

Article original

## Résection arthroscopique du pôle distal du scaphoïde dans l'arthrose scapho-trapézo-trapézoïdienne

*The arthroscopic distal pole resection of the scaphoid: Clinical results in STT osteoarthritis*

J. Normand, P. Desmoineaux\*, P. Boisrenoult, P. Beaufils

*Service d'orthopédie et de traumatologie, centre hospitalier de Versailles, 177, rue de Versailles, 78157 Le Chesnay cedex, France*

Reçu le 27 janvier 2011 ; reçu sous la forme révisée le 22 septembre 2011 ; accepté le 26 novembre 2011

---

### Résumé

Nous présentons les résultats du traitement chirurgical de huit patients opérés dans le service d'une arthrose scapho-trapézo-trapézoïdienne (STT) par résection du pôle distal du scaphoïde sous arthroscopie. Des études ont déjà montré les bons résultats de cette technique à ciel ouvert. Nous proposons donc de faire évoluer ce geste en la réalisant sous arthroscopie, ce qui présente un caractère moins invasif et limite les dissections. Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur huit patients d'âge moyen 70 ans. Ils présentaient une arthrose STT isolée non soulagée par le traitement médical. Ils avaient été opérés entre 2004 et 2007 par le même opérateur et avaient été revus avec un recul moyen de 31 mois par un examinateur indépendant. L'évaluation avait porté sur la douleur, les amplitudes articulaires et la force de poigne. Un bilan radiologique avait permis de rechercher une bascule de la première rangée. La douleur avait diminué dans sept cas sur huit. La force avait été augmentée ou stabilisée de manière non significative dans sept cas et les amplitudes articulaires dans six. Par ailleurs, aucun malade n'avait été repris, ni aucune complication relevée. L'apparition d'une « Dorsal Intercalated Segment Instability (DISI) » au plus long recul n'était pas corrélée à un mauvais résultat. Les bons résultats obtenus nous encourageant à proposer en première intention cette chirurgie ambulatoire mini-invasive chez des patients présentant une arthrose STT isolée. La supériorité d'une interposition n'ayant pas encore été prouvée, nous ne la jugeons actuellement pas nécessaire.

© 2012 Publié par Elsevier Masson SAS.

*Mots clés* : Arthrose ; Carpe ; Arthroscopie ; Poignet ; Scapho-trapézo-trapézoïdienne ; Arthrose STT

### Abstract

We present the results of surgical treatment of eight patients operated in the service of osteoarthritis *scapho-trapézo-trapézoïdienne* (STT) by resection of the distal pole of the scaphoid under arthroscopic. Studies have already shown the good results of this technique in open surgery. This is a retrospective study of eight patients of mean age 70 years. They had an isolated STT osteoarthritis, which is not relieved by medical treatment. They were operated between 2004 and 2007 by the same surgeon and were reviewed at a mean of 13 months by an independent examiner. The evaluation was focused on pain, range of motion and grip strength. A radiological assessment was conducted to examine a possible carpal malalignment. Two patients were excluded because they had received a trapeziectomy for rhizarthrosis associated. The pain had decreased in seven cases with complete disappearance in six cases. The force had been increased or stabilized in seven cases and the mobility is the same in six cases. We got six very good results, one good result and one bad result without aggravation. Furthermore, no patient had been taken, nor any complications noted. The good results obtained with this minimally invasive outpatient surgery, encourages us to offer first-line therapy in patients with isolated STT osteoarthritis is not relieved by medical treatment. The resection of the distal pole of the scaphoid under arthroscopy gives less burdensome and less complication that the arthrodesis, while providing very good results.

© 2012 Published by Elsevier Masson SAS.

*Keywords*: STT arthritis; Distal scaphoid resection; Arthroscopic; Wrist

---

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [pdesmoineaux@ch-versailles.fr](mailto:pdesmoineaux@ch-versailles.fr) (P. Desmoineaux).

## 1. Introduction

L'arthrose scapho-trapézo-trapézoïdienne (STT) fut décrite par Carstam et al. [1] en 1968. Sa prévalence est évaluée entre 6 % et 20 % [2–5] dans des études radiologiques et des travaux de dissection.

Brown et al. [6,7] ont pu montrer que cette arthrose était rarement isolée, mais le plus souvent associée à une arthrose trapézo-métacarpienne, ce qu'il est nécessaire d'identifier pour sa prise en charge.

Nous ne parlerons ici que de sa forme isolée. Trois options chirurgicales peuvent être proposées : l'arthrodèse [8,9], la résection arthroplastique du pôle distal du scaphoïde avec interposition et la résection sans interposition [10–13]. Cette dernière a actuellement notre préférence. Nous la réalisons sous arthroscopie en chirurgie ambulatoire. Le but de ce travail est de décrire la technique arthroscopique de résection arthroplastique du pôle distal du scaphoïde et de présenter nos résultats cliniques et radiographiques d'une série de huit cas.

## 2. Patients et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective de huit patients opérés entre octobre 2004 et octobre 2007 par le même opérateur.

