

La main rhumatoïde

De quoi s'agit-t-il ?

La polyarthrite rhumatoïde est une maladie inflammatoire non infectieuse (sans germes), mais à potentialités destructives. Elle peut atteindre différents organes, mais touche essentiellement les articulations. Ce sont d'abord les extrémités qui sont atteintes (mains, pied). Cette maladie, qui peut survenir à tout âge, touche plus souvent la femme. Elle évolue par poussées, suivies de phases de rémission de durée variable.

Au début, la maladie se manifeste par une tuméfaction (gonflement) douloureuse des articulations (synovite inflammatoire). Avec le temps, la synovite devient chronique et contribue à la destruction des tendons et des ligaments articulaires. On peut alors observer des luxations des tendons extenseurs et/ou des articulations. La destruction des ligaments articulaires conduit à la déformation des articulations atteintes, tandis que l'inflammation des tendons peut conduire à leur rupture (perte de la flexion ou de l'extension des doigts). La destruction du cartilage articulaire (zone de glissement) peut également provoquer une fixation de l'articulation (ankylose). Qu'il y ait instabilité articulaire avec subluxation ou ankylose, il en résulte une perte de la fonction de la main. Ces déformations et fixations peuvent être plus ou moins douloureuses. Les figures montrent ces aspects de la maladie.

Comment peut-on la traiter ?

La polyarthrite rhumatoïde est avant tout l'affaire du rhumatologue, c'est-à-dire du médecin spécialiste des maladies rhumatismales. C'est lui qui instaure le traitement de base, à savoir prescrire les médicaments les plus aptes à diminuer l'inflammation et la douleur. Il demande souvent à un/une ergothérapeute de confectionner une attelle pour la nuit, afin de mettre l'articulation au repos et dans une position optimale pour la fonction pendant les poussées douloureuses. L'ergothérapeute sera également en mesure de montrer comment il faut ménager les articulations, grâce au contrôle des gestes et/ou à l'utilisation d'accessoires spécifiquement adaptés aux besoins du patient.

Mais si la synovite (inflammation) ne cède pas au traitement médical ou si les déformations s'avèrent nuisibles à la fonction de la main, il faut recourir à la chirurgie pour stabiliser les articulations et améliorer la fonction par reconstruction ou transfert de tendons.

Comment l'opération se déroule-t-elle ?

La correction chirurgicale de la main rhumatoïde peut se faire en anesthésie loco-régionale. La narcose sera préférable en cas d'anxiété ou si l'épaule est

ankylosée (peu mobile ou enraidie) et douloureuse, car la durée de l'opération dépasse facilement les 90 minutes (jusqu'à 3 heures, selon les gestes nécessaires : arthrodèse partielle, transfert tendineux, mise en place de nombreuses prothèses.)

(En ce qui concerne la préparation à l'opération, veuillez consulter le chapitre 2. Chirurgie de la main).

Du point de vue technique, en l'absence de déformation, une excision de la synoviale malade (synovectomie) permet d'enrayer partiellement l'évolution de la maladie. La synovectomie est associée à des transferts de tendons visant à rééquilibrer la main en cas de déformation.

Lorsqu'il existe une luxation des tendons, ceux-ci sont recentrés et stabilisés par des astuces techniques combinées à des greffes de tendons. Lorsqu'il y a des ruptures de tendons, on pratique des sutures ou des transferts. Les articulations instables sont bloquées ou remplacées par des prothèses. Le choix dépend de la localisation. En effet, le chirurgien doit redonner au rhumatisant la meilleure fonction possible en tenant compte de son métier, donc de ses activités.

Il importe de redonner au patient mobilité et stabilité, soit deux notions en apparence contradictoires. De fait, ces notions sont complémentaires, car une articulation instable ne peut transmettre de force et sa mobilité sera limitée. Seule une articulation stable est à même de remplir son rôle. C'est au chirurgien d'expliquer son choix au patient avant l'opération, tout en lui expliquant cette notion fondamentale de complémentarité.

En fin d'intervention, la main est positionnée dans un pansement plâtré rembourré pour 2 à 4 jours.

En quoi consistent les soins post-opératoires ?

Après l'intervention, la main est maintenue en surélévation, de manière à lutter contre l'œdème et la douleur. Le pansement est refait, souvent avec l'aide de l'ergothérapeute si les plaies permettent déjà la confection d'une attelle qui garantit la position de fonction optimale. L'ergothérapeute instruira le patient en lui montrant les exercices qu'il devra faire, afin de retrouver la meilleure des fonctions possibles.

La rééducation et l'appareillage sont poursuivis jusqu'à l'obtention d'une fonction satisfaisante. La durée de l'immobilisation est variable, elle dépend de la chirurgie (prothèse, arthrodèse) et de l'œdème résiduel.

Quels sont les risques du traitement chirurgical ?

Les risques liés à l'intervention proprement dite ne diffèrent guère de ceux

rencontrés lors d'une intervention pratiquée sur une main non rhumatismale. Il s'agit essentiellement de section accidentelle de tendons ou de nerfs qui seront réparés dans tous les cas. Parfois la chirurgie met en évidence des tendons en voie de rupture (à cause de la synovite qui les détruit). Dans ce cas, un transfert tendineux sera nécessaire.

Quel en est le pronostic ?

Le pronostic dépend de deux facteurs, celui de la chirurgie, mais aussi et surtout de la maladie elle-même. En effet, la polyarthrite peut s'éteindre après une première poussée et ne laisser que des séquelles variables. Malheureusement, dans la grande majorité des cas, l'affection évolue par poussées successives.

Le choix du moment de l'intervention varie d'un auteur scientifique à l'autre, l'évolution de la maladie ne dépendant pas principalement de la chirurgie, mais bien de l'affection, de son agressivité et de sa sensibilité aux médicaments. D'autre part, dans ses formes florides, la dégradation des articulations se poursuit malgré l'intervention chirurgicale, compromettant à long terme le bénéfice d'une opération. Dans ce cas, une ou plusieurs interventions seront nécessaires.

Ceci montre bien que rhumatologue et chirurgien doivent travailler de concert pour conseiller au mieux les personnes souffrant de cette affection. Il apparaît également que le port d'attelles, le ménagement des mains et l'utilisation d'accessoires contribueront à préserver la fonction. En fait, on peut considérer le chirurgien un peu comme un pompier qui interviendrait pour réduire le feu (inflammation) et en limiter les conséquences (prothèses et transfert de tendons).

Ce qui est sûr, c'est que le rhumatologue reste le chef d'orchestre: il coordonne chirurgie, médication et rééducation. Il épaulé le patient dans son difficile combat, au besoin (lors d'épuisement), il lui conseille de se faire épauler par un psychothérapeute (psychothérapie de soutien).