



FICHE D'INFORMATION

LES PROTHESES TRAPEZOMETACARPIENNES DANS LA RHIZARTHROSE

Vous souffrez d'une rhizarthrose. Le chirurgien que vous avez consulté vous a proposé l'implantation d'une prothèse trapèzo-métacarpienne. Afin de prendre la décision de vous faire opérer en toute connaissance, vous devez être informé(e) des risques encourus et des suites normalement prévisibles de l'intervention.

1 – Pourquoi la mise en place d'une prothèse est elle nécessaire ?

- La rhizarthrose est l'arthrose de la racine du pouce qui détruit l'articulation trapèzo-métacarpienne (et parfois aussi l'articulation sus-jacente appelée scapho-trapèzo-trapézoïdienne).
Cette articulation de la base du pouce est l'articulation principale qui permet de diriger le pouce face aux autres doigts pour faire la pince et permettre la fonction de préhension.
- La rhizarthrose est source de douleurs, d'une perte de force, puis d'une déformation (souvent irréversible) de la colonne du pouce. Gênante au début, elle devient ensuite de plus en plus invalidante et évolue systématiquement vers l'aggravation au fil des années avec un pouce qui devient de plus en plus raide et se déforme : l'ouverture de l'espace pouce-index se réduit et la préhension devient difficile.
- Au début de la maladie, il existe d'autres alternatives à la chirurgie pour les formes modérément évoluées : attelles rigides à porter la nuit ou semi-souples à porter le jour, infiltrations de corticoïdes ou d'acide hyaluronique. Elles permettent de calmer temporairement la douleur mais ne permettent que de repousser la chirurgie qui sera un jour ou l'autre nécessaire puisque l'arthrose continue à évoluer.
- En cas d'échec de ces traitements médicaux, ou en cas de déformation importante du pouce, la chirurgie devient nécessaire

- Les examens complémentaires : une simple radiographie est le plus souvent suffisante. Dans certains cas un scanner peut être utile.

2 – Le déroulement de l'intervention

- **L'anesthésie** : une anesthésie locorégionale (c'est à dire de la main et de l'avant-bras) est le plus souvent proposée.
- **Le geste technique** : L'incision de 3 cm environ se situe à la base du pouce. La déformation arthrosique de l'articulation est réséquée puis une prothèse modulaire, constituée de 3 composants est implantée (impactée, vissée ou cimentée). Elle est constituée d'une cupule dans l'os du trapèze, d'une tige dans le premier métacarpien, et d'un composant intercalaire appelé « tête-col » dont la taille variable permet d'ajuster la bonne tension des ligaments et des tendons environnants.
- **Les évènements qui peuvent perturber le bon déroulement de votre intervention** : En cas de situation imprévisible et inattendue comme par exemple la constatation en début d'intervention de boîtes mouillées non stériles, d'implants chirurgicaux incomplètement disponibles, votre chirurgien peut décréter d'arrêter la procédure et de ne pas réaliser l'intervention, même après anesthésie.
Les complications pendant l'intervention : une blessure sur un nerf sensitif (nerf radial) ou une artère (artère radiale) peut survenir sans conséquence grave. Une fracture du 1^{er} métacarpien et surtout du trapèze lors de l'impaction des implants peut se produire sur un os fragilisé par l'ostéoporose. Cette complication, imprévisible, peut obliger le chirurgien, pendant l'intervention, à changer de technique opératoire car il n'est alors pas toujours possible de mettre la prothèse prévue.

3 -- Les suites et résultats à espérer :

- **Les suites habituelles** : après une immobilisation du poignet et du pouce pendant deux à quatre semaines, la main peut être réutilisée pour les gestes habituels.
 Cette intervention est efficace : elle supprime les douleurs et rétablit l'indolence de la pince du pouce. La durée de vie espérée de ces prothèses est environ de 15 ans.
 L'usure de la prothèse et son descellement secondaire sera d'autant plus précoce que la sollicitation mécanique du pouce sera intense.
- **Les complications à distance de l'intervention** :
 Les risques d'algodystrophie (main qui enfle, devient chaude douloureuse avec limitation de mobilité des doigts) et d'infection font partie des risques liés à toute intervention chirurgicale.
 Une atteinte nerveuse avec une cicatrice hypersensible et parfois une perte temporaire de la sensibilité à la face dorsale du pouce et de l'index peut survenir.
 Une tendinite secondaire (type de Quervain) peut se voir.
 Une luxation ou déboîtement de la prothèse peut se produire, surtout dans les premiers mois, nécessitant parfois une nouvelle intervention chirurgicale.
 Une raideur de la prothèse liée à la formation d'ossifications est rare.
 Une correction incomplète de la déformation du pouce est possible si la rhizarthrose est ancienne.
 Un enfoncement des implants peut se voir lorsque l'os est très fragile comme dans l'ostéoporose.

Une manifestation d'allergie au métal de la prothèse peut exceptionnellement se produire avec des douleurs et une cicatrice rouge : il faut signaler en préopératoire toute réaction aux bijoux fantaisies qui implique d'utiliser des prothèses sans nickel.

4 – Votre intervention en pratique :

- **Préparation à l'intervention :** aucune préparation particulière.
- **L'hospitalisation :** intervention réalisée en ambulatoire ou en hospitalisation d'un jour.
- **Le retour à domicile :** une attelle immobilise le poignet et le pouce pendant trois semaines puis la main opérée peut être réutilisée pour manger, écrire, conduire.... mais il faut attendre la fin du deuxième mois pour reprendre des activités de force.
- **Ce qu'il faut éviter :** la reprise d'activités comportant des vibrations avant 2 mois.

Je certifie que le Docteur

m'a remis ce document le

Signature du patient ou représentant légal

Cette fiche d'information n'est pas exhaustive. Certaines complications sont particulièrement exceptionnelles et peuvent survenir dans un contexte spécifique. Il est important de comprendre que toutes les complications ne peuvent pas être précisées de façon exhaustive