

Article original

Réparation arthroscopique des ruptures transfixiantes de la coiffe

Arthroscopic repair of full-thickness tears of the rotator cuff

P.-H. Flurin^{a,*}, S. Guillo^a, P. Landreau^b, T. Gregory^c

^a Clinique de Bordeaux-Mérignac, 9, rue Jean-Moulin, 33700 Bordeaux-Mérignac, France

^b CMC Paris-V, 36, boulevard Saint-Marcel, 75005 Paris, France

^c Hôpital européen Georges-Pompidou, 75015 Paris, France

Résumé

Introduction. – L'arthroscopie d'épaule s'est d'abord imposée comme la technique de référence pour le traitement du conflit sous-acromial par acromioplastie et s'est étendue peu à peu aux réparations de la coiffe. Cette chirurgie reste néanmoins difficile et nécessite d'être décrite avec précision. Une étude multicentrique de la Société française d'arthroscopie a permis d'analyser et de souligner la qualité des résultats cliniques et anatomiques obtenus.

Technique opératoire. – La technique opératoire est décrite avec précision ainsi que le matériel nécessaire. La réparation sera adaptée à la taille, la localisation et à la rétraction de la rupture. Le geste technique devra être simple, efficace et reproductible afin d'obtenir le meilleur résultat anatomique possible.

Résultats. – Le score de Constant est passé de 46,3 ($\pm 13,4$) à 82,7 ($\pm 10,3$) avec 62 % de patients strictement indolores et une force passant de 5,8 ($\pm 3,7$) à 13,6 ($\pm 5,4$). On retrouvait 94 % d'excellents et de bons résultats. Sur le plan de l'imagerie postopératoire, la coiffe était jugée étanche dans 74,7 % des cas.

Discussion. – De nombreuses corrélations permettent de confirmer les indices retrouvés dans la littérature : la cicatrisation de la coiffe améliore le résultat fonctionnel global même lorsque la rupture est massive ; le résultat anatomique dépend de la taille de la rupture initiale ; la dégénérescence graisseuse préopératoire est un critère important de pronostic ; la cicatrisation de la coiffe est liée à l'âge. La qualité des résultats, l'évolution du matériel, la simplification et la codification de la technique opératoire en font une chirurgie accessible et reproductible et efficace.

© 2006 Publié par Elsevier Masson SAS.

Abstract

Introduction. – Shoulder arthroscopy was only at first a surgical technique for subacromial decompression and has been progressively extended to the cuff repairs. This surgery remains nevertheless difficult and requires to be described exactly. A multicenter study of the French Arthroscopic Society allowed to analyse and to underline the quality of the clinical and anatomical results.

Surgical technique. – The technique is described exactly as well as the necessary material. Repair will be adapted to the size and the location of the tear. The technical skill should be simple, effective and reproducible to obtain the best anatomical result.

Results. – The Constant score improved from an average 46.3 (13.4) to 82.7 (± 10.3) at the last follow-up, with 62% of patients' symptom free. Strength improved from 5.8 (± 3.7) to 13.6 (± 5.4). Ninety-four percent of the results were rated as excellent or good (Constant score > 65). A watertight repair was found in 74.1% of the cases.

Discussion. – Numerous correlations allow to confirm the results found in the literature: the healing of the cuff improves global functional results even when the tear is massive; anatomical result depends on the size of the initial tear; preoperative fatty degeneration is an important predictive factor; the healing of the cuff is related to the age. The quality of the results, the evolution of the material, the simplification and the codification of the surgical technique make it an accessible, effective reproducible surgery.

© 2006 Publié par Elsevier Masson SAS.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : ph.flurin@numericable.fr (P.-H. Flurin).

Mots clés : Arthroscopie ; Coiffe ; Épaule ; Rupture

Keywords: Arthroscopy; Cuff; Shoulder; Tear

1. Introduction

L'arthroscopie d'épaule s'est d'abord imposée comme la technique de référence pour le traitement du conflit sous-acromial par acromioplastie puis, après les premiers agrafages de Johnson [1] rapportés en 1985, c'est au début des années 1990 à la suite de Wolf [2] que les techniques de réinsertions arthroscopiques actuelles ont été débutées. Les indications se sont ensuite progressivement étendues à l'ensemble des ruptures de coiffe, le principal facteur limitant restant la détérioration et la rétraction de la chaîne tendinomusculaire.

