

Article original

Analyse de la douleur postopératoire et des résultats fonctionnels précoces dans le traitement de la rhizarthrose. Étude prospective comparative de 74 patientes trapézectomie-interposition vs prothèse MAIA[®]

Evaluation of postoperative pain and early functional results in the treatment of basal joint arthritis. Comparative prospective study of trapeziectomy vs. MAIA[®] prosthesis in 74 female patients

T. Jager^{*}, S. Barbary, F. Dap, G. Dautel

Service de chirurgie reconstructrice de l'appareil locomoteur, centre chirurgical Émile-Gallé, CHU de Nancy, 49, rue Hermite, 54000 Nancy, France

Reçu le 23 septembre 2012 ; reçu sous la forme révisée le 17 décembre 2012 ; accepté le 5 février 2013

Disponible sur Internet le 6 mars 2013

Résumé

La trapézectomie est, de longue date, le traitement chirurgical classique de la rhizarthrose. De nombreuses variantes ont été proposées (ligamentoplastie, suspensioplastie, interposition, implants espaceurs, etc.) sans en modifier grandement les résultats. À long terme, le contrôle de la douleur est satisfaisant, mais les suites initiales sont variables. Par ailleurs, les prothèses trapézo-métacarpiennes existent depuis les années 1970, avec des améliorations successives des implants. Peu de séries comparent les deux techniques, et encore plus rares sont les séries prospectives. Notre objectif était de comparer l'évolution postopératoire à très court terme des prothèses trapézo-métacarpiennes MAIA[®] et de la trapézectomie-interposition sur des cohortes de patientes similaires. Nous avons suivi prospectivement deux cohortes comparables de 47 et 27 patientes de plus de 50 ans traitées entre avril 2009 et février 2010 pour rhizarthrose, respectivement par prothèse trapézo-métacarpienne contrainte et trapézectomie-interposition. Les patientes ont été suivies jusqu'au sixième mois postopératoire. Nous avons évalué les amplitudes articulaires, la force, la satisfaction, la douleur, l'aspect radiographique et les résultats de scores fonctionnels. La mobilité, l'antalgie obtenue, la satisfaction, la force et les scores fonctionnels étaient meilleurs dans le groupe prothèse. La force de la pince augmentait de 30 % par rapport à la situation préopératoire, la longueur de la première colonne était maintenue, avec une meilleure correction de la subluxation dans ce groupe. Nous rapportons six ténosynovites de De Quervain et un descellement traumatique. La prothèse trapézo-métacarpienne MAIA[®] présente à très court terme de meilleurs résultats que la trapézectomie-interposition. Il faut réévaluer ces résultats dans le moyen et long termes, afin d'évaluer la survie des implants et le résultat obtenu après chirurgie de révision. Il conviendra alors d'en préciser le bénéfice exact et, notamment, si l'amélioration postopératoire initiale ne sacrifie pas le résultat à long terme.

Niveau de preuve. – Thérapeutique 3.

© 2013 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Rhizarthrose ; Trapézectomie-interposition ; Prothèse trapézo-métacarpienne

Abstract

Trapeziectomy has been the basis of basal thumb arthritis surgical treatment since the 1950s. This resection arthroplasty has been continuously refined (soft-tissue interposition, ligament reconstruction, spacer implantation, etc.) without leading to a dramatic outcome improvement. Pain decrease is often satisfying in the long-term, but comfort during the early postoperative period may vary. Those disadvantages of trapeziectomy led to the emergence of total trapeziometacarpal prostheses in the 1970s, with a constant improvement of implant design. Few series have compared those two surgical techniques side by side, and prospective ones are even rarer. We compared total trapeziometacarpal prosthesis and trapeziectomy-interposition in the very short term in two similar groups of female patients, to determine whether prosthesis led to faster recovery or not. We compared a total trapeziometacarpal prosthesis (MAIA[®]) and trapeziectomy-interposition in the immediate and short-term (6 months), for objective, subjective, functional criteria, as well as short-term comfort or discomfort. We prospectively followed two comparable

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : t.jager@laposte.net (T. Jager).

cohorts of 47 and 27 female patients above 50 years of age, treated for basal joint arthritis with a constrained trapeziometacarpal joint prosthesis or trapeziectomy-interposition, respectively, between April 2009 and February 2010. The patients were followed postoperatively for 6 months. Mobility, pain reduction, satisfaction, strength and functional scores were better in the prosthesis group. The pinch strength improved by 30%, the length of the thumb column was maintained, and better correction of the subluxation was obtained in this group. There were six cases of De Quervain's tenosynovitis and one case of loosening due to trauma. In the short-term, the MAIA[®] trapeziometacarpal prosthesis gives better outcome than trapeziectomy with interposition. This has to be confirmed in the long-term and after revision surgery that will be likely to occur.

