

Le pouce dans la maladie rhumatoïde

C Fontaine, (Lille)

Généralités

- Fréquence
 - Swanson: 57%
 - Nalebuff: 60%
 - Alnot: 62%
- Tolérance fonctionnelle souvent bonne
- Possibilité d'associer le traitement chirurgical du pouce à celui du poignet ou à celui des doigts longs

Déformations élémentaires

- Atteinte trapézo-métacarpienne: pouce adductus ou col de cygne (7%)
- Atteinte métacarpo-phalangienne: boutonnière du pouce (80-85%)
- Atteinte interphalangienne: instabilité radiale

Classification de Ratcliff

- *Ratcliff AH (1971) Deformities of the thumb in rheumatoid arthritis. The Hand 3: 138-144*
- Pouce en Z ou boutonnière
- Pouce instable
- Pouce adductus
- Déformations secondaires à des ruptures tendineuses
 - Long extenseur du pouce
 - Long fléchisseur du pouce

Classification de Nalebuff

- *Nalebuff EA (1984) The rheumatoid thumb. Clin Rheum Dis 10:589-609*
- Type I: Boutonnière
- Type II: Association II + III
- Type III: Col de cygne
- Type IV: Abduction MCP
- Type V: Hyperextension MCP
- Type VI: Destruction osseuse et pouce instable

