

INFORMATION PRÉOPÉRATOIRE

ARTHRODÈSE DE L'ARTICULATION TRAPÉZO MÉTACARPIENNE (TMC) AVEC GREFFON RADIAL

→ PATIENT(E)

Nom

Prénom

→ NATURE DE L'INTERVENTION

QU'EST-CE QUE C'EST ?

C'est l'une des techniques chirurgicales utilisée pour la cure d'une arthrose de la base du pouce (rhizarthrose). Il s'agit d'une arthrose de l'articulation trapézométacarpienne, plus ou moins associée à une arthrose des autres os autour du trapèze (scaphoïde, trapézoïde).

L'arthrose correspond à une usure puis une disparition du cartilage qui recouvre l'os à la surface d'une articulation, avec alors un frottement entre les os qui peut donner des excroissances appelées ostéophytes. Cela entraîne une douleur à la mobilisation du doigt avec souvent des craquements douloureux, une raideur voire une déformation, entraînant une gêne fonctionnelle importante. L'utilisation de la pince est perturbée.

En accord avec votre chirurgien et selon la balance bénéfice-risque, il vous a été proposé une arthrodèse trapézométacarpienne (TMC) avec greffon radial. Le chirurgien vous a expliqué les autres alternatives. Il va de soi que votre chirurgien pourra le cas échéant, en fonction des découvertes peropératoires ou d'une difficulté rencontrée, procéder à une autre technique jugée par lui plus profitable à votre cas spécifique.

AVANT LE TRAITEMENT

Un bilan d'imagerie peut être demandé par votre chirurgien avec toujours une radiographie et parfois d'autres examens, mais le diagnostic en demeure clinique.

QUEL TRAITEMENT ?

L'intervention chirurgicale est le plus souvent réalisée sous anesthésie locorégionale. Le chirurgien réalise une incision transversale ou sinuuse.

Elle consiste en une exérèse du tissu pathologique sur les deux facettes de l'articulation trapézo métacarpienne, jusqu'en os sain, qui va être associée à la mise en place d'un matériel pour assurer la fusion des deux os. L'articulation sera donc soudée.

Le type de matériel posé pour assurer la stabilisation de cette arthrodèse (broches, vis, plaque ou autre) est variable et peut être associé. La position dans laquelle sera fixée l'arthrodèse est le plus souvent en légère flexion, mais cette position peut être variable, en fonction des conditions anatomiques et du déroulement de l'intervention. L'interstice entre les deux tranches osseuses sera comblé par du greffon, pris au niveau du radius sur le poignet, pour optimiser la fusion.

APRÈS L'INTERVENTION

L'hospitalisation est ambulatoire ou peut justifier une hospitalisation. La mobilisation des doigts et du poignet est immédiate. La surveillance ultérieure des pansements, la couverture anti-douleurs ainsi que les rendez-vous de contrôle vous seront indiqués au cas par cas par votre chirurgien. Le port d'un plâtre, d'une résine ou d'une orthèse en post opératoire vous sera le plus souvent prescrit, pour compléter l'immobilisation, pendant une durée variable. Cette durée peut être extensible, en fonction de la rapidité et de la qualité de la fusion de l'arthrodèse, et donc ne peut être déterminée à coup sûr avant l'opération.

COMPLICATIONS

Les plus fréquentes

Comme toute chirurgie, il existe un risque d'hématome qui se résorbe en règle générale tout seul. Il peut exceptionnellement nécessiter une ponction évacuatrice ou un drainage chirurgical.

L'algodystrophie est un phénomène douloureux et inflammatoire encore mal compris. Elle est traitée médicalement et peut durer plusieurs mois (voire parfois des années), entraînant une prise en charge spécifique avec rééducation adaptée, bilans complémentaires et parfois prise en charge spécifique de la douleur. Elle est imprévisible dans sa survenue comme dans son évolution et ses séquelles potentielles.

