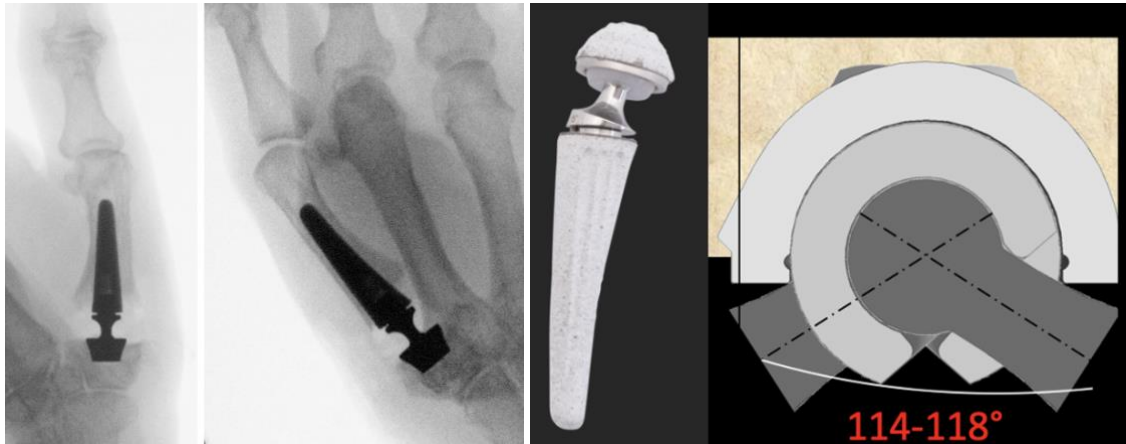


**PROTHÈSE ou ARTHROPLASTIE PROTHÉTIQUE TRAPÉZO-MÉTACARPIENNE
pour ARTHROSE TRAPÉZO-MÉTACARPIENNE (RHIZARTHROSE)**





Prothèse trapézo-métacarpienne à double mobilité, non cimentée :
radiographie de face et de profil

La prothèse trapézo-métacarpienne a pour but de rétablir la longueur de la colonne du pouce et donc la **force**.

La mobilité et la fonction sont voisines de la normale.



Mobilité de la colonne du pouce après prothèse trapézo-métacarpienne.

L'intervention est réalisée le plus souvent sous **anesthésie loco-régionale** (on n'endort que le bras) ou anesthésie générale.

La voie d'abord est **dorsale**, centrée sur l'articulation trapézo-métacarpienne.

La durée de l'opération est d'environ **une heure**.

Suites post-opératoires

Il n'y a **pas d'immobilisation** rigide du pouce en fin d'intervention mais un bandage ouvrant la première commissure (entre le pouce et l'index) pour permettre de bouger immédiatement le pouce.

Un bandage plus léger type taping amovible est appliqué après le premier pansement pour faciliter avec sécurité à mobiliser le pouce, pour 15 jours en permanence, puis 15 jours la nuit ou en cas de prise de risque.

L'utilisation de la force est autorisée dès que la prothèse est ostéo-intégrée (6 semaines post-opératoire).

La prothèse est « oubliée mentalement » en moyenne 2 mois après l'intervention.

La durée d'arrêt de travail varie selon le type métier **entre 4 et 8 semaines**.

Complications

Complications communes à la chirurgie de la main

**Infections nosocomiales, hématome, syndrome de Südek (algodystrophie),
accident d'anesthésie**

Complications spécifiques à la prothèse trapézo-métacarpienne.

- **Irritation du nerf radial** (fourmillements et/ou engourdissement du dos du pouce)
- **Luxation** : ce risque est quasiment nul depuis l'utilisation de prothèses à double mobilité avec une tête de diamètre augmentée pour la stabilité.
- **Descellement (non-intégration) de la cupule**
- **Usure du polyéthylène (tardif)**

Toutes cumulées, les complications avoisinent **2 à 3% des cas à 5 ans de recul** avec un taux de survie des prothèses de 90% à 15 ans de suivi.

Une complication peut conduire à une réintervention avec en général l'ablation de la prothèse (trapézectomie) ou le changement des pièces (prothèse modulaire).

La persistance de douleurs doit inciter à consulter pour éliminer toute complication précoce.

Grégoire Chick MD PhD