Classification de Nalebuff

- *Nalebuff EA (1984) The rheumatoid thumb. Clin Rheum Dis 10:589-609*

Pouce rhumatoïde : Classification de Nalebuff

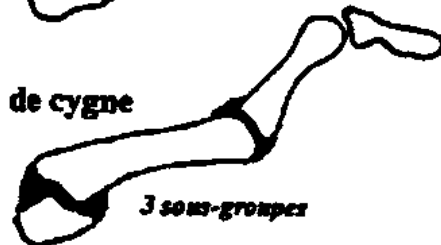
I Boutonnière



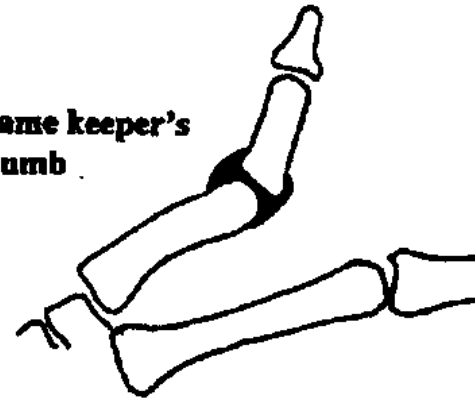
II Boutonnière



III Col de cygne



IV Game keeper's thumb



V Col de cygne

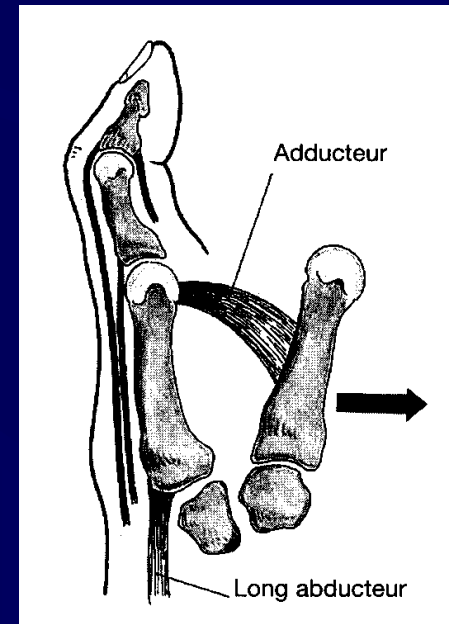


VI Forme destructive



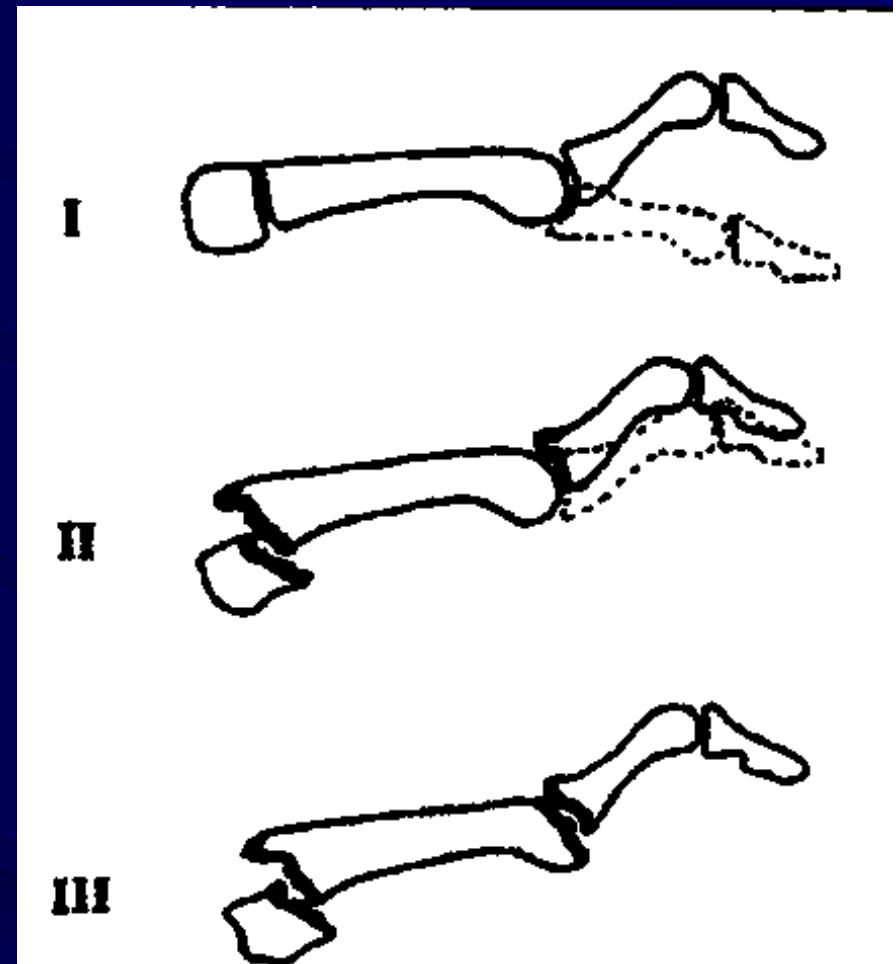
Pouce adductus ou col de cygne

- Déformations voisines de celles de la rhizarthrose du pouce
 - Distension capsulaire TM par la synovite
 - Subluxation proximo-latérale de la base de M1 sous l'effet du LA1 et de la poussée des doigts longs
 - Contracture antalgique, puis rétraction de l'adducteur
 - Hyperextension compensatrice de la MCP1
 - Éventuellement flexion IP1



Pouce adductus ou col de cygne

- 3 stades de Nalebuff
 - Stade I: TM instable et douloureuse sans lésion radio, déformation réductible
 - Stade II: TM détruite et hyperextension partiellement réductible
 - Stade III: TM et MCP1 détruites

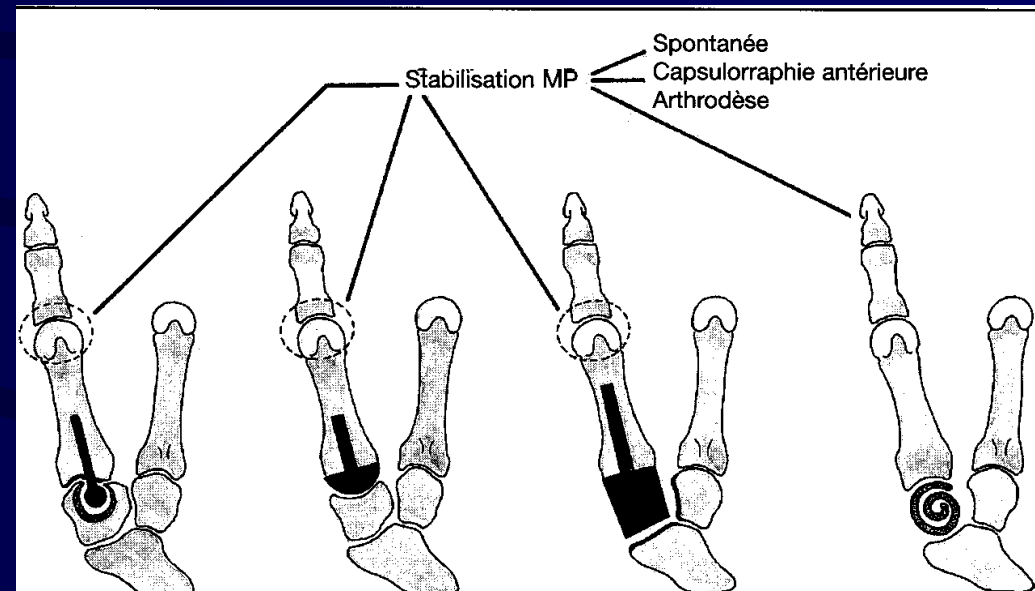


Traitement du col de cygne

- 4 volets
 - Traitement de la trapézo-métacarpienne
 - Traitement de l'hyperextension MCP1
 - Traitement de la rétraction de la 1^{ère} commissure
 - Traitement éventuel de l'IP1

