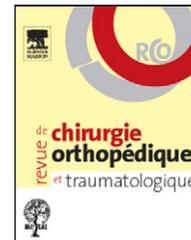




Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
 EM|consulte
www.em-consulte.com



MÉMOIRE ORIGINAL

Résultats de la prothèse trapézométacarpienne Guepar de deuxième génération. Quarante-vingt quatre prothèses au recul moyen de 50 mois[☆]

Second generation Guepar total arthroplasty of the thumb basal joint: 50 months follow-up in 84 cases

S. Lemoine^{a,*}, G. Wavreille^a, J.-Y. Alnot^b,
C. Fontaine^a, C. Chantelot^a, et le groupe Guepar

^a Service d'orthopédie, clinique d'orthopédie, hôpital Roger-Salengro, CHRU de Lille, boulevard Émile-Laine, 59045 Lille cedex, France

^b Hôpital Bichat–Claude-Bernard, 46, rue Henri-Huchard, 75018 Paris, France

Acceptation définitive le : 19 juin 2008

MOTS CLÉS

Rhizarthrose du pouce ;
Prothèse trapézométacarpienne ;
Guepar

Résumé La rhizarthrose du pouce est le siège le plus fréquent d'arthrose au niveau de la main. L'arthroplastie par prothèse est une des options thérapeutiques de la rhizarthrose du pouce. Nous rapportons ici les résultats cliniques et radiographiques de la prothèse Guepar. Prothèse totale, de type rotule, rétentive, dont les deux implants sont cimentés. La tige métacarpienne est anatomique, triangulaire à la coupe, conique, remplissant le canal médullaire, munie d'une collerette qui s'appuie sur la surface de coupe du métacarpien. La cupule trapézienne en polyéthylène est disponible rétentive ou non rétentive. Son diamètre externe est de 9 mm en distal et 8 mm en proximal, sa hauteur est de 6,5 mm. Elle autorise un débattement angulaire de 50°, faible par rapport aux autres prothèses disponibles mais proche de la mobilité physiologique de l'articulation trapézométacarpienne. Cette limitation est liée au caractère rétentif de la cupule, solution au problème de l'instabilité de certaines prothèses trapézométacarpiennes. Nous avons revu 84 prothèses, mises en place pour rhizarthrose invalidante au recul moyen 50 mois (12–115), issues d'une étude rétrospective bicentrique. La série (55 femmes et 13 hommes) comportait une majorité de femmes (82%). L'âge moyen à l'opération était de 61 ans (46–77 ans), la médiane était de 60 ans. Le côté dominant a été opéré dans 52 % des cas.

DOI de l'article original : [10.1016/j.otsr.2008.06.001](https://doi.org/10.1016/j.otsr.2008.06.001).

[☆] 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 : steph_lem@yahoo.fr (S. Lemoine).

Au recul, 92 % des patients étaient satisfaits ou très satisfaits du résultat obtenu. Pour près de 80 % des patients, les douleurs résiduelles étaient absentes ou minimales. Le score de Kapandji moyen après l'opération était de $9,5 \pm 1,2$; 91 % des patients avaient un score supérieur ou égal à 8. Le score préopératoire de Kapandji était de $8,8 \pm 1,5$. La force moyenne était comparable à celle du côté opposé. En effet, les forces moyennes du côté opéré et du côté opposé étaient respectivement de $6 \text{ kgf} \pm 2,7$ contre $5,8 \text{ kgf} \pm 2,3$ pour la pince terminolatérale, de $4 \text{ kgf} \pm 2,1$ contre $4,2 \text{ kgf} \pm 1,7$ pour la pince terminotermale et de $20,8 \text{ kgf} \pm 9,5$ contre $20,4 \pm 9,8 \text{ kgf}$ pour le grasp. Parmi les 84 cas opérés, seuls trois cas d'algodystrophie étaient à déplorer. Aucune complication peropératoire et aucune luxation n'étaient déplorées. Des liserés périprothétiques étaient souvent présents sur les radiographies réalisées à la révision, mais ceux-ci étaient stables dans le temps et asymptomatiques. La conservation de l'os cortical du trapèze (grâce à un fraisage parfaitement centré) apparaît indispensable à la bonne évolution du scellement de la cupule dans le trapèze. La cimentation de la pièce métacarpienne doit être réalisée en pression afin d'éviter toute mobilisation secondaire de la tige métacarpienne. Une seule reprise chirurgicale a été nécessaire dans la série pour un descellement symptomatique de la cupule trapézienne. Actuellement, nous avons fait évoluer cet implant vers une gamme sans ciment, dans l'espoir d'améliorer la fixation bipolaire de cette prothèse.

© 2008 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Introduction

Décrite par Forestier [1] en 1937, la rhizarthrose du pouce est une pathologie fréquemment rencontrée en chirurgie de la main. Son traitement chirurgical peut faire appel à diverses techniques: les trapézectomies avec ou sans interposition et avec ou sans ligamentoplastie, à l'origine d'un raccourcissement de la première colonne susceptible d'entraîner une perte de force du pouce, les arthrodèses trapézométacarpiennes, qui sacrifient une partie de la mobilité de la colonne du pouce et les arthroplasties par prothèses [2].

L'articulation trapézométacarpienne du pouce est de type toroïde inverse ou « par emboîtement réciproque » qui peut être assimilée, mécaniquement, à un cardan. Il existe par ailleurs un mouvement de pronation automatique (rotation axiale) de la première colonne lors des mouvements d'opposition [3]. Une articulation sphéroïde, de type rotule, est donc une approximation, comportant d'avantage de liberté (trois degrés de liberté contre deux avec rotation automatique) que l'articulation trapézométacarpienne native [4].

Le présent travail avait pour but d'évaluer les résultats obtenus par une telle arthroplastie et les bénéfices attendus par rapport aux autres techniques chirurgicales.

Patients et méthodes

Prothèse

La prothèse trapézométacarpienne Guepar de deuxième génération est une prothèse totale de type rotule, à trois degrés de liberté, à centre de rotation trapézien, dont les deux composants sont cimentés [5].

La tige métacarpienne est anatomique, triangulaire à la coupe, conique, remplissant le canal médullaire, munie d'une collerette qui s'appuie sur la surface de coupe du métacarpien. Ce dessin permet le blocage de la tige tant en

rotation qu'en piston dans l'axe du métacarpien. La tige est monobloc, lisse, fabriquée en chrome-cobalt. Quatre tailles sont disponibles, leur longueur varie de 24 à 27 mm, et leur largeur maximale varie de 8 à 11 mm. Les tiges ne sont pas homothétiques. Le col de la prothèse est dans l'axe de la tige. Il existe deux longueurs de col : 4 et 6 mm, le col est affiné, lisse, poli et brillant. Le diamètre de la tête est de 5 mm (Fig. 1).

La cupule trapézienne est en polyéthylène, disponible en forme rétentive ou non rétentive. Son diamètre externe est de 9 mm en distal et 8 mm en proximal, sa hauteur est de 6,5 mm [6]. Elle autorise un débattement angulaire de 50° , ce qui peut paraître faible par rapport aux autres prothèses



Figure 1 La prothèse Guepar de deuxième génération comporte quatre tailles possibles pour le métacarpien avec deux longueurs de col et une seule taille de cupule trapézienne.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4092330>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4092330>

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