

Article original

Trapézectomie totale avec tendinoplastie de suspension et d'interposition dans le traitement de la rhizarthrose : résultats à 6,5 ans de recul moyen

Total trapeziectomy with suspension and interposition tendinoplasty for trapeziometacarpal osteoarthritis: Results at 6.5 years average follow-up

S. Ferrière, P. Mansat^{*}, M. Rongières, M. Mansat, P. Bonneville

Service d'orthopédie-traumatologie, urgences-main, CHU de Toulouse-Purpan, place du Dr-Baylac, 31059 Toulouse, France

Reçu le 9 février 2009 ; reçu sous la forme révisée 1 novembre 2009 ; accepté le 17 novembre 2009

Résumé

Objectifs. – La trapézectomie totale représente le traitement chirurgical de la rhizarthrose le plus fréquemment utilisé. Peu de séries rapportent les résultats à long terme de ces techniques chirurgicales. Nous avons évalué nos résultats de trapézectomie totale avec tendinoplastie de suspension et d'interposition utilisant le long abducteur du pouce (*abductor pollicis longus*) avec un recul minimum de cinq ans.

Méthodes. – Il s'agit d'une étude rétrospective incluant 18 patients (22 pouces) de 62,7 ans d'âge moyen. Selon Dell, il s'agissait d'un stade II dans deux cas, d'un stade III dans cinq cas et d'un stade IV dans 15 cas. Il existait une atteinte dégénérative concomitante de l'articulation scaphotrapézienne dans 19 cas.

Résultats. – Au recul moyen de 78 mois, l'indolence était obtenue dans 73 % des cas ; l'opposition moyenne selon Kapandji était de 9,4 sur 10, la force de poigne à 18,5 kg/f, la force de la pince pouce-index à 4,4 kg/f et le quick DASH à 20 sur 100. Quatre-vingt-onze pour cent des patients étaient satisfaits ou très satisfaits des résultats de l'intervention chirurgicale. L'espace scaphométacarpien était en moyenne à 3,2 mm avec une diminution de 27 % entre la période postopératoire immédiate et le dernier recul. Les complications étaient limitées à deux cas d'algodystrophie.

Discussion et conclusion. – La trapézectomie totale avec tendinoplastie de suspension et d'interposition est une intervention fiable qui donne des résultats fonctionnels satisfaisants et stables dans le temps avec un taux de satisfaction élevé et un taux de complications faible.

© 2009 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Pouce ; Arthrose ; Rhizarthrose ; Trapézectomie

Abstract

Objectives. – Total trapeziectomy remains the main surgical treatment of trapeziometacarpal osteoarthritis. Little has been reported on the long-term results of this technique. We report in this study our experience with our technique of trapeziectomy associated with interposition and suspension tendinoplasty using the *abductor pollicis longus* tendon with 78 months average follow-up.

Methods. – Eighteen patients (22 thumbs) of 62.7 years average age underwent this procedure. According to Dell classification, there were two stage II, five stage III and 15 stage IV. Signs of osteoarthritis of the scaphotrapezoidal joint were associated in 19 cases.

Results. – At 78 months average follow-up, 73 % of the patients were painfree. Average opposition was 9.4 out of 10 according to Kapandji, the grip strength was equal to 18.5 kg and the key pinch to 4.4 kg. The quick DASH was equal to 20 over 100. Ninety-one percent of the patients were satisfied or very satisfied with the results. Space between scaphoid and thumb metacarpal was 3.2 mm and was down by 27 %. There were only two complications related to a reflex sympathetic dystrophy.

Discussion and conclusion. – Trapeziectomy associated with interposition and suspension tendinoplasty gives satisfactory functional results which are maintained with follow-up with high satisfaction rate and low complication rate.

© 2009 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords: Thumb; Trapezometacarpal osteoarthritis; Trapeziectomy

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : mansat.p@chu-toulouse.fr (P. Mansat).

1. Introduction

La rhizarthrose est une pathologie fréquente décrite initialement par Forestier en 1937 [1]. Son traitement est d'abord conservateur, le traitement chirurgical étant proposé en cas de persistance de douleurs et de la perte de la fonction du pouce malgré un traitement médical bien conduit [2]. Il existe cinq types de traitement chirurgicaux : les ligamentoplasties qui sont proposées pour les stades préarthrosiques avec instabilité trapézométacarpienne, les arthrodèses trapézométacarpiennes, les implants d'interposition, les trapézectomies et les prothèses trapézométacarpiennes [3]. Le choix entre trapézectomie et prothèse reste un sujet de controverse. Les trapézectomies donnent de bons résultats sur l'indolence mais sont accusées de ne pas restituer une force satisfaisante [4]. Les prothèses trapézométacarpiennes semblent restituer une force plus importante mais sont grevées de nombreuses complications en particulier à long terme.

Nous avons revu, à partir d'une série rétrospective monocentrique de 18 patients (22 pouces), les résultats à long terme du traitement des rhizarthroses par trapézectomie totale associée à une tendinoplastie utilisant le long abducteur du pouce (*abductor pollicis longus*).