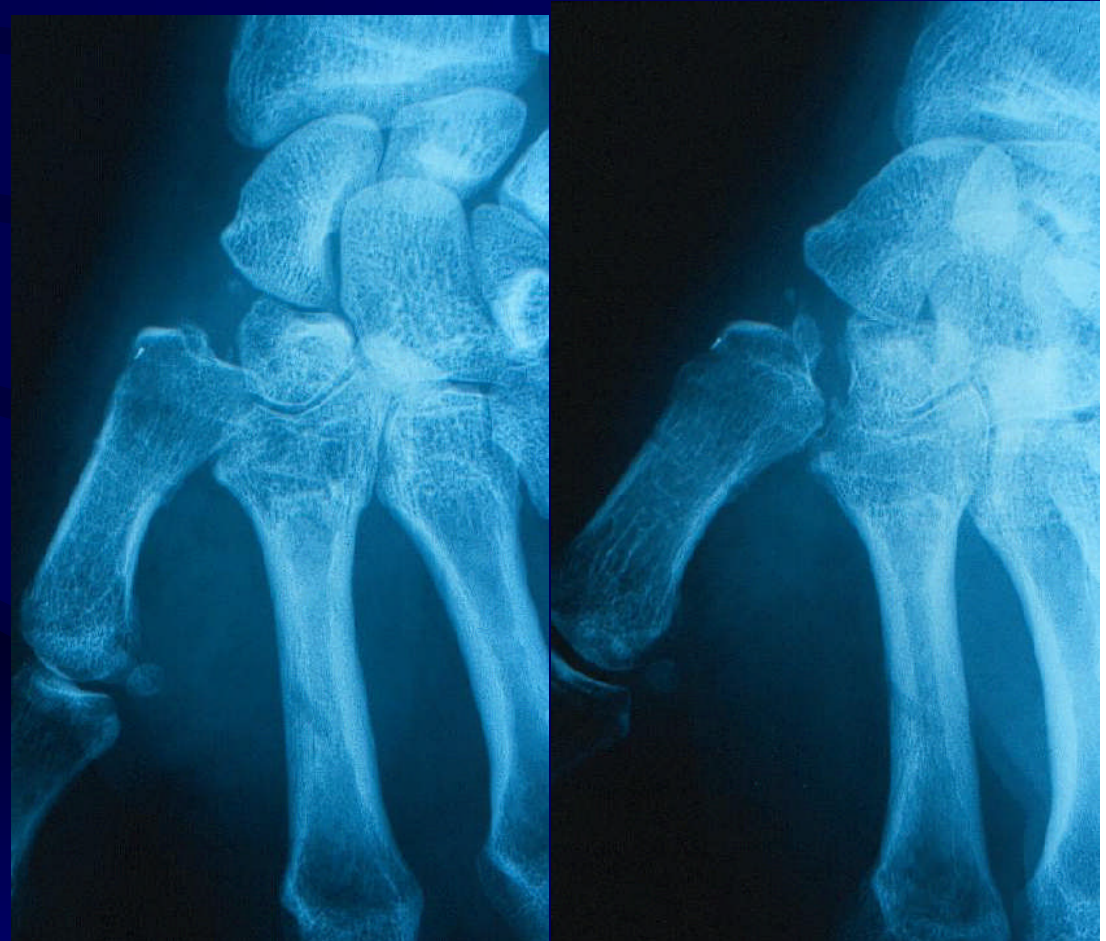
Traitement de la trapézo-métacarpienne

- Arthrodèse peu indiquée dans la PR
- Trapézectomie totale
 - et interposition tendineuse
 - et implant trapézien de Swanson
- Trapézectomie partielle et implant d'Eaton
- Prothèse totale TM



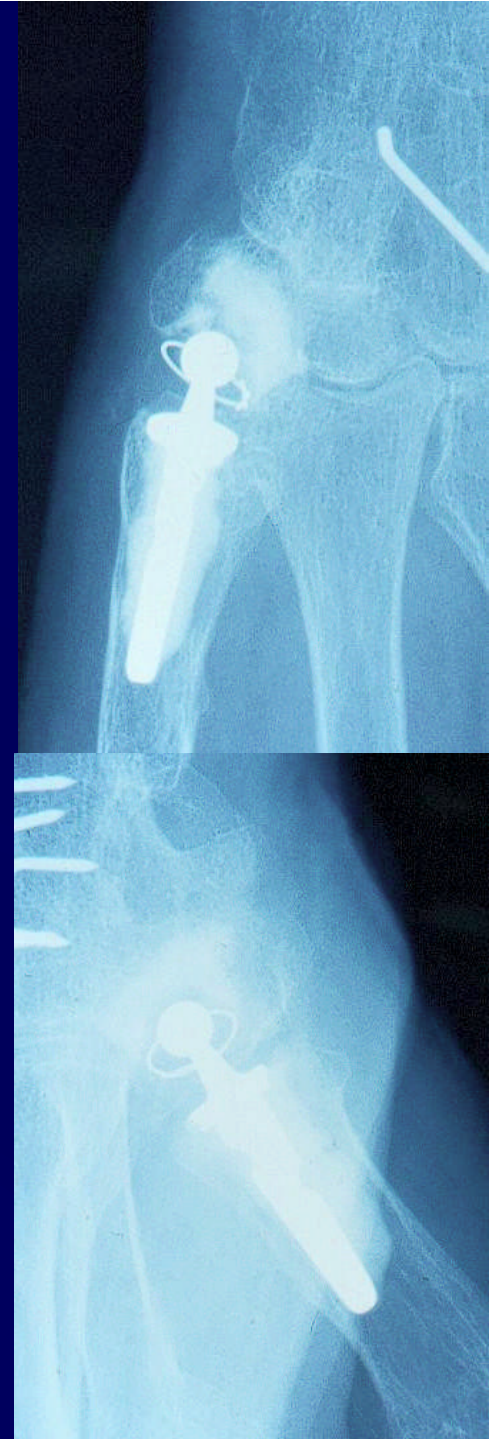
Trapézectomie totale avec interposition tendineuse

- Stabilisation du 1^{er} métacarpien par une ligamentoplastie au FCR ou à l'APL
- Peut constituer un facteur aggravant de l'instabilité rotatoire du scaphoïde en cas de rupture du lig. scapho-lunaire



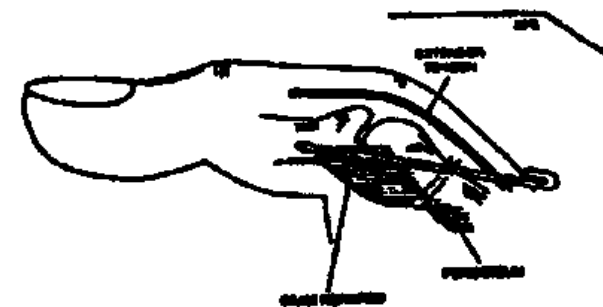
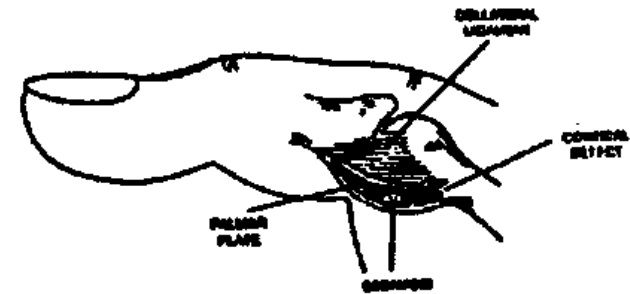
Prothèse totale trapézo- métacarpienne

