



Disponible en ligne sur
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



Mémoire original

Le signe de Popeye : fréquence et retentissement fonctionnel[☆]

Popeye sign: Frequency and functional impact

Laure Pouliquen^a, Julien Berhouet^b, Marion Istvan^c, Hervé Thomazeau^a,
 Mickael Ropars^a, Philippe Collin^{d,*}

^a Service d'orthopédie, traumatologie, CHRU Pontchaillou, 35000 Rennes, France

^b Service d'orthopédie traumatologie, faculté de médecine de Tours, université François-Rabelais de Tours, CHRU Trousseau, 37170 Chambray-les-Tours, France

^c Service de santé publique, CHRU Pontchaillou, 35000 Rennes, France

^d Service d'orthopédie, clinique Saint-Grégoire, 35000 Rennes, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :
 Reçu le 3 mars 2017
 Accepté le 23 mars 2018

Mots clés :
 Signe de Popeye
 Longue portion du biceps
 Ténodèse
 Ténodèse
 Coiffe des rotateurs

RÉSUMÉ

Introduction. – Le choix du geste à réaliser, ténodèse ou ténotomie, sur la longue portion du biceps (LPB), ne fait actuellement l'objet d'aucun consensus lors des réparations d'une rupture de la coiffe des rotateurs (CDR). Le signe de Popeye (SP) est souvent cité en défaveur de la ténodèse. L'objectif principal de cette étude était de déterminer la fréquence et le retentissement clinique du SP.

Hypothèse. – Le SP est rarement retrouvé cliniquement, et de faible retentissement fonctionnel après ténodèse.

Matériels et méthodes. – Une étude prospective, non randomisée, monocentrique, a été réalisée entre février et octobre 2015 chez tous les patients ayant bénéficié d'une chirurgie de la CDR. Les patients sans gestes sur la LPB ont été exclus. Au sixième mois postopératoire, la fréquence du SP a été évaluée. Les patients ayant eu une ténodèse, avec ou sans SP, ont ensuite été comparés, avec pour critères de jugement la présence d'une EVA inférieure ou égale à 3, le gain de mobilité articulaire, l'amélioration du SSV, la présence d'une gêne ou de crampes et le gain de points du score de Constant.

Résultats. – Parmi les 55 patients inclus, 7 (15,2%) présentaient un SP en postopératoire. Il n'existait aucune différence entre les deux groupes de patients, avec et sans SP, pour l'ensemble des critères étudiés. Seul le paramètre mobilité du score de Constant était significativement amélioré pour le groupe avec SP par rapport au groupe sans SP (respectivement gain de 13,8 points contre 3,8 points, $p=0,01$).

Discussion. – Le SP est d'observation clinique relativement rare. Son retentissement fonctionnel est faible, dans les limites de cette étude. La ténodèse de la LPB reste une option thérapeutique légitime et non préjudiciable, lors d'une réparation associée d'une rupture de la CDR.

Niveau de preuve. – IV.

Type d'étude. – Étude prospective non randomisée.

© 2018 Publié par Elsevier Masson SAS.

1. Introduction

Le rôle de la longue portion du biceps (LPB) dans la genèse des douleurs d'épaule sur coiffe rompue est bien établi [1]. Son caractè

re pathologique à l'inspection serait retrouvé dans près de 82 % des arthroscopies réalisées pour traitement d'une rupture de la coiffe des rotateurs (CDR). Une incidence élevée de lésions histologiques tendineuses de l'ordre de 92 % a même été rapportée [2]. Pour autant, la gestion chirurgicale de la LPB lors d'une réparation arthroscopique d'une rupture de la CDR reste actuellement controversée. Des résultats équivalents pour le soulagement des douleurs ont en effet été observés après ténodèse ou ténotomie de la LPB lors d'une suture de coiffe rompue [3–5].

Plusieurs inconvénients ont été attribués à la ténodèse : esthétiques avec le signe de Popeye (SP), et fonctionnels avec des crampes résiduelles sur le galbe du bras et une perte possible de

DOI de l'article original : <https://doi.org/10.1016/j.jotsr.2018.02.016>.

[☆] Ne pas utiliser, pour citation, la référence française de cet article, mais celle de l'article original paru dans *Orthopaedics & Traumatology: Surgery & Research*, en utilisant le DOI ci-dessus.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : collin.ph@wanadoo.fr (L. Pouliquen).

la force en flexion et supination du coude [6]. La ténodèse de la LPB est alors préférée par certains auteurs. Elle présente elle-même ses propres limites, liées à la diversité des techniques possibles [7–9], à la difficulté de leur réalisation et donc à leur risque de faillite potentielle secondaire, à leur coût, et à une rééducation postopératoire plus longue. Cependant, il n'a pas été montré de différence statistiquement significative pour les critères force et crampes entre les patients ayant bénéficié d'une ténotomie et ceux ayant eu une ténodèse [10,11]. Aucun travail n'a étudié spécifiquement la relation entre l'observation d'un SP et une éventuelle altération fonctionnelle pour le patient après réparation de coiffe.

L'importance fonctionnelle que l'on prête à la LPB a été discutée à plusieurs reprises. Un effet stabilisateur et abaisseur de la tête humérale, s'opposant ainsi au chef court du biceps, a été attribué à sa portion tendineuse horizontale après travaux cadavériques [12,13]. À l'inverse, d'autres études in vivo, avec analyse électromyographique ou en radiocinéma, ont démontré que le biceps ne comportait aucune activité électrique lors des mouvements de l'épaule, coude bloqué [14]. Aucune translation de la tête humérale dans les différentes directions n'était par ailleurs observée après section de la longue portion, remettant en question son effet possible de contrôle passif ou actif de la stabilité de la tête humérale [15]. L'évolution naturelle de l'épaule, avec la frontalisation de la scapula et la rotation médiale de l'avant-bras, fait aussi de la LPB un élément anatomique instable, vers l'avant et en dedans, et en définitive potentiellement gênant et inutile fonctionnellement, justifiant ainsi sa section dans sa portion horizontale.