Plus rarement

L'infection profonde est exceptionnelle. Elle peut nécessiter une nouvelle chirurgie et un traitement prolongé par antibiotiques. Il vous est fortement déconseillé de fumer pendant la période de cicatrisation, le tabagisme augmentant de manière significative le taux d'infection.

Une atteinte nerveuse d'un des nerfs de la partie dorsale de la paume et du pouce (pris dans un tissu fibreux cicatriciel ou exceptionnellement section de celui-ci) est rare. Par contre, une sensation moindre sur cette partie peut survenir pendant une période transitoire.

Les cicatrices peuvent rester gonflées et sensibles pendant plusieurs semaines. Une raideur temporaire des articulations adjacentes peut être observée. Une absence de fusion de l'arthrodèse (pseudarthrodèse) partielle ou totale peut être observée. Un petit raccourcissement séquellaire de la longueur du pouce peut être observé.

Une atteinte nerveuse d'un nerf du poignet (pris dans un tissu fibreux cicatriciel ou exceptionnellement sectionné) peut être observée. Une autre atteinte (tendineuse ou autre) au niveau du site de prélèvement peut être observée. Des douleurs séquellaires sur le site de prélèvement peuvent être observées.

Le temps pour que la fusion se fasse est extrêmement variable, allant en règle de 3 à 6 mois, mais pouvant dépasser ce délai, fonction des spécificités individuelles et des conditions locales. Il arrive rarement que la fusion ne se fasse pas, pouvant alors justifier une nouvelle intervention.

La liste n'est pas exhaustive et une complication particulièrement exceptionnelle peut survenir, liée à l'état local ou à une variabilité technique. Toutes les complications ne peuvent être précisées, ce que vous avez compris et accepté.

LES RÉSULTATS ATTENDUS

L'arthrodèse de l'articulation trapézo métacarpienne avec greffon radial est un geste chirurgical bien codifié. Il est très efficace sur les douleurs, et permet le plus souvent en 4 à 8 mois une récupération de la fonction du pouce. La force de la pince est généralement bien retrouvée. Par contre la mobilité de cette articulation, qui est bloquée, sera supprimée. L'amélioration fonctionnelle est très importante.

EN RÉSUMÉ

L'arthrodèse de l'articulation trapézo métacarpienne avec greffon radial est une intervention justifiée devant un tableau douloureux résistant au traitement médical. Le geste chirurgical en est bien codifié, les résultats en sont le plus souvent excellents, les complications rares. Il n'est pas rare que cette affection touche les deux pouces.

QUELQUES QUESTIONS QUE VOUS DEVEZ VOUS POSER OU POSER À VOTRE CHIRURGIEN AVANT DE VOUS DÉCIDER POUR UNE INTERVENTION

- Pourquoi me recommandez-vous cette chirurgie particulièrement ?
- Y a-t-il d'autres solutions chirurgicales pour mon cas et pourquoi ne me les recommandez-vous pas ?
- Si je ne me fais pas opérer, mon état va-t-il se dégrader ?
- Comment se passe l'acte chirurgical et en avez-vous l'expérience ? Quel est le temps opératoire ? Quelle est la durée de l'hospitalisation ? Aurai-je beaucoup de douleurs et comment la traiter ?
- Quels sont les risques et/ou complications encourus pour cette chirurgie ?
- Quels sont les bénéfices pour moi à être opéré et quel résultat final puis-je espérer ?
- Au bout de combien de temps pourrai-je reprendre mon travail ou mes activités sportives et quelle sera la durée totale de ma convalescence ?
- Me recommandez-vous un second avis ?

Si vous utilisez la version numérique :

- Je certifie avoir lu et compris toutes les pages de ce document et je coche la case pour le signer numériquement.

Si vous utilisez la version manuscrite :

Date de remise du document au patient (e) :
Date et signature du patient (e) :

Pages précédentes à parapher