L'étude multicentrique conduite en 2004 par la Société française d'arthroscopie [3] afin d'analyser les résultats cliniques et anatomiques de ce type de réparation a souligné la qualité des résultats obtenus en comparaison de ceux publiés en chirurgie ouverte.

La qualité de ces résultats ne doit pas masquer les difficultés techniques et la nécessité d'un apprentissage patient et méthodique pour maîtriser une technique fiable et reproductible.

2. Matériel et méthodes

2.1. Technique opératoire

2.1.1. Anesthésie

L'anesthésie locorégionale par bloc interscalénique permet d'effectuer les réparations arthroscopiques dans de très bonnes conditions pour le patient et pour le chirurgien. Les positions demi-assise ou en décubitus latéral conviennent toutes les deux à ce type d'anesthésie [4].

Le contrôle de la douleur postopératoire est excellent pendant plusieurs heures et peut être prolongé par la pose d'un cathéter qui peut parfois être maintenu à domicile grâce à des systèmes de pompes ambulatoires [5].

Le difficile maintien d'une hypotension contrôlée semble le principal inconvénient du bloc par rapport à la classique anesthésie générale qui sera proposée en cas de contre-indication à l'anesthésie locorégionale.

2.1.2. Installation

L'installation peut se faire en position demi-assise ou « beach chair », mais notre préférence va au décubitus latéral, plus confortable pour le patient et pour le chirurgien qui sollicite moins ses propres épaules en abduction prolongée du fait d'une position plus basse et plus ergonomique. Par ailleurs, dans cette position, la poche de recueil évite toute fuite d'eau sur le sol et permet de travailler à pieds secs.

La traction de 5 à 8 kg se fait par l'intermédiaire d'un gantelet moulé et d'une potence en T. Une angulation supérieure à 45° d'abduction peut être réglée sur la potence et permettre un accès plus facile à la portion verticale du trochiter dans

l'espace sous-acromial pour une implantation plus latérale des systèmes d'ancrage.

L'installation en « beach chair » nécessite une table à épaule et l'installation est plus longue, mais la décoaptation est plus naturelle et la mobilisation du membre plus facile.

2.2. Matériel

2.2.1. Colonne de vidéoarthroscopie

Les caméras numériques actuelles offrent une excellente qualité d'image sur des écrans larges. Les systèmes de capture d'image et d'enregistrement vidéo sur DVD ou disques durs permettent un archivage utile.

Une colonne de secours est indispensable à une chirurgie arthroscopique dont la conversion à ciel ouvert ou en mini-open est de moins en moins comprise et acceptée.

2.2.2. Arthropompe

Indispensable pour beaucoup, elle permet un contrôle de la pression intra-articulaire et limite le saignement. Son maniement n'est pas toujours facile et elle favorise la diffusion du liquide dans les parties molles rendant les gestes opératoires plus difficiles et provoquant un gonflement parfois important et douloureux.

Pour ces différentes raisons, nous n'utilisons pas l'arthropompe et nous nous contentons d'un flux déclive de sérum physiologique adrénaliné (1 mg/l).

2.2.3. Coagulation

L'absence d'arthropompe nécessite une coagulation rigoureuse et efficace bien aidée par l'utilisation de système de coagulation–vaporisation pour l'excision de la bourse sous-acromiale. Ces sondes d'électrocoagulation permettent ainsi d'obtenir un champ de vision large et clair dans l'espace sous-acromial pour effectuer la réparation de coiffe dans les meilleures conditions.

2.2.4. Shaver

Les instruments motorisés permettent essentiellement la réalisation de l'acromioplastie et l'avivement de la surface de réinsertion de la coiffe avec un couteau ou une fraise de 5 mm suivant la dureté de l'os. Le couteau permet aussi, en alternance avec l'électrocoagulation d'exciser la bourse sous-acromiale et de réséquer les berges de la rupture pour une suture en zone saine.

2.2.5. Canules

Elles sont très utiles pour le travail en profondeur dans l'articulation glénohumérale, mais ne sont pas indispensables pour le passage des instruments dans l'espace sous-acromial. L'absence de canule évite aussi l'infiltration des parties molles en évitant toute surpression et limite le nombre de voies

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4049976>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4049976>

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