- Implantation toujours possible de la tige métacarpienne
- Implantation de l'implant trapézien selon le stock osseux disponible
 - Dans le trapèze
 - Dans le carpe fusionné
 - Dans le tubercule du scaphoïde après trapézectomie



Traitement de l'hyperextension MCP1

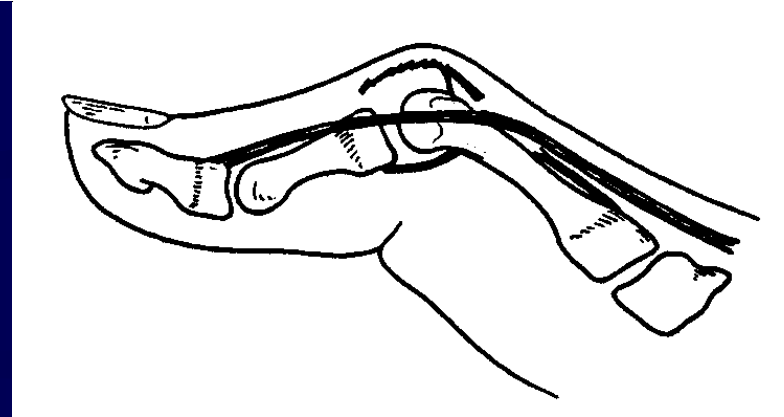
- Brochage temporaire dans les cas légers
- Capsulorrhaphie palmaire
- Arthrodèse sésamoïdo-métacarpienne
- Arthrodèse MCP1 si la déformation est irréductible



Traitements complémentaires

- Destruction IP:
 - Arthrodèse
- Rétraction de la 1^{ère} commissure
 - Plastie cutanée
 - Désinsertion de l'adducteur du pouce
 - Brochage intermétacarpien temporaire

Boutonnière du pouce



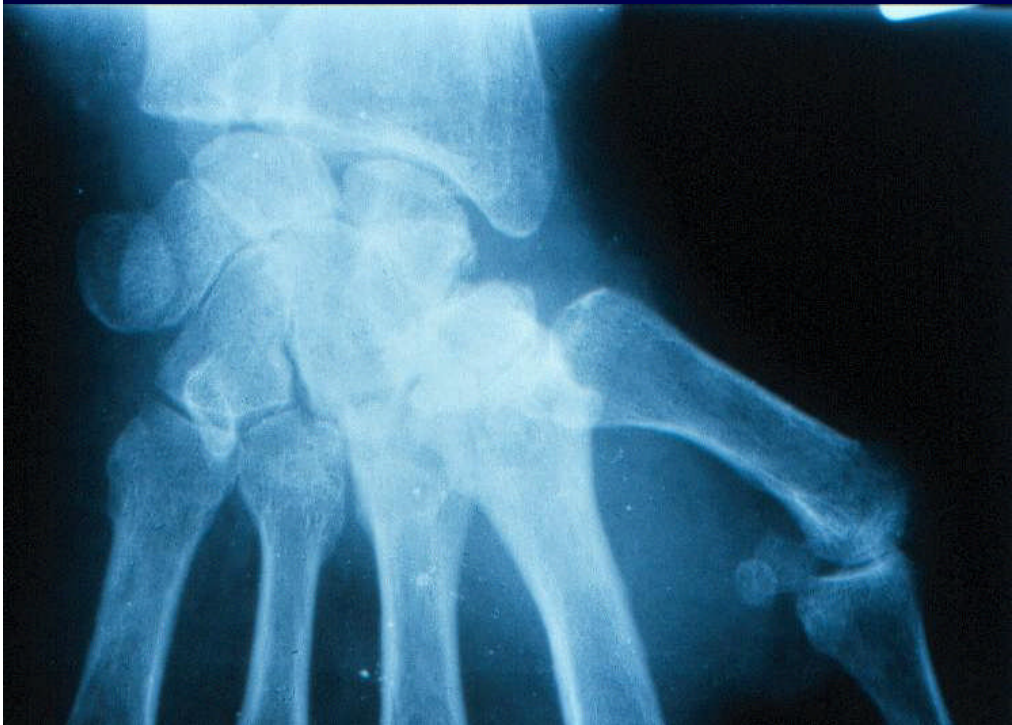
- Distension capsulaire MCP1 par la synovite
- Distension progressive du tendon CE1
- Luxation ulnaire progressive du LE1
 - Il devient progressivement fléchisseur
 - Il concentre toute sa force sur P2
- Subluxation palmaire de la base de M1 sous l'effet de l'appareil fléchisseur
- Flessum MCP1 d'abord réductible, puis irréductible
- Hyperextension IP sous l'effet du LE1 et des prises

Boutonnière du pouce

- Analyse clinique globale
 - Douleur, instabilité des prises
 - Retentissement fonctionnel
- Analyse clinique analytique
 - Le flexum MCP est-il réductible passivement ?
 - Quelle est la mobilité IP lorsque la MCP est étendue ?

Boutonnière du pouce

- Analyse radio
 - État de la MCP ?
 - État de l'IP ?

