

Article original

Traitement de l'instabilité scapholunaire par capsulodèse au ligament scaphotriquétral selon Berger

Scaphotriquetral capsulodesis for scapholunate instability

S. Maillot-Roy^a, J.-N. Goubier^{a,*}, A. Dinh^a, F. Teboul^{a,b}, T. Dubert^a, N. Osman^a

^a Clinique La Francilienne, 16, avenue de l'Hôtel-de-Ville, 77340 Pontault-Combault, France

^b Centre international de chirurgie de la main, 92, boulevard de Courcelles, 75017 Paris, France

Reçu le 4 mai 2010 ; reçu sous la forme révisée 19 avril 2011 ; accepté le 20 juin 2011

Résumé

Objectifs. – Les ruptures du ligament scapholunaire sont responsables d'une instabilité scapholunaire puis d'une arthrose radiocarpienne. De nombreuses techniques chirurgicales ont été décrites sans qu'aucune ne montre sa supériorité. L'objectif de notre étude est d'évaluer les résultats sur la symptomatologie clinique des capsulodèses au ligament scaphotriquétral dans le cadre de l'instabilité scapholunaire débutante.

Méthodes. – Notre étude rétrospective comprend 28 patients, 22 hommes pour six femmes, de moyenne d'âge 37,8 ans, opérés entre janvier 2006 et décembre 2008, avec un délai moyen entre le traumatisme et l'intervention de 9,9 mois. Un signe de Watson était positif chez 26 patients. Tous les patients ont eu un bilan d'imagerie complet comprenant des radiographies du poignet statiques, dynamiques et un arthroscanner. Les patients inclus dans l'étude présentaient une instabilité scapholunaire statique ou dynamique. Une capsulodèse au ligament scaphotriquétral selon Berger a été pratiquée ainsi qu'une dénervation partielle du poignet systématique.

Résultats. – À la révision, avec un recul moyen de 24 mois, nous constatons une diminution significative des mobilités actives du poignet avec une perte modérée de flexion de 11 % et une diminution de l'arc de mobilité du poignet de 13°. La force musculaire postopératoire était augmentée. La stabilité du poignet était améliorée chez 26 patients ne présentant aucun signe de Watson postopératoire. La douleur postopératoire mesurée avec une échelle visuelle analogique (Eva) était notée à 2,4 ($p < 0,005$). Vingt et un patients ont repris leur activité professionnelle sans adaptation de leur poste de travail alors que dans 67 % des cas, il s'agissait de travailleurs manuels. Dans notre série nous avons observé deux complications : une algodystrophie et une arthrite.

Conclusion. – De nombreuses techniques ont été décrites pour le traitement des lésions scapholunaires, du simple brochage scapholunaire aux arthrodèses partielles intracarpiennes. Notre série montre que la capsulodèse réalisée à l'aide de la moitié proximale du ligament scaphotriquétral améliore la symptomatologie clinique des instabilités scapholunaires débutantes.

© 2011 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Capsulodèse ; Instabilité scapholunaire ; Arthrose de poignet

Abstract

Objectives. – Scapholunate ligament injuries may lead to scapholunate instability and wrist osteoarthritis. Many surgical techniques have been described to repair these injuries. The goal of our study is to assess the clinical results after capsulodesis with the scaphotriquetral ligament for scapholunate instabilities.

Methods. – Twenty-eight patients, 22 men and six women, were operated for scapholunate instability between January 2006 and December 2008. The average age was 37, 8 years, and the average time between trauma and surgery was 9,9 months. The scaphoid shift test was present in 26 patients. All patients underwent static and dynamic X-rays of the wrist and scan. A capsulodesis with scaphotriquetral ligament was performed in all patients.

Results. – At 24 months follow-up, a 13° significant decreased of wrist range-of-motion was noted. The strength was significantly improved after surgery. The wrist stability was improved in 26 patients. Concerning pain, a significant reduction was noted with Analogical Visual Scale after

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : jngoubier@gmail.com (J.N. Goubier).

surgery ($p < 0.005$). Twenty-one patients returned to their previous work. Complications were reflex dystrophy in one patient and wrist infection in one patient.

Conclusion. – Many techniques were described for treatment of scapholunate injuries, from the simple scapholunate ligament suture to partial wrist arthrodesis. Capsulodesis with scaphotriquetral ligament improves grip strength, decreases wrist instability and pain with a slight lost of range-of-motion.

