La prothèse trapézo-métacarpienne dans la rhizarthrose

Vous souffrez d'une arthrose affectant la base du pouce, appelée rhizarthrose. Votre chirurgien vous a recommandé l'implantation d'une prothèse trapézo-métacarpienne.

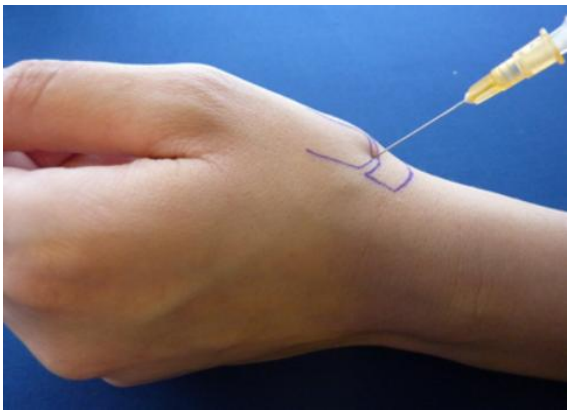
Afin de prendre une décision éclairée, il est essentiel de comprendre les risques et les suites postopératoires possibles.

Pourquoi recourir à une prothèse ?

La rhizarthrose correspond à une usure progressive de l'articulation située à la base du pouce, entre le trapèze et le premier métacarpien. Cette dégradation entraîne des douleurs, une perte de force et, à terme, une déformation du pouce. L'articulation devient de plus en plus rigide, rendant difficile la préhension et la pince entre le pouce et l'index.

Dans les premiers stades, des traitements non chirurgicaux tels que le port d'attelles, les infiltrations de corticoïdes ou d'acide hyaluronique peuvent soulager temporairement la douleur. Cependant, lorsque ces solutions deviennent inefficaces ou que la déformation s'aggrave, l'intervention chirurgicale devient nécessaire.

Un simple examen radiographique permet généralement de confirmer le diagnostic. Dans certains cas, un scanner peut être demandé pour évaluer plus précisément l'état de l'articulation.



Déroulement de l'intervention :

L'opération se fait sous anesthésie locorégionale, ciblant la main et l'avant-bras. Une incision d'environ 3 cm est réalisée à la base du pouce. Le chirurgien retire les tissus arthrosiques et insère une prothèse composée de trois éléments : une cupule dans le trapèze, une tige dans le métacarpien, et une tête intercalaire permettant d'ajuster la tension des ligaments et des tendons environnants.



Complications possibles pendant l'intervention :

Des blessures mineures aux nerfs sensitifs (nerf radial) ou aux artères (artère radiale) peuvent survenir, mais elles sont généralement sans conséquence grave. Une fracture du premier métacarpien ou du trapèze peut également se produire, surtout en cas d'ostéoporose. Dans ce cas, le chirurgien pourrait devoir modifier la technique opératoire prévue.

Suites et résultats attendus

La récupération de la mobilité commence dès la première semaine. Une immobilisation du poignet et du pouce pendant environ quatre semaines est recommandée. Les gestes du quotidien peuvent être repris progressivement, mais il est conseillé d'éviter les activités nécessitant des vibrations pendant deux mois.

L'intervention permet de soulager la douleur et de restaurer la fonction de pince du pouce. La durée de vie moyenne de la prothèse est d'environ 15 ans, mais une usure prématurée peut survenir en cas de sollicitations mécaniques excessives.

Complications à long terme

- Algodystrophie : gonflement douloureux de la main, limitant la mobilité.
- Lésion nerveuse : hypersensibilité de la cicatrice ou perte temporaire de sensibilité au niveau du pouce et de l'index.

- Tendinite secondaire (de type De Quervain).
- Luxation de la prothèse, nécessitant parfois une nouvelle intervention.
- Raideur de la prothèse due à la formation d'ossifications.
- Enfoncement des implants en cas d'ostéoporose.
- Réaction allergique au métal de la prothèse, entraînant des douleurs et une rougeur de la cicatrice.

Préparation et suivi post-opératoire :

Avant l'intervention, il est essentiel de garder la main propre, sans vernis ni bijoux. L'opération est généralement réalisée en ambulatoire ou en hospitalisation de jour. Après l'intervention, une attelle ou un pansement immobilise le poignet et le pouce. Le retour à domicile se fait après la visite du chirurgien et la remise des prescriptions (antidouleurs, arrêt de travail, etc.). Il est recommandé d'être accompagné pour le retour à domicile.

Cette intervention offre une solution durable pour soulager la douleur et restaurer la fonction du pouce, avec des résultats optimaux lorsque les consignes postopératoires sont respectées.