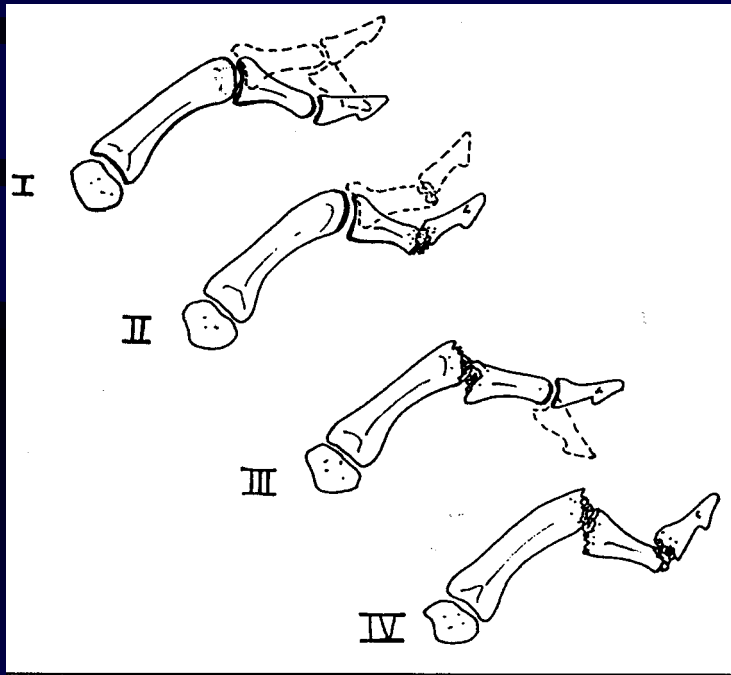


Boutonnière du pouce (Bichat)

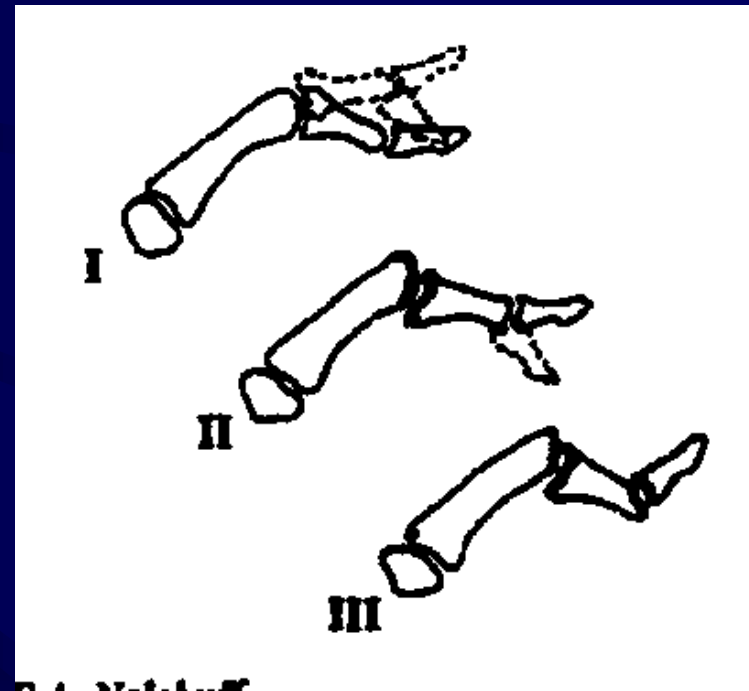
Stade	Flessum MCP	Radio MCP	Mobilité IP	Radio IP
I	Réductible	Peu ou pas	Sub-normale	Sub-normale
II	Réductible	Peu ou pas	Raide ou disloquée	Détruite
III	Irréductible	Détruite ou disloquée	Sub-normale	Sub-normale
IV	Irréductible	Détruite ou disloquée	Raide ou disloquée	Détruite

