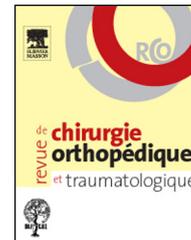




Disponible en ligne sur  
**SciVerse ScienceDirect**  
[www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)

Elsevier Masson France  
**EM|consulte**  
[www.em-consulte.com](http://www.em-consulte.com)



## FAIT CLINIQUE

# Prothèse massive de poignet pour tumeur à cellules géantes du radius distal : à propos d'un cas à trois ans de recul<sup>☆</sup>

*Massive wrist prosthesis for giant cell tumour of the distal radius: A case report with a 3-year follow-up*

A. Hariri, S. Facca, A. Di Marco, P. Liverneaux\*

Service de chirurgie de la main, centre de chirurgie orthopédique et de la main, hôpitaux universitaires de Strasbourg, 10, avenue Achille-Baumann, 67403 Illkirch cedex, France

Acceptation définitive le : 30 avril 2013

### MOTS CLÉS

Prothèse massive ;  
Tumeur à cellules géantes ;  
Radius distal ;  
Tumeur osseuse

**Résumé** Nous rapportons le cas d'une patiente de 72 ans dont la reconstruction du radius distal après résection d'une tumeur à cellules géantes a été confiée à une prothèse massive. À trois ans de recul, la douleur était cotée à 2 sur 10. Les mobilités étaient de 20° en flexion, 70° en extension, 70° en pronation, 60° en supination, 20° en inclinaison radiale et 20° en inclinaison ulnaire. Le score du quick-DASH était de 52,27/100 et le score de Enneking de 83 %. La radiographie montrait une prothèse bien axée sans signe de descellement, avec une subluxation dorsale de la tête de l'ulna. À la lecture du résultat de ce cas clinique et des données de la littérature, la reconstruction du radius distal après résection « en bloc » d'une tumeur à cellules géantes par prothèse massive est une solution possible, à condition que la prothèse soit biocompatible, bipolaire et non contrainte.

© 2013 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

## Introduction

Le radius distal représente 10% des localisations des tumeurs à cellules géantes (TCG) [1,2]. Le traitement classique est le curetage-comblement de première intention. Son inconvénient majeur est d'entraîner entre 25 et 80% de récurrences, notamment en cas d'effraction de la corticale dorsale du radius et d'extension au carpe [1,2]. D'autres auteurs défendent la résection « en bloc » de première intention. Son avantage est un taux de récurrence moins important [2,3].

DOI de l'article original :

<http://dx.doi.org/10.1016/j.otsr.2013.04.001>

<sup>☆</sup> Ne pas utiliser, pour citation, la référence française de cet article, mais celle de l'article original paru dans *Orthopaedics & Traumatology: Surgery & Research*, en utilisant le DOI ci-dessus.

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [Philippe.Liverneaux@chru-strasbourg.fr](mailto:Philippe.Liverneaux@chru-strasbourg.fr)  
(P. Liverneaux).

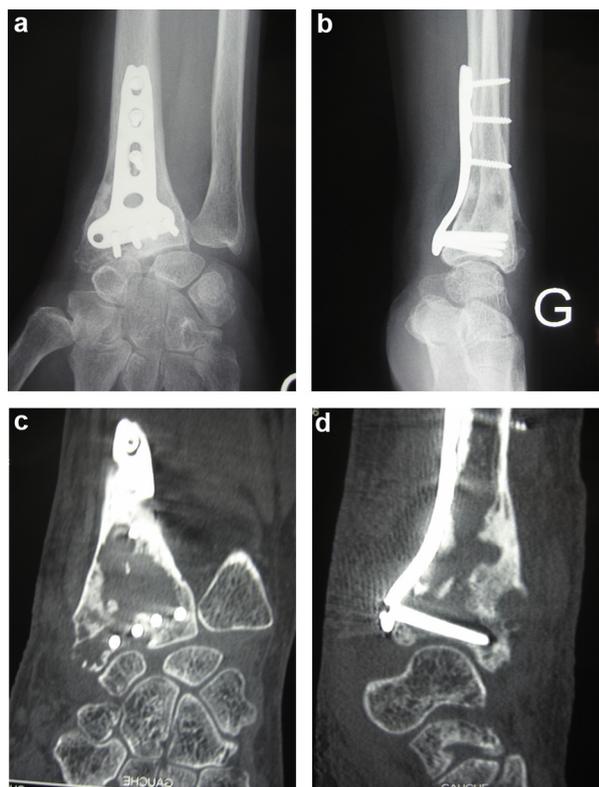
Lorsqu'une résection « en bloc » a été décidée, plusieurs techniques de reconstruction du radius distal ont été proposées : allogreffe [4,5], fibula vascularisée [6,7], arthroplastie non prothétique radiocarpienne [4,5,7] ou médiocarpienne [6], arthrodèses partielles [6] ou totale du poignet, et enfin la translocation ulnaire [8]. Aucune de ces techniques de reconstruction n'est satisfaisante.