Clinical relevance. – Therapeutic 3.

© 2013 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords: Osteoarthritis; Thumb arthroplasty; Trapeziectomy; Basal thumb arthritis; Prosthesis

1. Introduction

La rhizarthrose constitue le quotidien de tout chirurgien de la main, car il s'agit de la seconde localisation arthrosique à la main. Un tiers des femmes de plus de 55 ans en sont radiologiquement atteintes et toutes ne sont pourtant pas douloureuses [1]. Le traitement est initialement médical avec une amélioration dans nombre de cas [2]. Néanmoins, lorsque celui-ci ne suffit plus, il faut envisager une solution chirurgicale.

Le traitement le plus classique est la trapézectomie, décrite par Gervis en 1949 [3]. L'intervention est efficace sur la douleur, mais avec un délai de récupération fonctionnelle long [4,5] et certains rapporteraient une perte de force [6–8]. Cette résection arthroplastique a donc bénéficié de divers raffinements successifs pour tenter de contrer ces désavantages : on y retrouve notamment l'interposition biologique (tendineuse ou cartilagineuse) ou d'implants espaceurs (silicone, pyrocarbone, etc.), les ligamentoplasties et suspensioplasties. Les rares études comparatives ne montrent pas de différence majeure entre la trapézectomie simple et les autres modalités de traitement plus complexes [5,9–11].

Les désavantages de la trapézectomie sont également à la base de l'émergence d'un concept de prothèse totale dans les années 1970 : De la Caffinière [12,13] proposa un premier implant cimenté de type rotule, puis d'autres suivirent avec des implants de plus en plus aboutis.

Cette série compare un modèle de prothèse trapézo-métacarpienne (PTM) et la trapézectomie-interposition (Tpz) réalisée avec un espaceur, dans leurs suites immédiates et à court terme (six mois), et reflète le début de notre expérience prothétique trapézo-métacarpienne.

2. Patients et méthodes

2.1. Patients

Nous avons inclus dans cette série prospective, toutes les patientes opérées de rhizarthrose dans notre service entre avril 2009 et février 2010, correspondant aux critères d'inclusion et d'exclusion exposés dans le **Tableau 1**. Les patientes étaient informées de l'étude et choisissaient elles-mêmes le type de traitement : trapézectomie-interposition (TPZ) ou prothèse trapézo-métacarpienne (PTM), à l'issue d'une information détaillée sur les avantages et les inconvénients de chaque

modalité, dont les grandes lignes sont exposées dans le **Tableau 2**. Nous n'avons pas souhaité procéder à une randomisation, car les patientes du groupe prothèse sont inévitablement exposées à plus ou moins long terme à une reprise chirurgicale, dont nous estimions que les patientes devaient être informées.

2.2. Technique chirurgicale

Les deux interventions se déroulaient sous anesthésie locorégionale et garrot pneumatique. L'intervention était pratiquée par l'un des dix opérateurs du service. La trapézectomie-interposition utilisait une voie dorsale ou celle de Gedda-Möberg selon le choix de l'opérateur. L'ouverture articulaire ménageait un lambeau capsulaire métacarpien quadrangulaire. Le trapèze était extrait par morcellement, puis la loge de trapézectomie était comblée par la mise en place d'un implant synthétique d'acide polylactique PLA[®] (AREX[®], Palaiseau, France), stabilisé autour du Flexor carpi radialis (FCR) [14]. La capsule articulaire était refermée en tension pour restaurer l'abduction-répropulsion spontanée de la première colonne. Une immobilisation par attelle était ensuite proposée pour un mois, date à laquelle la kinésithérapie était initiée.

Nous avons retenu pour cette étude la prothèse MAIA[®] (GROUPE LEPINE[®], Genay, France) : c'est une prothèse contrainte de type rotule, modulaire, non cimentée. Le couple de frottement est métal-polyéthylène. Deux types de cols sont proposés, droits ou décalés de 30° pour reproduire le décalage anatomique entre les axes trapézien et métacarpien. La mise en place de la prothèse se faisait systématiquement par voie

Tableau 1
Récapitulatif des critères de sélection des patients.

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
Femme	Homme
> 45 ans	< 45 ans
Travail sédentaire	Travail manuel lourd
Arthrose TM	Arthrose péritrapézienne majeure
Trapèze compatible avec l'implantation d'une PTM	Arthrose post-traumatique ou arthrite rhumatismale
	Déformation fixée de la 1 ^{re} colonne (Adductus majeur)
	Chirurgie antérieure du pouce, ou chirurgie lourde de la main (arthrodèses)
	Reprises chirurgicales

PTM : prothèse trapézo-métacarpienne ; TM : trapézo-métacarpienne.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4048850>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4048850>

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