

Article original

Évaluation clinique rétrospective des traitements arthroscopiques des lésions du complexe triangulaire du poignet

Clinical retrospective evaluation of the arthroscopic treatments of the triangular fibrocartilage complex of the wrist

J. Boquet^{a,*}, B. Lefebvre^b, F. Van Innis^b

^a Department of Orthopaedic Surgery, cliniques universitaires Saint-Luc, avenue Hippocrate, n° 10, 1200 Bruxelles, Belgique

^b Department of Orthopaedic Surgery, Grand hôpital de Charleroi, Grand-Rue, 3, 6000 Charleroi, Belgique

Reçu le 15 mai 2011 ; reçu sous la forme révisée le 11 décembre 2011 ; accepté le 15 janvier 2012

Résumé

Objectif. – Le but de cette étude est d'évaluer cliniquement et de manière rétrospective les résultats cliniques des traitements arthroscopiques des lésions du complexe triangulaire du poignet.

Méthodes. – Entre 2003 et 2010, 76 patients présentant une lésion traumatique (Palmer type 1) et 25 patients présentant une lésion dégénérative (Palmer type 2) du complexe triangulaire ont bénéficié d'une arthroscopie de poignet. Les évaluations cliniques ont été basées sur le « Mayo Modified Wrist Score » (MMWS), sur une mesure comparée de la force de serrage et une mesure des arcs de mobilité. Nous avons également effectué une évaluation subjective de l'amélioration apportée par le geste arthroscopique ainsi qu'une évaluation rétrospective de la douleur pré- et postopératoire.

Résultats. – Le MMWS était en moyenne de 86,3 pour les lésions traumatiques et de 83 pour les lésions dégénératives. La force de serrage a été mesurée en moyenne à 84,8 (Palmer 1) et 84,2 (Palmer 2) par rapport au côté controlatéral. Les arcs de mobilité moyens en flexion-extension, pronosupination et inclinaison radio-ulnaire étaient respectivement de 135°, 164° et 56° pour les lésions traumatiques et de 130°, 156° et 54° respectivement pour les lésions dégénératives. Parmi les patients, 94 % signalaient avoir une amélioration de la symptomatologie après l'intervention avec des résultats plus marqués pour les lésions de type 1 (98,7 % d'amélioration) par rapport aux lésions de type 2 (80 %). Nous avons pu noter une diminution nette de la douleur en postopératoire avec cependant, des douleurs légères ou occasionnelles persistantes fréquentes.

Conclusion. – Les traitements arthroscopiques des lésions du complexe triangulaire du poignet semblent être effectifs et permettent d'obtenir une amélioration de la symptomatologie.

© 2012 Publié par Elsevier Masson SAS.

Mots clés : Complexe triangulaire ; Fibrocartilage ; Poignet ; Arthroscopie

Abstract

Objectives. – The aim of this study is the retrospective clinical evaluation of the arthroscopic treatments for triangular fibrocartilage complex tears.

Methods. – Between 2003 and 2010, 76 patients with a traumatic lesion (Palmer type 1) and 25 patients with a degenerative lesion (Palmer type 2) of the triangular fibrocartilage complex underwent wrist arthroscopy. Clinical evaluations were based on the Mayo Modified Wrist Score (MMWS), on a compared measurement of the grip force and on a measurement of the different ranges of motion. We also made a subjective evaluation of the benefit brought by arthroscopy and a retrospective evaluation of the pre and postoperative pain.

Results. – Mean MMWS was 86.3 for traumatic lesions and 83 for degenerative lesions. Mean grip force was 84.8 (Palmer type 1) and 84.2 (Palmer type 2) compared to the controlateral side. Mean ranges of flexion-extension, pronosupination and radioulnar motions were 135°, 164° and 56° respectively for traumatic lesions and 130°, 156° and 54° respectively for degenerative lesions. Ninety-four percent of the operated patients reported an improvement of the symptomatology with better results for type 1 (98.7%) compared to type 2 (80%). We noted a clear diminution of

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : jeromeboquet@hotmail.com (J. Boquet).

the postoperative pain compared to the preoperative's one with frequently some mild persistent pain however.

Conclusions. – Arthroscopic treatments of the triangular fibrocartilage complex seem to be effective with an improvement of the symptomatology.

© 2012 Published by Elsevier Masson SAS.

Keywords: Triangular fibrocartilage complex; Wrist; Arthroscopy

1. Introduction

Le complexe fibrocartilagineux triangulaire du poignet correspond au *Triangular Fibrocartilage Complex* (TFCC) des anglo-saxons. Comme son nom l'indique, il ne s'agit pas d'une structure unique mais plutôt d'un véritable complexe.

Cette structure est composée tout d'abord d'un fibrocartilage triangulaire situé entre l'ulna distal, le bord ulnaire du radius distal et le carpe. L'insertion radiale se fait sur le bord ulnaire du radius distal via un cartilage hyalin et non pas sur la structure osseuse elle-même. Il n'y a donc pas d'apport vasculaire par ce côté et les parties radiale et centrale du disque sont avasculaires [1–3]. Ces zones n'ont donc pas de possibilité de cicatrisation et ne seront pas suturées. La périphérie ulnaire du fibrocartilage est vascularisée et est donc propice à la cicatrisation et pourra être suturée.

