

Article original

Évaluation clinique et radiologique d'un implant d'interposition en acide polylactique après trapézectomie

Clinical and radiologic evaluation of a polylactic acid interposition arthroplasty after trapezectomy

V. Guinet ^{a,*}, J.-P. Mure ^b, E. Vimont ^b

^a Service de chirurgie orthopédique et traumatologique, CHU de Rouen, 1, rue de Germont, 76000 Rouen, France

^b Service de chirurgie de la main et du membre supérieur, clinique de l'Atlantique, 26, rue du Moulin-des-Justices, 17138 Puilboreau, France

Reçu le 21 décembre 2012 ; reçu sous la forme révisée le 9 mars 2013 ; accepté le 13 mars 2013

Disponible sur Internet le 17 avril 2013

Résumé

Le traitement chirurgical de l'arthrose trapézométacarpienne demeure non consensuel. Depuis l'introduction des implants d'interposition, le choix des matériaux offert au chirurgien s'enrichit constamment. Cette étude prospective rapporte les résultats radiocliniques, avec un recul moyen de 31 mois, d'une série continue de 45 trapézectomies avec mise en place d'un implant d'interposition en acide polylactique (PLA). Trente-sept cas de rhizarthrose, classées selon Dell (cinq stades II, 30 stades III et deux stades IV), ayant bénéficié de cette technique après échec du traitement médical, ont été analysés. L'âge moyen était de 66 ans et le côté dominant atteint dans 60 %. L'indolence était obtenue en moyenne à cinq mois postopératoires, avec 81 % de bons résultats (stades 0 et 1 d'Alnot et Muller). L'opposition était de 9,1/10, l'abduction de 40°, et la force pollicidigitale (*key pinch*) de 4,4 kg, en moyenne. Six algodystrophies étaient rapportées, mais aucune infection et aucune réaction inflammatoire locale n'étaient déplorées. La perte de hauteur trapézien était constante et, au dernier recul, l'index trapézien était mesuré à 76 % par rapport à l'état initial. Soixante-quinze pour cent des patients actifs avaient repris leur activité professionnelle, pour un taux de satisfaction de 89 %. Les résultats radiocliniques observés dans notre série sont très bons. L'implant d'interposition en PLA permet de s'affranchir des complications inhérentes au prélèvement tendineux, et des inconvénients d'autres matériaux utilisés dans la même indication, ce qui lui confère une innocuité excellente. © 2013 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Rhizarthrose ; Trapézectomie ; Interposition ; Acide polylactique

Abstract

Surgical management of trapeziometacarpal osteoarthritis does not obey to strict rules. The use of interposition implants made of different materials leads to enrichment of surgeon's resources. This prospective study reports the radiological and clinical results of 45 patients treated by total trapeziectomy with polylactic acid interposition implant, with an average follow-up of 31 months. Thirty-seven surgical treatments were carried out after ineffective medical treatment. According to Dell classification, there were five stages II, 30 stages III and two stages IV. Mean age was 66 years. Dominant side was involved in 60%. Thumbs were pain free at 5 months in average and 81% of the patients reported good results (Alnot stages 0 and 1). The average opposition was 9.1/10, the average M1M2 angle was 40°, and the average key pinch strength was 4.4 kg. Six patients suffered from sympathetic dystrophy but neither infection nor local inflammatory reaction was observed. Collapse of the trapezium space was constant and the trapezium space ratio was 76% at the follow-up. Seventy-five per cent of patients returned back to their occupation. The satisfaction rate was 89%. The radioclinical results were very good in our series. The interposition of polylactic acid implant permits to avoid the presumed complications of tendon harvesting, and those of other types of material used in the same indication. Its safety seems excellent. © 2013 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords: Trapeziometacarpal arthritis; Trapeziectomy; Interposition; Polylactic acid

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : guinetvirginie@aol.com (V. Guinet).

1. Introduction

La rhizarthrose du pouce, ou arthrose trapézométacarpienne, a initialement été décrite par Forestier en 1937 [1]. C'est la plus fréquente des affections dégénératives de la main. Le plus souvent idiopathique et bilatérale, elle touche préférentiellement la femme autour de 50 ans [2]. Son évolution est stéréotypée : les symptômes sont initialement dominés par les douleurs de la base du pouce, qui laissent progressivement place aux déformations.