La même observation d'une LPB devenant gênante a aussi été retenue en pratique par certains auteurs pour réaliser une ténotomie lors de la réparation d'une rupture de la CDR [16,17]. Une suture de la coiffe serait en effet responsable d'une modification de l'environnement local de la LPB et donc de sa biomécanique lors de son passage dans sa gouttière, générant ainsi douleur et inconfort en postopératoire.

Des arguments reposant davantage sur l'absence relative de valeur fonctionnelle de la LPB plaident ainsi en faveur de la ténotomie plutôt que de la ténodèse. Néanmoins, des résultats objectifs quant à la survenue des inconvénients qui lui sont attribués, notamment le SP et de ses conséquences fonctionnelles directes, apporteraient des informations supplémentaires pour la validation de cette option thérapeutique lors de la réparation arthroscopique associée d'une rupture de la CDR.

L'objectif principal de cette étude était donc de déterminer la fréquence et le retentissement clinique du SP après un geste sur la LPB. L'hypothèse initiale était que le SP est une manifestation rare et sans retentissement clinique après ténotomie lors d'une chirurgie arthroscopique de réparation de la CDR.

2. Matériel et méthode

Il s'agissait d'une étude prospective, observationnelle, non randomisée, monocentrique, réalisée entre février 2015 et octobre 2015. Le critère d'inclusion était la réalisation d'une chirurgie de réparation de la CDR. Le critère d'exclusion était l'absence de geste réalisé sur la LPB, soit en raison d'une rupture tendineuse pré existante, soit en raison du choix du chirurgien de laisser le biceps en place.

Les patients ont été vus en consultation préopératoire par un observateur indépendant. Les différents paramètres évalués étaient :

- la douleur (diurne au repos ou en activité, nocturne) elle était mesurée selon l'échelle visuelle analogique (EVA) ;
- les mobilités actives et passives, en élévation antérieure, en rotations externe et interne ;
- le score de Constant [18], avec les paramètres douleur, activité, mobilité active et force ;
- le score de satisfaction Subjective Shoulder Value (SSV) [19].

Le type de rupture de la CDR : supra-épineux isolé, subscapulaire isolé ou massif selon la classification ABCDE proposée par Collin et al. [20], a également été renseigné (Fig. 1).

En peropératoire, indépendamment de la réparation de la rupture de la CDR réalisée et de ses modalités techniques, la position de la LPB et son aspect macroscopique ont été précisément analysés et consignés dans le compte rendu d'intervention : luxation en dedans, subluxation, inflammation, pré rupture. Le geste spécifique réalisé sur la LPB, ténotomie ou ténodèse, a ensuite également été renseigné. Son indication sur le plan pratique a été choisie sur les critères âge du patient, BMI et activité sportive antérieure. L'aspect morphologique peropératoire du biceps n'a pas influencé le geste réalisé. Techniquement, la ténotomie a été effectuée à hauteur de l'interligne gléno-huméral, avec résection du moignon tendineux attenant au tubercule supraglénodien. La ténodèse a consisté à

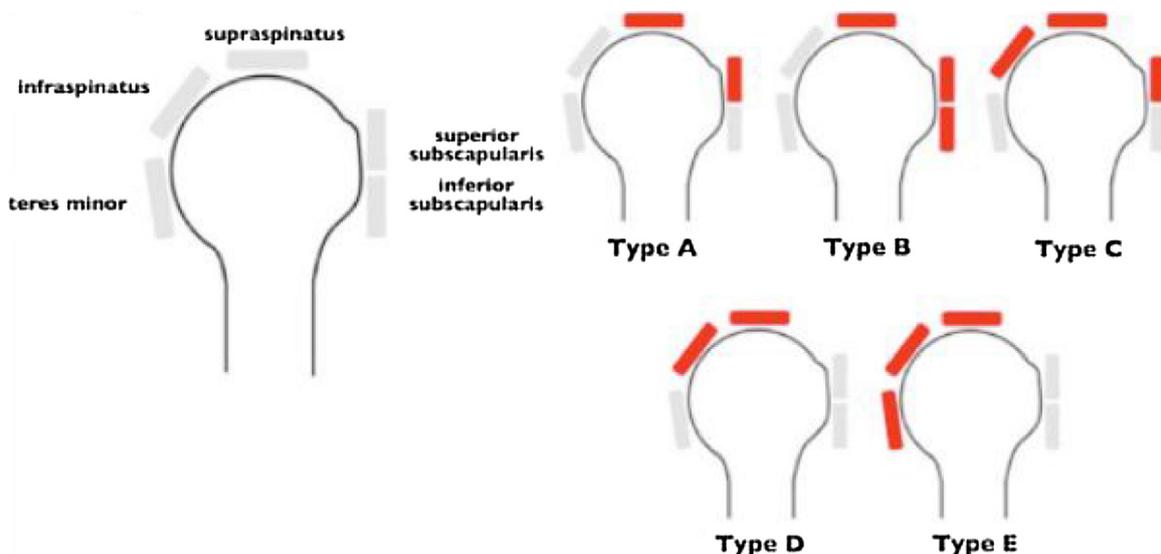


Fig. 1. Classification des ruptures massives de la coiffe des rotateurs, proposée par Collin et al. (en rouge, les tendons concernés par la rupture).

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/10221631>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/10221631>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)