

PROTHESE INTERMEDIAIRE DE TÊTE RADIALE

Concept

La prothèse intermédiaire de tête radiale est indiquée :

- Dans sa version blindée :

En traumatologie récente

Dans les fractures de tête radiale, ne pouvant pas être ostéosynthésées pour éviter à terme, en cas de résection, l'ascension du radius avec ses conséquences sur l'articulation radio ulnaire distale et la survenue à plus ou moins longue échéance d'une instabilité en valgus.

En traumatologie secondaire

Après résection de la tête radiale en présence d'une instabilité en valgus avec subluxation de l'articulation radio ulnaire distale.

- Dans sa version tout polyéthylène (PE) :

Associée à la prothèse huméro ulnaire GUEPAR.



La prothèse de tête radiale GUEPAR® est une prothèse intermédiaire qui comprend deux parties :

Une tige radiale formée d'une tige conique rainurée en cobalt-chrome, d'une platine (disponible en deux épaisseurs, 0 et 4 mm), d'un col et d'une tête sphérique. Elle doit être scellée.

Une cupule radiale cylindrique rétentive dont la face supérieure est concave.

Le couple intermédiaire autorise un débattement de 40° Cette tête radiale existe en deux versions interchangeables :

- blindée métallique (cobalt-chrome) pour s'articuler avec les surfaces cartilagineuses, condylienne et sigmoïdienne ulnaire,
- tout polyéthylène, en association avec la prothèse huméro-ulnaire GUEPAR®.

Cette dernière comporte un repère métallique horizontal inclus dans le PE situé à 2 mm sous la surface articulaire supérieure.

Elle est disponible en deux diamètres différents :

14 mm et 16 mm

et 2 hauteurs :

11 mm et 13 mm

Ancillaire

Instruments radiaux

- La râpe à bout mousse comporte un manche à convexité latérale permettant de contourner le condyle latéral.
- Le préhenseur s'appliquant au niveau du col prothétique permet d'introduire la tige d'essai ou définitive. Un impacteur est ensuite appliqué sur la tête.
- La cupule d'essai, peu rétentive correspondant à la hauteur de résection est impactée sur la tige radiale.
- Le désencliqueteur permet de séparer la cupule de la tige en s'appuyant sur la platine par un léger mouvement de pro-supination.

Technique d'implantation (en traumatologie).

Installation du patient

Le patient est installé en décubitus dorsal.

Le membre supérieur, muni d'un garrot à sa racine et enveloppé d'un jersey stérile, est posé sur une table à bras (Fig.1).



Figure 1

Voie d'abord

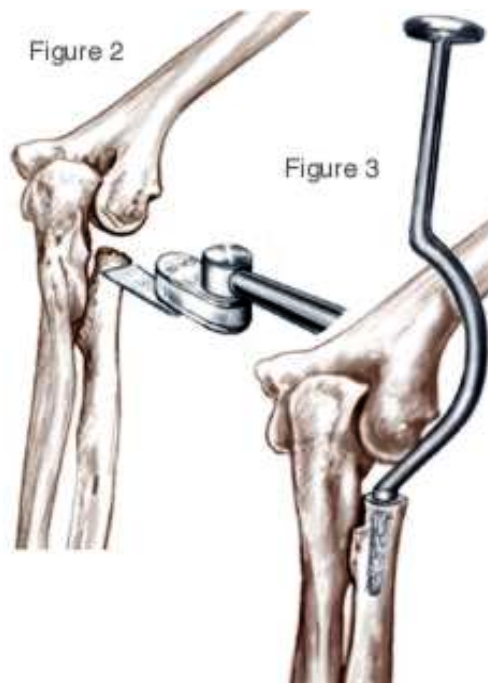
L'incision est latérale (1) ou postéro latérale (2).

L'articulation huméro-radiale est abordée.

Le ligament annulaire est incisé obliquement.

Excision de la tête radiale

Ablation de la tête radiale et régularisation du col à la scie oscillante ou à la pince gouge (Fig.2).