Boutonnière du pouce

- Bichat



- Nalebuff

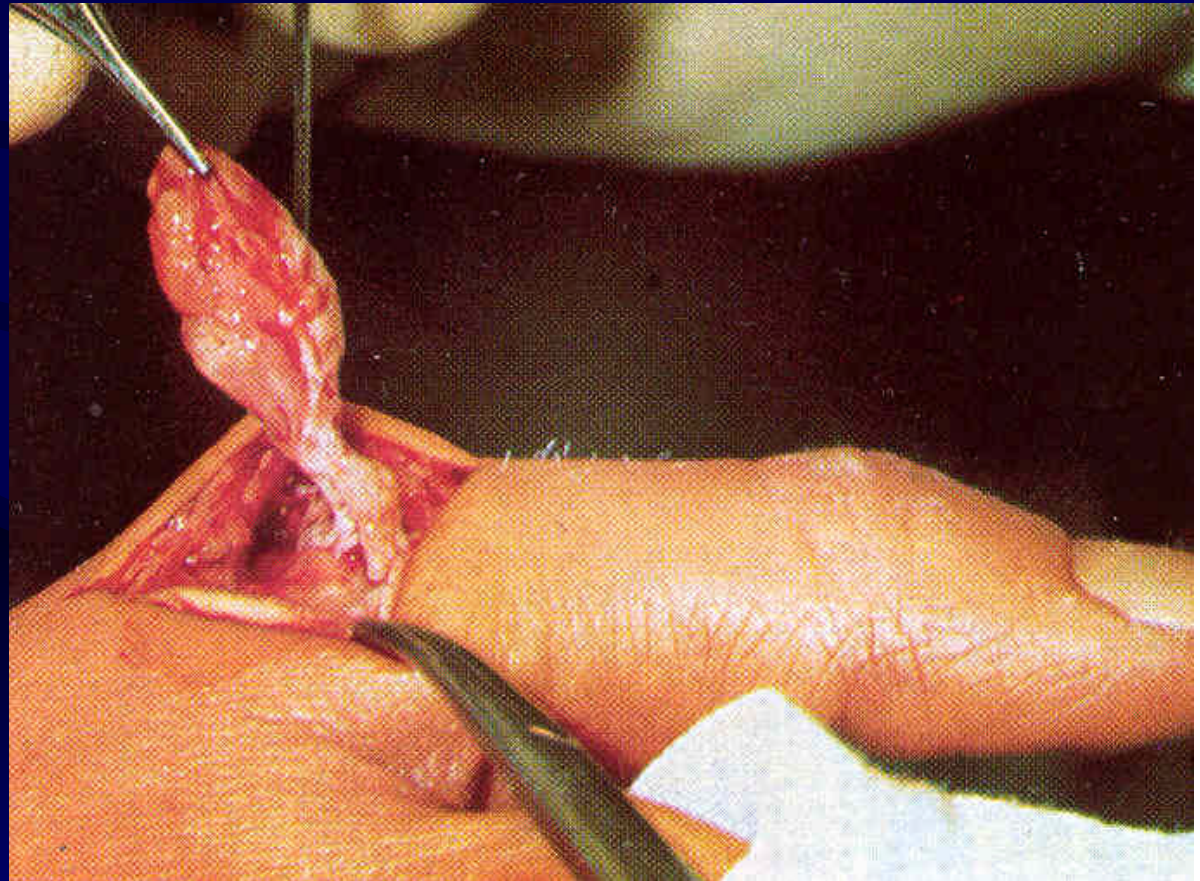


Traitement médical de la boutonnière

- Traitement préventif par assèchement des épanchements articulaires et du pannus
 - Infiltrations de corticoïdes
 - Synoviorthèse isotopique
- Pas de traitement curatif: une fois les déformations débutées, elles ne peuvent que d'aggraver
- Économie articulaire (ergothérapeute)
- Rôle des attelles nocturnes ?

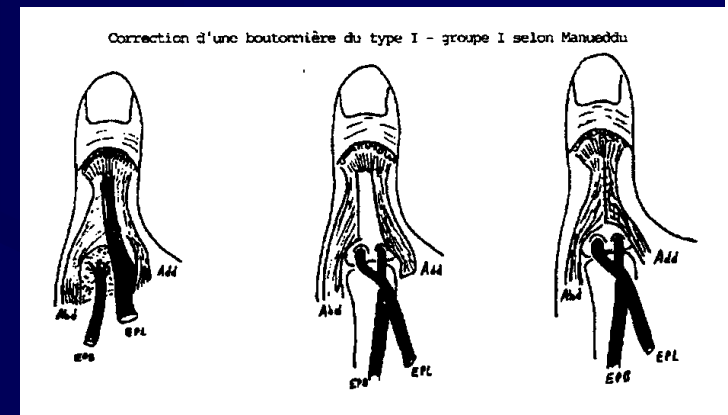
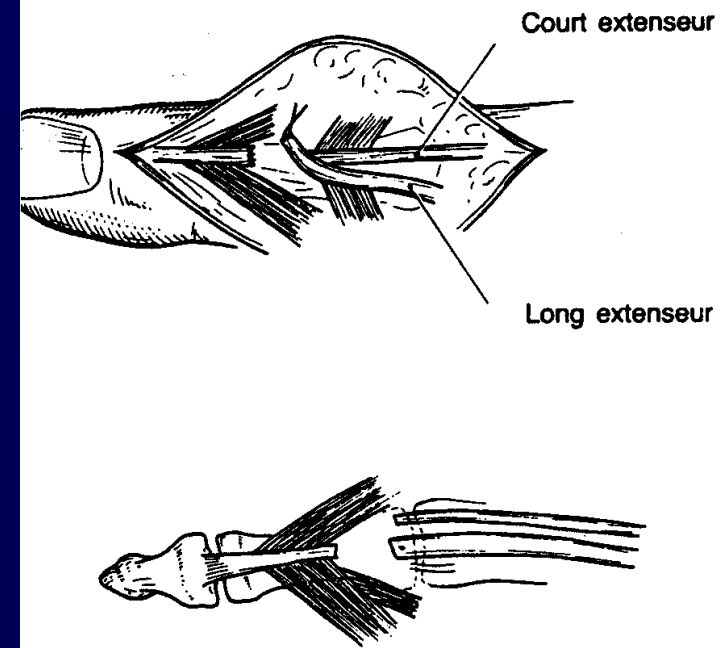
Synovectomie-réaxation-stabilisation MCP

- Synovectomie /
voie dorsale



Synovectomie- réaxation-stabilisation MCP

- Réinsertion du CE1 (si flexum peu important), trans-osseuse (Harrison), sur la capsule dorsale (Nalebuff)
- Ou transfert du LE1 sur la base de P1 selon Nalebuff (si flexum important)
- Brochage oblique temporaire 3 semaines en extension



Résultat des SRS de la MCP1


- *Alnot JY (1996) Le pouce rhumatoïde. In Y Allieu: La main et le poignet rhumatoïde. Traitement chirurgical. Expansion scientifique, Paris, pp 143-152*
 - Extension active incomplète
 - Secteur de mobilité réduit 20-30°

Résultat des SRS de la MCP1

- *Terrono A, Millender L, Nalebuff E (1990)
Boutonniere rheumatoid thumb deformity. J
Hand Surg 15A: 999-1003*