2. Patients et méthode

Il s'agit d'une étude rétrospective monocentrique continue évaluant les résultats des patients avant et après trapézectomie. Entre janvier 2000 et décembre 2002, 41 patients ont été opérés d'une rhizarthrose par une trapézectomie totale avec tendinoplastie de suspension et 18 (soit 22 cas) ont pu être réévalués. Il s'agissait de 16 femmes et deux hommes. L'âge moyen des patients était de 63 ans au moment de la chirurgie (extrêmes: 53–73 ans) et de 69 ans au dernier recul (60–82 ans). Le pouce dominant était concerné dans 13 cas sur 22 (59 %). Dix patients (45 %) ont été opérés du côté controlatéral d'une rhizarthrose par implant dans un cas, par trapézectomie partielle dans un cas et par trapézectomie totale dans huit cas, dont quatre sont incluses dans cette série. Sept patients effectuaient un travail sédentaire, six un travail manuel sans activité de force et cinq avec des activités de force. Quatre patients présentaient une atteinte secondaire à une chondrocalcinoïse. Il existait un syndrome du canal carpien homolatéral associé dans un cas. L'indication de trapézectomie totale était retenue après échec d'un traitement médical classique associant antalgiques, anti-inflammatoires et immobilisation par orthèse commissurale pendant plus d'un an. La plainte était essentiellement la douleur, ainsi que la perte de la fonction du pouce. L'atteinte de l'articulation trapézométacarpienne était évaluée selon la classification de Dell [5] en quatre stades. Il existait deux cas de stade II, cinq cas de stade III et 15 cas de stade IV. Une arthrose scaphotrapézienne était retrouvée dans 19 cas (stade IV de la classification de Comtet et al. [3]). Dans huit cas, l'articulation métacarpophalangienne était en hyperextension réductible et souple.

2.1. Technique chirurgicale

L'intervention est effectuée en général sous anesthésie locorégionale avec un garrot pneumatique au niveau du bras. Une voie d'abord antérolatérale type Gedda-Möberg est effectuée plus latéralement que la voie classique – pour ne pas léser la branche cutanée palmaire du nerf médian – et prolongée vers la base de l'apophyse styloïde du radius, remontant sur le premier compartiment des extenseurs. La branche sensitive du nerf radial est repérée sans la disséquer afin de ne pas la léser. Les muscles thénariens sont désinsérés du plan ostéoligamentaire et capsulaire. L'arthrotomie est réalisée par une capsulotomie en H. Le trapèze est ensuite réséqué après fragmentation en prenant soin de ne pas léser le tendon du fléchisseur radial du carpe (*flexor carpi radialis*) qui passe au contact de la face profonde du trapèze. Les ostéophytes sont excisés, en prenant soin d'effectuer une exérèse complète de l'ostéophyte médial à la base du premier métacarpien. Après avoir repéré le tendon du fléchisseur radial du carpe au fond de la cavité, une bandelette tendineuse est prélevée sur la partie la plus antérieure du tendon du long abducteur du pouce (*abductor pollicis longus*) en préservant son insertion sur le premier métacarpien. Cette bandelette est utilisée pour effectuer la tendinoplastie de suspension et d'interposition. Elle cravate de dorsal en ventral et de latéral en médial le tendon du fléchisseur radial du carpe auquel elle est suturée en position d'ouverture commissurale et de recentrage du métacarpien. Elle est ensuite passée au travers de la capsule articulaire postérolatérale au ras de la base du premier métacarpien où elle est fixée au long abducteur du pouce toujours en position de recentrage de la première colonne (Fig. 1). Ainsi, cette tendinoplastie a un triple rôle : stabilisation, suspension et interposition. Aucun geste n'a été effectué sur l'articulation métacarpophalangienne, car en cas d'hyperextension, celle-ci était toujours souple.

En postopératoire, les patients gardent un pansement commissural pendant 15 jours. Puis une orthèse radiocommissurale est prescrite pour 30 jours et est relayée par une attelle commissurale simple pour une durée de 45 jours pendant laquelle le patient est encouragé à mobiliser de temps en temps son pouce sans attelle. Les doigts longs sont mobilisés d'emblée. Une rééducation est débutée trois mois après l'intervention avec traction douce, récupération des mobilités et de l'opposition. Le travail en force n'est débuté qu'au-delà de six mois.

2.2. Évaluation des résultats

Les patients ont été revus au recul par un seul examinateur indépendant (SF). L'évaluation a été clinique et radiographique. La douleur a été évaluée selon la classification d'Alnot et Muller [6] (Tableau 1). Des troubles sensitifs sur le territoire du nerf radial ont été recherchés, l'aspect et la stabilité de l'articulation métacarpophalangienne ont été évalués, l'opposition du pouce a été mesurée selon la cotation de Kapandji [7] ainsi que la hauteur de rétropulsion du pouce en millimètres et l'ouverture de la première commissure en degrés. Les mesures des forces de pince pouce-index (*pinch*) et de poigne ont été

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4049619>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4049619>

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