La partie ulnaire est composée d'un composant proximal, d'un composant distal et d'un ligament collatéral ulnaire, bien que l'existence de ce dernier soit controversé [4–6]. Le composant distal est plus superficiel, il constitue la partie visible dans l'articulation radiocarpienne. Ce composant joue un rôle de hamac pour amortir les forces axiales transmises depuis le carpe. Le composant proximal s'insère plus profondément au niveau de la fovea de la tête de l'ulna et s'étend en deux faisceaux (palmaire et dorsal) vers le bord ulnaire du radius distal. Il se prolonge proximement par les ligaments radio-ulnaires distaux antérieur et postérieur. Il a un rôle de stabilisation de l'articulation radio-ulnaire distale (RUD) et dans la pronosupination.

Le fibrocartilage se prolonge en avant par les ligaments ulno-carpiens (ulno-lunaire, ulno-triquetral et ulno-capital). Ces ligaments sont antérieurs et se tendent en extension et en supination. Ils servent de freins à l'extension et à la déviation radiale du poignet.

Le fibrocartilage se prolonge en arrière par la gaine de l'extenseur ulnaire du carpe. Ces rapports étroits entre le complexe triangulaire et la gaine de l'extenseur ulnaire du carpe établissent la relation entre les systèmes statiques et dynamiques de stabilisation de l'articulation radio-ulnaire distale [7].

Les lésions du complexe triangulaire sont fréquentes et sont la source de douleur du bord ulnaire du poignet et d'un syndrome de dérangement interne. Ces lésions ont bien été décrites par Palmer [8]. Celui-ci a proposé une classification (Tableau 1) basée sur l'origine traumatique (classe 1 de Palmer) ou dégénérative (classe 2 de Palmer) de la lésion et permettant d'orienter la prise en charge thérapeutique. Le traitement est en général conservateur dans un premier temps, l'arthroscopie est utilisée en cas de persistance de la symptomatologie. Rappelons que seules les lésions de la périphérie ulnaire (type 1-B de

Palmer) sont bien vascularisées et permettent une réparation arthroscopique. Des travaux plus récents [9–11] proposent une nouvelle classification et une prise en charge adaptée des lésions de la périphérie ulnaire qui est en fait composée d'un composant proximal et d'un composant distal. Atzei a proposé une nouvelle classification, approuvée par le European Wrist Arthroscopy Society (EWAS), décrivant cinq types de lésions (Tableau 2). Le type 1 correspond à une lésion du composant distal (cette lésion correspond au classique stade Palmer 1-B) ; le type 2 est défini comme une lésion des composants distal et proximal ; le type 3 correspond à une lésion du composant proximal uniquement. Le stade 1 peut être traité par suture arthroscopique classique alors que pour le stade 2, il faut y associer une réinsertion foveale du ligament triangulaire. Le stade 3 requiert une réinsertion foveale seule. La lésion de type 4 correspond à une lésion de type 2 plus ancienne et irréparable pouvant nécessiter une greffe tendineuse. La lésion de type 5 associe une arthrose de l'articulation radio-ulnaire distale.

2. Patients et méthodes

2.1. Patients

Cent un patients (52 femmes/49 hommes) ont été opérés dans notre service entre juillet 2003 et mars 2010. Soixante-seize patients présentaient une lésion traumatique et 25 patients une lésion dégénérative du complexe triangulaire. Les patients ont été répertoriés selon la classification de Palmer (Tableau 3). Le diagnostic clinique a été confirmé par arthroscanner dans tous les cas. L'arthroscopie était proposée en cas de persistance de la symptomatologie malgré un traitement conservateur par immobilisation et anti-inflammatoires. L'âge moyen était de 41,3 (17–77) ans (âge moyen pour les types 1 : 38,2 ans ; âge moyen pour les types 2 : 50,7 ans). La durée moyenne entre le traumatisme (Palmer 1) et la prise en charge arthroscopique était de 17,4 mois alors que le temps écoulé entre le début de la

Tableau 1
Classification des lésions du complexe triangulaire du poignet selon Palmer.

<i>Classe 1 – lésions traumatiques</i>	
cl 1-A	Perforation centrale
cl 1-B	Avulsion ulnaire
cl 1-C	Avulsion distale, antérieure
cl 1-D	Désinsertion radiale
<i>Classe 2 – lésions dégénératives</i>	
cl 2-A	TFCC aminci
cl 2-B	TFCC aminci + chondromalacie du Lunatum ou de l'ulna
cl 2-C	Perforation TFCC + chondromalacie du lunatum ou de l'ulna
cl 2-D	Classe 2-C + lésion du ligament luno-triquetral
cl 2-E	Classe 2-D + arthrose radio-ulnaire distale

TFCC : *Triangular Fibrocartilage Complex*.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4049257>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4049257>

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