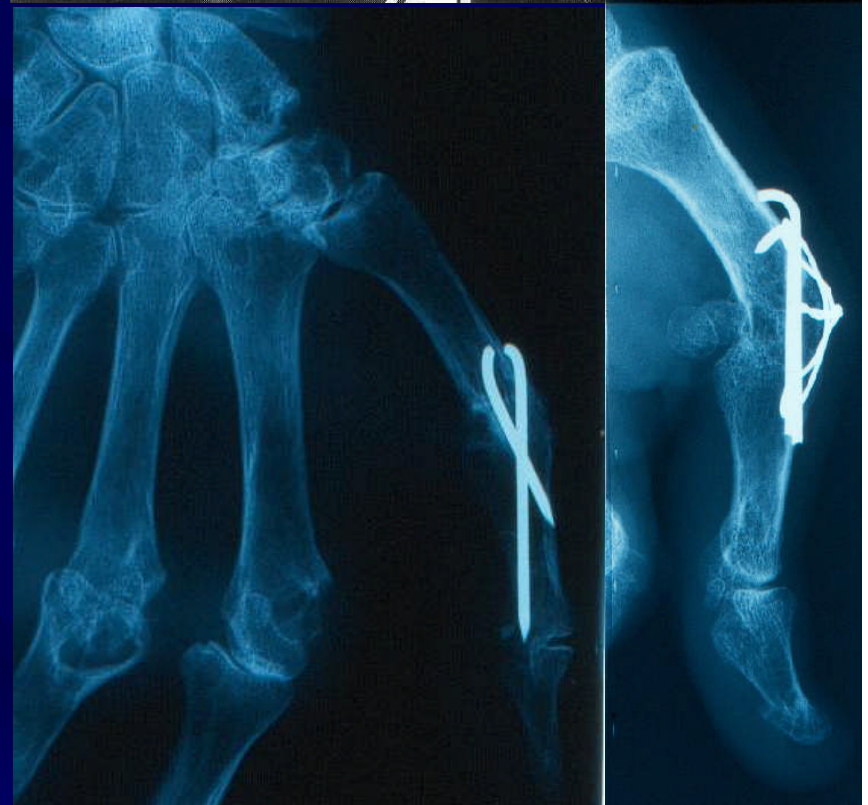
– 53 cas

– 64% de récidence du flexum MCP

 Ne pas hésiter à convertir en arthrodèse
en cas de lésion per-op plus importante
que prévue

Arthrodèse MCP1

- Position
 - Extension ou flexion $<15^\circ$
 - Pronation 15-20°
 - Abduction 5-15°



Arthrodèse MCP1

- Montage
 - 2 broches en croix
 - 2 vis en croix
 - Hauban dorsal
 - 2-3 agrafes



Espaceur en Silastic® MCP1

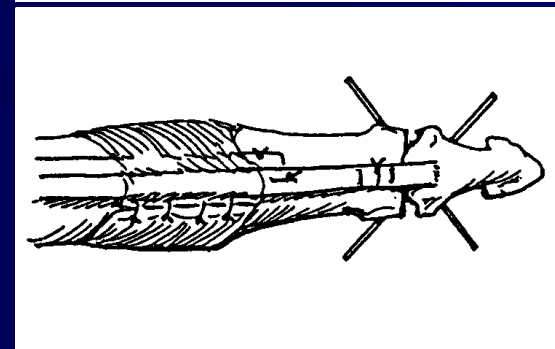
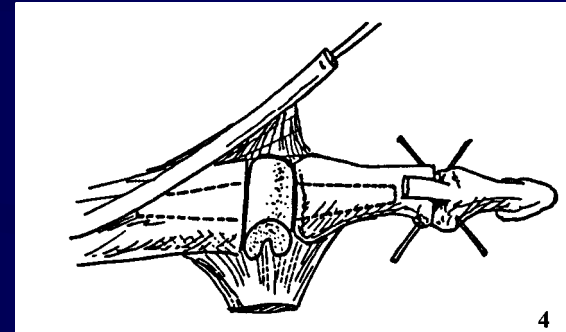
- Permet de garder une certaine mobilité
- Moins bonne stabilité que l'arthrodèse
- Intéressante en cas d'association à une autre articulation enraidie (arthrodèse IP)
- Réinsérer le LE1 sur la base de P1

Indications thérapeutiques des boutonnières du pouce

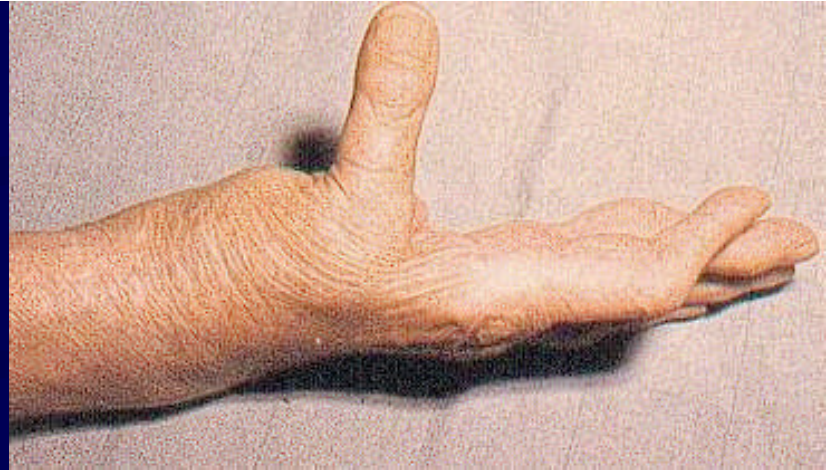
- MCP réductible isolée (stade I)
 - Orthèse ou SRS
- MCP détruite ou irréductible et IP intacte (stade II)
 - Arthrodèse (Alnot) plutôt que Silastic (Figgie)
- MCP réductible + IP détruite (stade III)
 - SRS + arthrodèse IP

