacarpal joint

Epidemiology

Therapy

RÉSUMÉ

La rhizarthrose est une affection fréquente, touchant plus volontiers la femme après la ménopause. Elle correspond à l'atteinte de l'articulation trapézo-métacarpienne qui est en réalité une articulation instable, stabilisée par l'appareil capsulo-ligamentaire et soumise à des forces très importantes, ce qui explique la fréquence de l'atteinte dégénérative. Le diagnostic clinique est facile devant une douleur de la base du pouce. La radiographie confirme l'atteinte de l'articulation trapézo-métacarpienne et parfois son extension aux articulations adjacentes. L'évolution se fait sur plusieurs années et est marquée par une diminution des douleurs au prix d'une déformation de la colonne du pouce en Z ou en H qui peut être invalidante sur le plan fonctionnel. Le traitement repose sur le port d'une attelle nocturne au long cours, des antalgiques, AINS, voire des injections locales de corticoïdes ou d'acide hyaluronique dont l'efficacité doit être mieux évaluée. Enfin en cas d'échec, on recourt à la chirurgie : trapézectomie ou plus rarement prothèse.

© 2012 Société française de rhumatologie. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

ABSTRACT

Rhizarthrosis is a frequent disease, mostly observed in postmenopausal the women. It is localized in the trapezometacarpal joint, which is an instable joint, reinforced by strong ligamnts, and submit to high level of biomechanical stress. A reason why this joint is frequently affected by a degenerative process. The clinical diagnosis is easy in front of a pan localized at the base of the thumb. X Rays confirm the involvement of the TPZ joint and the extension to adjacent joints. The evolution is marked by a deformation of the thumb in Z or H, evolving over many years and which may lead to some functional impairment. The treatment consists in a nocturnal splint, analgesics, NSAIDs and local intraarticular injections of corticosteroids or hyaluronic acid preparations. However, the level of proofs needs to be better validated. In case of non-response to medical therapy, surgical procedure should be contemplated and consists in trapezectionomy of local prostheses.

© 2012 Société française de rhumatologie. Published by Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

La rhizarthrose, qui est l'arthrose de l'articulation entre l'os trapèze et le premier métacarpien, est une affection fréquente touchant préférentiellement la femme et pouvant entraîner une douleur et une gêne fonctionnelle importantes [1]. Au terme de plusieurs années d'évolution, la douleur diminue pour laisser place à une déformation parfois invalidante [2]. Le traitement de la rhizarthrose comprend les mesures habituelles du traitement de l'arthrose, notamment le recours à des médicaments, le port d'une orthèse et la possibilité d'infiltrations locales. La chirurgie est réservée aux formes douloureuses et rebelles aux traitements médicaux.

1. Rappel anatomique

L'articulation entre le trapèze et le premier métacarpien a la forme d'une double selle inversée [3,4]. C'est une articulation particulièrement instable qui est stabilisée par un appareil capsulo-ligamentaire puissant, notamment par le ligament trapézo-métacarpien [4]. Il existe aussi un ligament qui relie le premier métacarpien au deuxième métacarpien. Enfin, l'ensemble articulaire est stabilisé par un appareil musculotendineux [3,4]. Sans cet appareil ligamentaire, l'articulation est très instable et l'anatomie de cette articulation a été comparée à celle d'un cavalier sur une selle sans étriers [4]. Le cavalier est représenté par le premier métacarpien fixé sur le dos du trapèze qui correspondrait au dos du cheval. Cette instabilité articulaire autorise des

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : xavier.chevalier@hmn.aphp.fr (X. Chevalier).

mouvements très amples qui permettent l'opposition du pouce vis-à-vis de chacun des quatre doigts longs. Le mouvement de rotation associé aux mouvements d'opposition est défini comme un mouvement de circumduction [3,4]. On peut ainsi coter l'amplitude de l'articulation trapézo-métacarpienne par la facilité de la pince entre le pouce et chacun des quatre doigts.

L'articulation trapézo-métacarpienne fait partie d'un complexe scapho-trapézo-trapézoïdien [3,4]. L'articulation trapézo-métacarpienne est en effet indissociable de l'articulation scapho-trapézienne, de l'articulation trapézo-trapézoïdienne et de l'articulation entre le trapèze et la base du deuxième métacarpien. Dans l'évaluation de la rhizarthrose, il est indispensable de savoir si l'arthrose est localisée à la trapézo-métacarpienne ou si elle déborde sur les autres articulations, notamment sur l'articulation scapho-trapézienne.

2. Épidémiologie de la rhizarthrose

La rhizarthrose atteint dans 80% des cas les femmes, le plus souvent aux alentours de la ménopause [5,6]. Elle n'est habituellement pas rencontrée chez l'homme avant l'âge de 50 ans. La fréquence de cette atteinte est chiffrée de 8% à 22% chez les femmes et de 2 à 5% chez les hommes [1,5]. Une étude portant sur 143 femmes ménopausées indique une prévalence de 25% [7]. La prévalence radiologique augmente avec l'âge, la faiblesse musculaire de l'éminence thénar et la présence de nodosité arthrosiques digitales [8]. La rhizarthrose est volontiers bilatérale.

