

Article original

Résultats de la prothèse trapézo-métacarpienne ARPE™ : à propos de 37 implantations

Results of the ARPE™ trapezometacarpal prosthesis: a retrospective study of 37 cases

P. Jacoulet

Polyclinique des Lices, chemin du Corporal, 81100 Castres, France

Accepté le 16 novembre 2004

Résumé

But. – Le but de cette étude est d'évaluer l'efficacité et la tolérance du traitement de la rhizarthrose primitive du pouce par une prothèse trapézo-métacarpienne contrainte modulaire non scellée ARPE.

Matériel d'étude clinique. – Les patients ayant bénéficié de ce traitement sont porteurs d'une rhizarthrose primitive évoluée aux stades 1 et 2 de COMTET, leur activité manuelle est réduite. Le recueil des données est rétrospectif. Ainsi 37 prothèses ont été posées selon la même technique par le même opérateur chez 29 patients, 28 femmes et un homme, huit patientes ont été opérées des deux côtés (21 droits, 16 gauches). L'âge moyen est de 67 ans. Un patient est décédé et trois patientes ont été perdues de vue. Le recul maximal est de sept ans.

Résultats. – Le taux de satisfaction subjective est très élevé. L'efficacité sur la douleur est constante. La mobilité est améliorée en particulier par l'obtention d'une rétropulsion. L'analyse des radiographies et en particulier de l'index scaphotrapézien met en évidence un allongement de la colonne du pouce après l'intervention qui diminue ensuite ce qui correspond à un glissement longitudinal de la prothèse dans le tissu spongieux. Les complications tardives sont au nombre de quatre et de type mécanique (3 luxations et une absence de scellement) : trois cas ont nécessité l'ablation de la prothèse suivie d'une interposition tendineuse-ligamentoplastie.

Conclusions. – La prothèse non scellée ARPE apporte des résultats satisfaisants dans le traitement de l'arthrose trapézo-métacarpienne primitive isolée chez des patients à activité manuelle réduite et faiblement ostéoporotiques.

© 2005 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

Abstract

We report the outcome of the ARPE trapezometacarpal prosthesis in the treatment of primary osteoarthritis of the thumb. The prosthesis based on a ball and socket system and is uncemented. This study presents the results of 37 consecutive implantations in 29 patients; 28 women, one man, eight bilateral (21 right, 16 left). The mean age at operation was 67 years at a mean of 36 months follow-up (maximum 7 years). Four patients were excluded (1 died, 3 lost to follow up). Preoperative radiological grading according to Comtet was 1 or 2. Patients all had low functional demand. Most of the patients were satisfied and pain free. Mobility was increased, including dorsal extension of the first metacarpal. Radiographic analysis and measurement of the scaphometacarpal index demonstrated a postoperative increased length of the thumb column, with a slight decrease at follow up. This phenomenon is due to sinkage of the prosthesis into the cancellous bone. Mechanical complications occurred in four patients within the first four years. Removal of the prosthesis, trapeziectomy and tendon strip plasty were performed in three cases with good final results. This prosthesis is a good surgical treatment of primary, isolated TM osteoarthritis in patients with minimal osteoporosis and low functional demands.

© 2005 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Rhizarthrose ; Prothèse trapézo-métacarpienne

Keywords: Thumb carpometacarpal joint; Hand osteoarthritis; Metacarpotrapezoidal prosthesis

Adresse e-mail : patrick.jacoulet@free.fr (P. Jacoulet).

1. Introduction

Le but de ce travail est d'évaluer rétrospectivement les résultats d'une série homogène de 37 implantations de la prothèse trapézométacarpienne ARPE conçue en 1994 par J.J. Comtet [2].

2. Matériel et méthodes

2.1. La prothèse

2.1.1. Présentation

La prothèse se présente comme une « mini-prothèse de hanche » avec trois éléments : une tige métacarpienne, une cupule trapéziennne, un bloc tête-col entre les deux. L'articulation est de type rotule. La tige et la cupule sont recouvertes d'hydroxyapatite et la fixation se fait sans ciment. Plusieurs tailles sont disponibles : quatre tiges métacarpiennes, deux cupules trapéziennes, quatre blocs tête-col offrant plusieurs combinaisons possibles. La cupule est en polyéthylène recouverte de métal, non rétentive dans notre série.

2.1.2. Technique opératoire

La planification préopératoire peut se faire à l'aide de calques sur les clichés radiographiques.

Sous anesthésie locorégionale et garrot pneumatique, la voie d'abord est palmaire, type Gedda-Moberg. On réalise une capsulotomie transversale trapézométacarpienne en conservant l'insertion du tendon abductor pollicis longus mais en réséquant la styloïde du premier métacarpien.

La base du métacarpien est recoupée selon un axe légèrement oblique en bas et en dedans. La cavité médullaire est alors alésée avec des râpes de taille croissante.

La tige métacarpienne ne comble pas totalement la cavité médullaire, laissant ainsi un manchon de tissu spongieux facilitant l'ancrage osseux sur le revêtement d'hydroxyapatite. La phase la plus délicate est la recoupe et le creusement du trapèze. Le trait d'ostéotomie doit être parallèle à l'interligne STT et conserver une hauteur suffisante au trapèze dont la hauteur moyenne est de 10,4 mm chez la femme [1]. La hauteur de la cupule est de 4,5 à 5 mm. La cupule doit être centrée sur la surface du trapèze pour être enchâssée de façon régulière dans l'os spongieux. Le choix du bloc tête-col se fait grâce aux prothèses d'essai de façon à obtenir un compromis stabilité–mobilité. Dans les suites opératoires, l'immobilisation du poignet et de la colonne du pouce sur une attelle plâtrée est de trois semaines, puis relayée par une orthèse de première commissure pendant une quinzaine de jours (surtout la nuit ou lors d'efforts importants). La rééducation est alors entreprise mais la récupération fonctionnelle est très rapide (Figs. 1,2)

2.2. Matériel d'étude

L'étude a porté sur une série consécutive de 37 cas chez 29 patients opérés entre 1996 et 2003 ; 28 femmes et un



Fig. 1. Face : position idéale de la prothèse.

homme tous droitiers, 21 cas à droite, 16 cas à gauche, huit cas étaient bilatéraux. L'âge moyen est de 67 ans (55 à 79 ans, déviation standard 6). Vingt-cinq patients ont été revus, trois perdus de vue et un patient décédé. Le recul moyen est de 36 mois avec un maximum de sept ans.

Les indications opératoires sont fondées sur la douleur, l'impotence fonctionnelle résistantes au traitement médical bien conduit chez des patients ayant une activité manuelle réduite. Trois patientes étaient porteuses d'un implant trapézien de Swanson controlatéral.

À l'examen clinique on retrouve les signes classiques : déformation de la base du pouce, diminution des amplitudes articulaires et de la force. Le bilan radiographique selon les incidences de Kapandji [6] a permis de classer les lésions



Fig. 2. Profil : position et ancrage de l'implant corrects.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/9349993>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/9349993>

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