Indications thérapeutiques des boutonnières du pouce

- MCP et IP détruites (stade IV d'Alnot, type III de Nalebuff)
 - Silastic MCP (plutôt que dèse) + arthrodèse IP
- MCP + TM secondaire (Nalebuff type II)
 - Arthroplastie TM + dèse MCP



Instabilité métacarpo-phalangienne radiale



- Type IV de Nalebuff (game keeper's deformity)
- Adduction du 1er métacarpien
- Distension capsulo-ligamentaire ulnaire isolée par la synovite (lig. collatéral ulnaire)

➔ Arthrodèse plutôt que ligamentoplastie
– Ouverture de la 1^{ère} commissure

Instabilité interphalangienn radiale

- Distension capsulo-ligamentaire IP1 par la synovite (lig. collatéral ulnaire)
- Subluxation puis luxation de la base de P2 sous l'effet de la poussée des doigts longs
- Les prises pollici-digitales se font avec la tête de P1

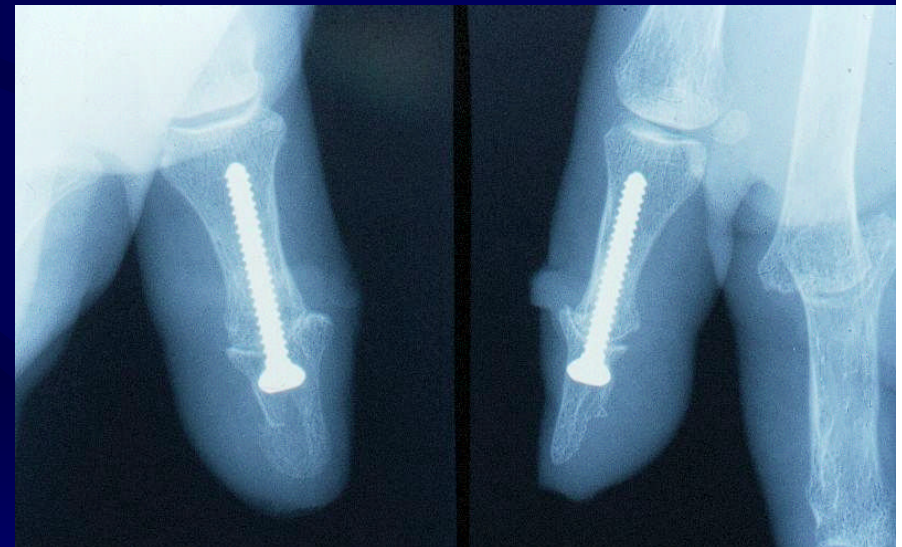
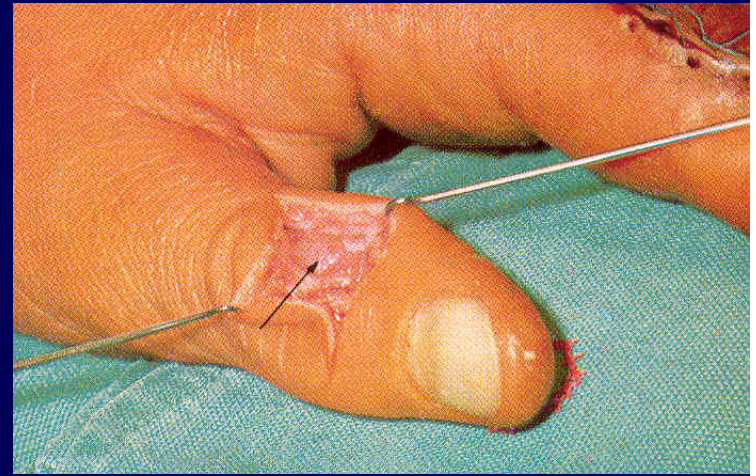


Instabilité interphalangienne en hyperextension

- Distension capsulo-ligamentaire IP1 par la synovite (plaque palmaire) +/- rupture du long fléchisseur
- Peut être le facteur déclenchant d'une déformation en boutonnière
 - Le flexum MCP est moins important que l'hyperextension IP

Traitement des atteintes de l'interphalangiennne

- Synovectomie
- Arthrodèse en rectitude
 - Vis axiale
 - 2 broches en croix
- Apport de greffon dans les cas avec ostéolyse



Rupture du long fléchisseur

- Habituellement au canal carpien
- Rôle favorisant de la saillie du pôle distal irrégulier en cas d'instabilité rotatoire du scaphoïde


 Ténosynovectomie palmaire et abrasion de la saillie du scaphoïde et/ou du trapèze

Rupture du long fléchisseur

- Traitement spécifique de la rupture tendineuse
 - Greffe segmentaire si la perte de substance est limitée
 - Transfert du superficiel du IV si elle est étendue
 - Arthrodèse interphalangienne si l'IP1 est détruite ou enraidie en hyperextension

Rupture du long extenseur

- Habituellement au poignet
- Perte de la rétropulsion du pouce
- Rôle favorisant de l'inclinaison radiale et de la subluxation palmaire

 Transfert de l'EP2 simultané à la Chirurgie de la face dorsale du poignet (téno-synovectomie et réaxation du poignet)