© 2011 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords: Capsulodesis; Scapholunate instability; Wrist osteoarthritis

1. Introduction

Les lésions traumatiques du ligament scapholunaire sont à l'origine de l'instabilité scapholunaire qui entraîne inévitablement une arthrose radiocarpienne. Le traitement optimal de cette pathologie doit donc prévenir la formation d'arthrose tout en préservant les mobilités du poignet ainsi que la force de préhension. De nombreuses techniques chirurgicales ont été décrites concernant l'instabilité scapholunaire [1–7]. La plupart de ces études évaluent dans l'analyse clinique, uniquement les amplitudes articulaires et non l'instabilité clinique ou la fonction postopératoire. L'objectif de notre étude est d'évaluer les résultats cliniques, notamment les mobilités du poignet, l'instabilité clinique et la fonction après capsulodèse au ligament scaphotriquetral proximal dans le cadre des instabilités scapholunaires.

2. Patients et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective menée sur 28 patients présentant une rupture traumatique du ligament scapholunaire récente, et traités entre janvier 2006 et décembre 2008 par une ligamentoplastie au ligament scaphotriquetral telle que décrite par Berger et al. [1]. Les patients présentant une disjonction scapholunaire secondaire à une luxation rétrolunaire du carpe ont été exclus de l'étude.

2.1. Matériel

La moyenne d'âge des patients était de 37,8 ans avec 22 hommes et six femmes. Dans dix cas, il s'agissait d'un accident de travail sachant que 19 patients étaient des travailleurs manuels. La main dominante était concernée chez 16 patients. Le délai moyen entre le traumatisme et l'intervention chirurgicale était de 9,9 mois (de 15 à 3 ans). Un signe de Watson était retrouvé positif chez 23 patients. Tous les patients ont eu un bilan complet comprenant des radiographies standards, des radiographies dynamiques et un arthroscanner. Trois patients ont bénéficié d'une arthroscopie à visée diagnostique en raison d'une discordance entre l'arthroscanner et l'examen clinique. En effet, la sensibilité de l'arthroscanner dans le diagnostic des lésions du ligament scapholunaire est de 95 % pour une spécificité de 86 % [8].

Parmi les 28 patients, 11 présentaient un diastasis scapholunaire dynamique et 17 patients présentaient un diastasis statique. Trois patients présentaient une arthrose radiologique débutante (SLAC 1). Concernant l'analyse radiologique pré-

opératoire, l'angle scapholunaire moyen était de 43 degrés (de cinq à 50 degrés), un *dorsal intercalated segment instability* (DISI) moyen de neuf degrés (zéro à 15 degrés) et un diastasis scapholunaire moyen de 2,5 mm (1–4 mm). L'arthroscanner mettait en évidence une rupture complète du faisceau postérieur du ligament scapholunaire chez huit patients (cas) et complète (des deux faisceaux) chez 20 patients.

Treize patients présentaient des lésions associées constatées par l'arthroscanner : une fuite lunotriquetrale chez quatre patients, une rupture du complexe fibrocartilagineux triangulaire du carpe (TFCC) chez quatre patients, une rupture du ligament lunotriquetral chez deux patients, et une arthrose radioscapoïdienne débutante chez trois patients.

Les indications de cette capsulodèse étaient donc un poignet douloureux et/ou un test de Watson positif (ressaut et douleur postérieure) associée à une rupture du faisceau postérieur du ligament scapholunaire ou complète (rupture des deux faisceaux), en aucun cas il ne s'agissait de perforation simple du ligament scapholunaire.

2.2. Méthodes

Une ligamentoplastie au ligament scaphotriquetral, décrite par Berger et al., a été pratiquée chez tous les patients [1,9]. Tous ont été opérés sous anesthésie locorégionale, avec un garrot pneumatique placé à la racine du membre opéré.

La voie d'abord utilisée était une voie dorsale transversale du poignet selon les lignes de Langer ou longitudinale centrée sur l'articulation radiocarpienne en regard du quatrième compartiment. Les branches sensibles du nerf radial et du nerf ulnaire étaient réclinées. Le rétinaculum des extenseurs était incisé longitudinalement au niveau du quatrième compartiment. À ce stade, une dénervation partielle du poignet a été systématiquement réalisée par résection du nerf interosseux postérieur après hémostase préventive des branches terminales de l'artère interosseuse postérieure. La capsule était parfaitement exposée afin de bien identifier les différents composants ligamentaires notamment le ligament radiocarpien dorsal (radiotriquetral) et le ligament intercarpien dorsal (ligament scaphotriquetral) (Fig. 1). Pour faciliter ce temps opératoire, la capsule était « nettoyée » à l'aide d'une compresse sèche afin de faire apparaître les différents ligaments. Puis, une capsulotomie radiale était pratiquée par une incision dans le sens des fibres à la partie médiane de chacun de ces deux ligaments. L'incision proximale était prolongée sur le bord distal du radius en se dirigeant vers la styloïde radiale. Puis un lambeau capsuloligamentaire était

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4049377>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4049377>

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