3. Facteurs étiologiques de la rhizarthrose

Dans 90% des cas, la rhizarthrose est dite essentielle. Elle résulte de contraintes mécaniques fortes qui sont liées à l'anatomie même de l'articulation [9]. Il existe cependant des formes familiales de rhizarthrose. La rhizarthrose est volontiers associée à une arthrose digitale nodale des articulations interphalangiennes (53%) qui elle-même peut faire partie d'une arthrose plus généralisée [10]. Les autres causes de rhizarthrose sont essentiellement les formes traumatiques (séquelle de fracture avec cal vicieux, laxités chroniques trapézo-métacarpienne) ou microtraumatiques, l'existence d'une hypermobilité qui peut s'intégrer dans une maladie où il existe une hyperlaxité constitutionnelle (Marfan, Ehler-Danlos) [1]. La rhizarthrose peut aussi succéder à un rhumatisme inflammatoire telle qu'une polyarthrite rhumatoïde ou à une chondrocalcinoses avec alors une atteinte associée prédominant souvent sur la scapho-trapézo-trapézoïdienne. Enfin, certaines anomalies anatomiques malformatives touchant le trapèze peuvent expliquer l'émergence d'une rhizarthrose [1]. En effet, un trapèze plat ou oblique favorise les contraintes mécaniques dans cette articulation et l'apparition secondaire d'une arthrose [3].

4. Diagnostic clinique

Le diagnostic de rhizarthrose est relativement facile. Il s'agit d'une douleur mécanique localisée à la base du pouce dont l'intensité est variable dans le temps et en fonction de l'évolution de la maladie [11]. La douleur est parfois ressentie de façon brutale et vive. Au fil de l'évolution, survient une maladresse de la main et un certain handicap notamment dans la force de préhension entre le pouce et l'index [1,5,11]. Enfin, les mouvements notamment de circumduction et d'opposition du pouce peuvent devenir douloureux. La gêne peut affecter notamment des gestes tels que déboucher une bouteille ou tourner une clef dans une serrure. À l'examen clinique, on peut détecter une déformation à la base du pouce (Fig. 1) [1,5,11]. Celle-ci peut s'accompagner d'un ressaut douloureux lorsque l'on exerce une pression sur la base du



Fig. 1. Aspect clinique de la déformation débutante d'une rhizarthrose.

métacarpien et qui traduit la réduction de la subluxation articulaire dorsale. On recherchera toujours lors de l'examen clinique une amyotrophie éventuellement associée de l'éminence thénar et l'absence de signe neurologique.

5. Formes associées

Parmi les formes cliniques de la maladie, il faut souligner la possibilité d'une forme destructrice rapide. Dans cette forme, l'interligne articulaire est détruit en un à deux ans. Survient volontiers une destruction partielle de l'os trapèze; la présence d'ostéochondromes dans les parties molles adjacentes est possible. Dans cette forme clinique, les signes cliniques sont bruyants avec une douleur importante et une incapacité fonctionnelle plus rapidement installée [11].

Il est important de souligner la fréquence de l'association de la rhizarthrose avec d'autres pathologies de la main. En particulier, la rhizarthrose est volontiers associée à l'arthrose digitale des doigts longs et notamment aux formes érosives. Un travail français comparant les arthroses digitales érosives aux formes non érosives a montré la plus grande fréquence de la rhizarthrose dans les premières [12]. Il faut aussi souligner la fréquente association de la rhizarthrose avec des doigts à ressaut, avec une tendinite de De Quervain, avec la tendinite du fléchisseur radial du carpe (FRC) et la possibilité de kystes synoviaux du poignet. Mais l'association la plus fréquente est le syndrome du canal carpien, survenant sur le même terrain et favorisée par la fermeture du canal carpien en cas de pouce adductus [1,11]. Ce diagnostic doit être systématiquement évoqué devant la présence de douleurs à recrudescence nocturne, parfois associées à des fourmillements et des dysesthésies. L'association entre canal carpien et rhizarthrose est trouvée dans près de 50% des cas [1,11].

6. Formes compliquées

Parmi les complications, on notera l'extension de l'arthrose trapézo-métacarpienne à une articulation adjacente, notamment l'articulation scapho-trapézienne [8]. On notera aussi la fréquente association à une tendinite ténosynovite du FRC provoquée par un ostéophyte médial. Cette ténosynovite se traduit cliniquement par une tuméfaction du cul de sac proximal de la gaine synoviale du FRC dont l'émergence se fait en amont du pli de flexion du poignet dans l'axe du tendon et souvent prise à tort pour un simple kyste du poignet. Le risque de rupture tendineuse est réel et rend les infiltrations de cette ténosynovite potentiellement à risque. Enfin, rarement, il peut exister comme complication une synovite et même une

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3389965>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3389965>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)