Tous les patients avaient bénéficié d'un traitement médical, comportant notamment une infiltration sous arthrographie de l'articulation médiocarpienne. Cette dernière s'était avérée efficace dans tous les cas mais de manière temporaire.

La série incluait huit femmes dont l'âge moyen était de 70 ans (extrêmes 56 à 80). On retrouvait six côtés droits et deux côtés gauches, dans sept cas il s'agissait du côté dominant.

Tous les patients étaient retraités. Nous n'avions pas retrouvé d'antécédent traumatique.

Sur le plan clinique, tous les patients présentaient une impotence fonctionnelle du poignet avec des douleurs mécaniques évaluées, sur une échelle visuelle analogique (EVA), en moyenne à 7/10 à l'effort. On pouvait noter des réveils nocturnes occasionnels dans six cas. Tous les patients présentaient une douleur en extension-inclinaison radiale. Les mobilités étaient en moyenne : de 56° pour la flexion, de 58° pour l'extension, de 14° pour l'inclinaison radiale, de 31° pour l'inclinaison cubitale et de 156° pour la pronosupination. La force de poigne moyenne préopératoire en différentiel avec le côté controlatéral était de 77,9 %. Un patient présentait un kyste avec tendinite du *flexor carpi radialis* et deux patients avaient été opérés d'un syndrome du canal carpien homolatéral.

Le bilan radiologique montrait le pincement de l'interligne STT. Il était évalué suivant la classification de Crosby [14] (Tableau 1) ; ainsi on retrouvait deux stade 1, quatre stade 2 et deux stade 3. Il n'avait pas été noté de chondrocalcinose.

L'angle scapholunaire moyen préopératoire était mesuré à 35° (26° à 52°) et l'angle radio-lunaire moyen était mesuré à 27° (23° à 34°).

Les patients ont été revus par un examinateur indépendant avec un recul moyen de 31,5 mois (12 à 46).

L'évaluation subjective comportait l'étude de la douleur par une cotation selon une échelle analogique de 0 à 10 et selon une

Tableau 1  
Classification de Crosby.

Crosby	
Stade 0	Pas de lésions apparentes
Stade 1	Pincement de plus de la moitié de l'interligne articulaire
Stade 2	Pincement complet de l'interligne articulaire
Stade 3	Pincement complet avec érosions et interligne irrégulière

classification en quatre stades dérivés de celle d'Alnot (stade 0 : aucune douleur, stade 1 : douleurs lors d'activités particulières, stade 2 : douleurs lors des activités habituelles, stade 3 : douleurs épisodiques spontanées, stade 4 : douleur permanente).

Sur le plan fonctionnel, nous avons réalisé un « quick-Dash » [15] et le « PRWE » dans sa version française évaluée sur 100 [16,17]. Une évaluation subjective du patient était réalisée en lui demandant son degré de satisfaction (très content, content, moyennement content, déçu) et s'il referait l'intervention. Nous avons par ailleurs demandé au patient d'estimer le délai d'installation des résultats.

L'évaluation objective comportait : l'étude des mobilités en flexion, extension, inclinaison radiale et ulnaire et en pronosupination. La mesure de la force en prise globale (en kg/cm<sup>2</sup>) avec un calcul de la moyenne de deux mesures.

Technique chirurgicale : le patient est installé en décubitus dorsal, avec une table à bras. Un garrot pneumatique avec un contre-appui au-dessus est mis en place. Une traction au zénith à 4 kg par le pouce et l'index est réalisée à l'aide de doigtiers japonais. Une voie médiocarpienne radiale et une voie STT sont réalisées, après repérage à l'aiguille et distension au sérum physiologique (Fig. 1).

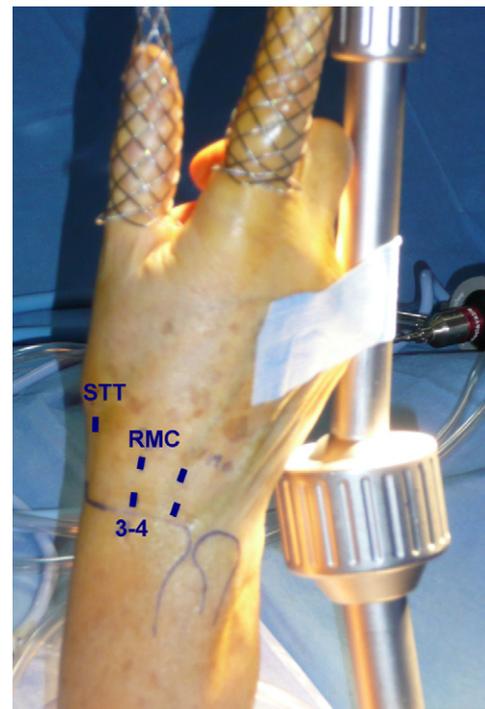


Fig. 1. Voies d'abord arthroscopique poignet.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4049086>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4049086>

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