Dans le cadre des récurrences de TCG du radius distal, certains auteurs ont proposé une reconstruction par prothèse massive [9–12]. Nous rapportons le cas d'une patiente de 72 ans dont la reconstruction du radius distal après résection d'une TCG a été confiée à une prothèse massive.

## Observation

Il s'agissait d'une patiente de 72 ans prise en charge dans un autre établissement en 2008 pour une tumeur à cellules géantes du radius distal gauche. En première intention, un curetage de la tumeur avait été effectué, suivi d'une ostéosynthèse par plaque antérieure du radius distal en raison d'un risque fracturaire provoqué par l'effraction de la corticale postérieure par la tumeur.

La patiente a présenté huit mois plus tard une récurrence de la tumeur avec une extension au carpe (Fig. 1). Lors de cette récurrence, elle présentait une douleur évaluée à 2 sur 10 sur une échelle visuelle analogique. Les mobilités étaient de 40° en flexion, 60° en extension, 80° en pronation et 90° en supination. Elle présentait une force de la poigne mesurée



**Figure 1** Aspect préopératoire radiologique de face (a) et de profil (b) et scanographique de face (c) et de profil (d). Noter l'envahissement du carpe et l'impaction du scaphoïde dans le radius.

par un dynamomètre placé au cran n° 2 (Jamar®, Arex™, France) à 21 kg à droite et 12 kg à gauche.

Devant cette récurrence, la patiente a été opérée par voie d'abord dorsale du poignet sous anesthésie locorégionale en chirurgie ambulatoire. Le premier temps a consisté en une résection « en bloc » du radius distal de 7 cm et de la première rangée du carpe (Fig. 2). La reconstruction a été confiée à une prothèse bipolaire massive non contrainte. Le composant radial fabriqué sur mesure était constitué de chrome-cobalt avec un manchon de polyéthylène (Argomédec™, Suisse). Sa queue, introduite dans le canal médullaire du radius, a été fixée avec du ciment acrylique (Palacos® gentamicin, Heraeus Kulzer™, Allemagne). Le composant carpien provenait d'une prothèse totale standard (Remotion®, Small Bone Innovation™, États-Unis). Ce composant carpien était lui-même formé d'un « métal-back » dont la fixation primaire était assurée par deux vis de 4 mm et la fixation secondaire par un plot central recouvert d'hydroxyapatite placé dans le capitatum. Une pièce de polyéthylène réalisait l'interface entre les composants radial et carpien (Fig. 3). La tête de l'ulna n'a pas été réséquée car aucun conflit n'a été noté avec la prothèse en peropératoire. Après fermeture plan par plan sans drainage, une orthèse palmaire immobilisant le poignet en rectitude a été mise en place. Au 15<sup>e</sup> jour, l'orthèse et les fils ont été ôtés et l'auto-rééducation a débuté sans mouvement de force.

La patiente a été revue régulièrement. À 33 mois, on ne notait pas de récurrence de la tumeur. La douleur était cotée à 2 sur 10. Les mobilités étaient de 20° en flexion, 70° en extension, 70° en pronation, 60° en supination, 20° en inclinaison radiale et 20° en inclinaison ulnaire. La force de la poigne était de 27 kg à droite et 17 kg à gauche. Le score du quick-DASH [13] était de 52,27/100 et le score de Enneking [14] de 83%. La radiographie montrait une prothèse bien axée sans signe de descellement. On notait une subluxation



**Figure 2** Pièce de résection « en bloc » comportant 7 cm de radius distal et la première rangée du carpe.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4091243>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4091243>

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