Pour répondre aux besoins des patients résistant à un traitement médical bien conduit, les techniques chirurgicales sont variées, allant des arthroplasties trapézométacarpiennes aux trapézectomies partielles ou totales, lorsqu'une arthrose scapho-trapézo-trapézoïdienne est présente, associée ou non à une stabilisation de la base du pouce par ligamentoplastie de suspension, d'interposition, ou implant trapézien prothétique. Outre la sédation des douleurs et la récupération des amplitudes de la colonne du pouce, ces derniers ont l'avantage, de limiter le collapsus de la loge trapézienne [3–5]. Leur choix s'est élargi avec l'émergence de nouveaux matériaux, tels que le pyrocarbone [6] ou l'acide polylactique (PLA), utilisé dans notre service.

Dans notre étude prospective, nous rapportons les résultats radiocliniques d'une série continue de 37 trapézectomies avec mise en place d'un implant PLA, avec pour but principal d'évaluer la tolérance de ce matériel.

2. Patients et méthodes

2.1. Patients

Cette étude prospective portait sur une série initiale de 45 patients opérés d'une arthrose pérित्रapézienne par trapézectomie totale et mise en place d'un implant en PLA sur une période de trois ans et demi, par deux opérateurs seniors d'un service de chirurgie de la main. Il s'agissait de 27 femmes et dix hommes, d'âge moyen 66 ans (53–91). Le côté dominant était atteint dans 60 % des cas. Vingt-six patients étaient retraités ou inactifs, deux étaient travailleurs « intellectuels », six travailleurs manuels légers, et trois travailleurs manuels lourds.

Les arthroses trapézométacarpiennes étaient réparties, selon les critères radiologiques de la classification de Dell [7], en cinq stades II, 30 stades III et deux stades IV (Tableau 1). La classification de Crosby [8] (Tableau 2) a été utilisée pour classer les arthroses scapho-trapézo-trapézoïdiennes : 25 stades 0, neuf stades I et trois stades II.

Tableau 2

Classification de Crosby : atteinte de l'articulation scapho-trapézo-trapézoïdienne [8].

Stade 0	Pas d'anomalie
Stade I	Pincement articulaire
Stade II	Disparition de l'interligne
Stade III	Érosion, sclérose, irrégularité de l'interligne Désaxation adaptative du carpe

Avant l'intervention, tous les patients avaient reçu un traitement antalgique (paliers 1 et 2) et 29 % avaient bénéficié d'infiltrations de corticoïdes.

2.2. Technique opératoire

La technique consistait à pratiquer une trapézectomie avec implantation de l'anchois de PLA. Tous les patients ont été opérés sous anesthésie locorégionale, garrot pneumatique brachial, avec cathéter périmerveux pour 48 heures et antibioprophylaxie, selon le protocole du service.

Par une voie d'abord de Gedda-Moberg [9], la branche superficielle du nerf radial était réclinée et l'artère radiale était mise sur lacs. Les tendons court extenseur et long abducteur du pouce étaient repérés, avant de libérer ou de réaliser une plastie d'agrandissement de la poulie stylo-radiale (1^{er} compartiment). La capsule articulaire était ensuite ouverte et une trapézectomie par fragmentation était réalisée en protégeant le tendon du fléchisseur radial du carpe (FCR). L'implant résorbable en PLA était mis en place et stabilisé en passant une bandelette sous le FCR (Fig. 1). L'intervention était terminée par la fermeture du plan capsuloligamentaire par une bourse au PDS[®] 0, permettant la stabilisation de la base du premier métacarpien en légère tension.

Les patients étaient immobilisés dans une attelle commissurale antébrachio-palmaire, maintenue pendant quatre semaines. Une autorééducation de la pince pollici-digitale et de la récupération de la flexion de l'interphalangienne (IP) était alors entreprise par des exercices pluriquotidiens.

Dans le même temps opératoire ont été réalisés : une neurolyse du nerf médian (ipsilatéral), une arthrorise métacarpophalangienne, une arthrodèse interphalangienne, et cinq brochages complémentaires M1-M2.

2.3. Évaluation radioclinique

Les données ont été recueillies par un observateur indépendant, au cours d'un examen systématisé, à trois semaines,

Tableau 1

Classification de Dell : atteinte de l'articulation trapézométacarpienne [7].

Stade I	Pincement articulaire sans subluxation ni ostéophyte
Stade II	Ostéophytes et subluxation du métacarpien inférieure au tiers de la surface articulaire de M1
Stade III	Ostéophyte avec pincement majeur de l'interligne. Subluxation supérieure au tiers de la surface métacarpienne
Stade IV	Disparition de l'interligne articulaire

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4049226>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4049226>

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