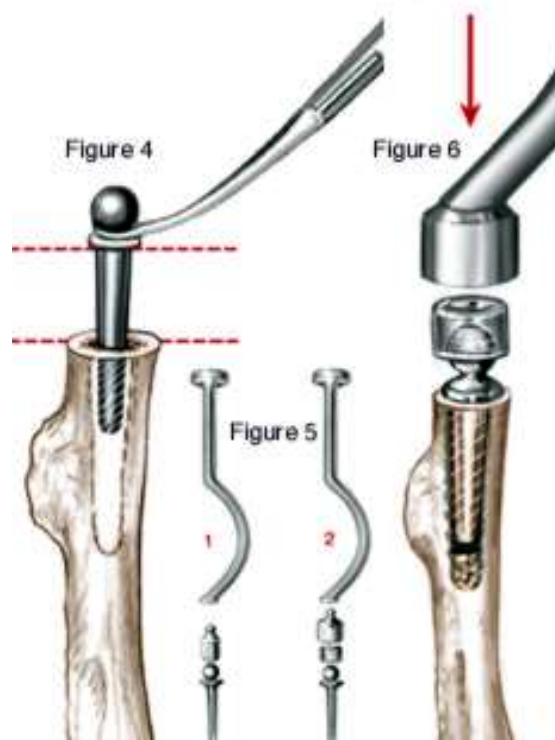
Préparation radiale

L'avant bras étant placé en pronation, une pointe carrée courte et fine est introduite dans la tranche de section. Elle est remplacée par la râpe radiale dont le manche à ouverture latérale permet d'éviter la saillie de l'épicondyle latéral.

La râpe radiale est enfoncée jusqu'à son repère supérieur (Fig.3)

La tige radiale d'essai maintenue par son préhenseur, est alors introduite dans le logement intra-médullaire réalisé (Fig.4), l'appui de sa platine justifie parfois une minime recoupe du col.

Sur la tige d'essai, est placée une cupule radiale d'essai de taille et de hauteur adaptées (Fig.5).



Essais des pièces prothétiques

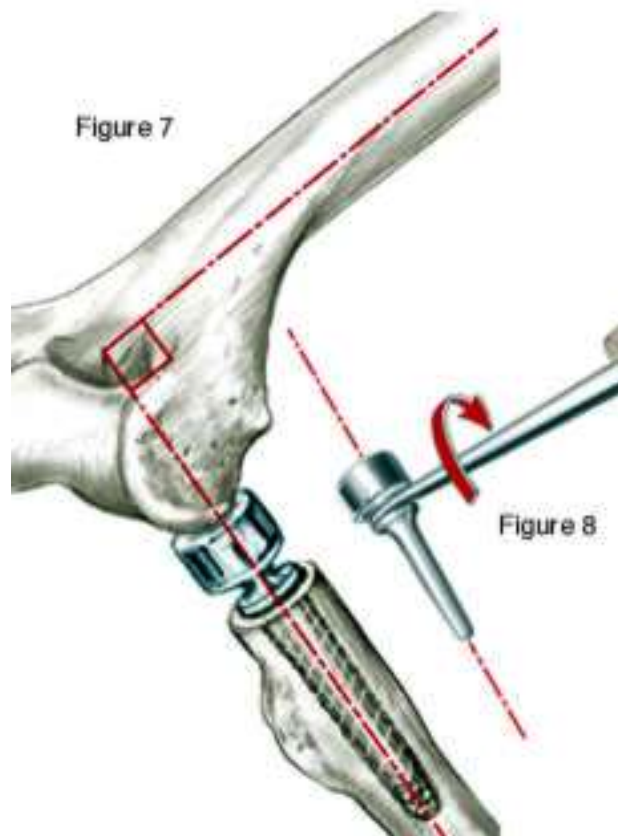
Essai des pièces prothétiques

Le coude est alors mobilisé en flexion-extension et en pro-supination (Fig.6)

La cupule radiale d'essai choisie doit être au contact avec le condyle latéral à 90° de flexion et cela sans pression excessive (Fig.7) après avoir retiré les écarteurs.

Des radiographies de contrôle de face et de profil du coude sont réalisées. Les implants d'essai étant retirés, le canal médullaire radial est obturé, en bout de râpe par les fragments morcelés de la tête radiale.

Le ciment, s'il est de basse viscosité, est introduit à la seringue après mise en place d'un drain, sinon poussé à l'aide de l'extrémité de la tige. La tige radiale tenue par son préhenseur est enfoncée jusqu'à ce que sa platine arrive au contact de la coupe. Le ciment polymérisé, la tête radiale blindée rétentive choisie est impactée sur la tige à l'aide de l'impacteur.



Congruence et contacts lors de la mobilisation du coude sont à nouveau étudiés. A ce stade, la tête radiale blindée rétentive peut encore être retirée grâce à l'utilisation du désencliqueteur appuyé sur la platine et sur le polyéthylène de la cupule (Fig.8).

Fermeture

Le ligament annulaire est suturé si nécessaire sans tension au fil non résorbable. L'incision est fermée plan par plan sur un drain de Redon.

Suites opératoires

La coude est immobilisé dans une attelle plâtrée postérieure. Des anti-inflammatoires non stéroïdiens sont prescrits en l'absence de contre indications pour éviter la survenue d'ossifications péri prothétiques. A la 48^e heure, le drain de Redon est retiré et la mobilisation activo passive débutée. L'attelle postérieure est à conserver une semaine, voire trois en cas de rupture associée du ligament collatéral .

En association avec une prothèse huméro-ulnaire GUEPAR : se reporter à la brochure de la technique opératoire de la prothèse huméro-ulnaire GUEPAR .