

Article original

Traitement arthroscopique des raideurs du coude

Arthroscopic Management of the Stiff Elbow

F. Kelberine^{a,*}, P. Landreau^b, J. Cazal^a

^a Clinique provençale, 67, cours Gambetta, 13617 Aix-en-Provence, France

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

Résumé

La raideur du coude peut être due à plusieurs étiologies, la principale et la plus fréquente étant représentée par les séquelles traumatiques. L'arthrolyse chirurgicale ou arthroscopique permet d'obtenir des résultats satisfaisants lorsque sont respectés les indications et les principes techniques. L'arthrolyse arthroscopique présente des avantages en diminuant la morbidité du geste, en particulier en évitant une atteinte ligamentaire et le risque d'adhérence et de récurrence. Pour certains, elle est ainsi devenue le traitement de choix de cette pathologie. Le bilan préopératoire apparaît important avant d'envisager ce type de geste qui ne s'adresse principalement qu'aux causes intra-articulaires. La technique est décrite en détail en insistant sur les difficultés habituellement rencontrées. L'arthrolyse arthroscopique reste un geste technique difficile, à réserver aux chirurgiens possédant déjà une maîtrise de l'arthroscopie.

© 2006 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Abstract

Elbow stiffness has diverse etiologies, the most common being post-trauma. It appears that both arthroscopic and open techniques can achieve satisfactory results when employed properly. Their use is dictated both by the surgeon's level of expertise and an accurate preoperative assessment. When the release is done arthroscopically, collateral ligament stability is not compromised and morbidity from surgical dissection is minimized. The technique of arthroscopic release is described with all steps and difficulties. Arthroscopic capsular release is a technically demanding procedure that requires meticulous attention to detail and should only be attempted by surgeons with extensive experience in elbow arthroscopy.

© 2006 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Coude ; Arthroscopie ; Raideur ; Arthrolyse

Keywords: Elbow; Arthroscopy; Stiffness; Release

1. Introduction

Le coude est une articulation dont la tendance à l'enraidissement est importante, que la cause soit traumatique, dégénérative, inflammatoire ou infectieuse. Plusieurs auteurs ont décrit des techniques chirurgicales conventionnelles destinées

à corriger l'enraidissement de cette articulation [1–7]. Ces techniques combinent, de façon variable, ostéotomie de l'épicondyle, capsulectomie antérieure, allongement du biceps, abord limité latéral avec capsulotomie, abord limité médial, abord postérieur extensif, etc. La morbidité et les risques de complication de cette chirurgie sont connus ainsi que les risques d'adhérence postopératoire. L'utilisation de l'arthroscopie dans ce domaine a progressé pour devenir maintenant le traitement de choix dans certaines mains. Mais il s'agit d'une technique difficile, nécessitant une maîtrise certaine de l'arthroscopie et les

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : drfk@wanadoo.fr (F. Kelberine).

publications restent encore limitées. Elle n'est envisageable qu'en l'absence de cause extra-articulaire ou de destruction massive articulaire.

2. Matériel et méthodes

2.1. Indications

Certains auteurs réservent l'arthrolyse arthroscopique aux raideurs peu sévères [8,9]. Nous pensons que le degré d'enraidissement n'est pas une limite tant que la perte de mobilité conserve principalement une origine intra-articulaire.

2.1.1. Les raideurs post-traumatiques

C'est l'indication principale. Morrey et al. en 1981 [10], montraient que 90° des gestes de la vie quotidienne pouvaient être effectués avec un arc fonctionnel du coude allant de 30 à 130°. Ainsi, il est classique de proposer une arthrolyse à un patient présentant une raideur de 30° ou plus, résistante au traitement conservateur. Cependant, dans certains cas (sport ou profession), une limitation inférieure à 30° peut être une indication d'arthrolyse. Le délai entre l'accident initial et l'arthrolyse n'est pas consensuel. Il paraît préférable d'attendre la fin des phénomènes inflammatoires pour envisager l'arthrolyse sauf s'il existe un butoir nettement responsable. Aussi, les auteurs réalisent cette intervention entre trois mois et quatre ans. Ce délai présente un intérêt pronostique pour certains [1, 4,11]. Secondaires à une fracture intra-articulaire ou à une luxation, les raideurs post-traumatiques sont dues au comblement cicatriciel des différents espaces capsulaires. Il est indispensable d'apprécier précisément les modifications anatomiques justifiant d'une libération (comblements osseux et/ou fibreux, ostéophytes, corps étrangers...). La survenue d'une rétraction tendineuse antérieure (indépendante du traumatisme) semble tardive. Elle justifie d'une arthrolyse conventionnelle avec ténolyse ou allongement tendineux [4,6,12–14]; Schindler et al. [6] n'y voient pas un facteur pronostique péjoratif.

2.1.2. L'arthrose

L'arthrose, primitive ou secondaire, est souvent bien tolérée à long terme. C'est pourquoi certains réservent l'arthroscopie à la simple extraction des corps étrangers symptomatiques ou à la résection d'ostéophytes dans les arthroses débutantes et/ou localisées [9,15,16]. Cependant, il est possible de réaliser dans les arthroses avancées une arthrolyse étendue sous endoscopie [17–20] reproduisant la classique arthroplastie humérocubitale d'Outerbridge et Kashiwagi dont on connaît l'efficacité [5,21–23].

2.1.3. Les autres étiologies

D'autres étiologies peuvent entraîner une raideur du coude.

Corps étrangers secondaires à des microtraumatismes, en particulier dans le cadre d'activité sportive. L'ablation sous arthroscopie ne pose que peu de problèmes techniques.

Les séquelles d'arthrite infectieuse ou les arthrites inflammatoires, certaines pathologies synoviales s'accompagnant de raideur peuvent bénéficier de l'arthrolyse arthroscopique [18].

2.2. Contre-indications

Les causes extra-articulaires, ossifications hétérotiques, myosites ossifiantes, adhérences cutanées liées à des brûlures ou à des antécédents chirurgicaux ne peuvent être corrigées par l'arthroscopie seule.

Les modifications anatomiques neurovasculaires, d'origine post-chirurgicale ou post-traumatique, les subluxations du nerf ulnaire ou les antécédents de transposition du nerf sont des contre-indications relatives à l'arthrolyse arthroscopique dans la mesure où elles rendent le geste risqué sur le plan vasculo-nerveux.

L'expérience limitée du chirurgien en est une autre, surtout en cas d'arthrofibrose serrée, avec une capacité articulaire limitée, peu compliant, ne permettant pas une distension satisfaisante avec le risque neurovasculaire que cela entraîne lors de la réalisation des voies d'abord.

2.3. Bilan préopératoire

Avant une arthrolyse, le bilan clinique et paraclinique a plusieurs objectifs :

- exclure une étiologie extra-articulaire à la raideur : myosite ossifiante, butoir osseux ; mais le degré de rétraction capsulaire et/ou tendineuse est difficilement quantifiable en cas d'atteinte ancienne [4,6,14,24]. Des clichés radiographiques dynamiques de profil sont nécessaires ;
- s'assurer de l'absence d'algodystrophie évolutive par une scintigraphie ;
- analyser les éléments intracapsulaires (Fig. 1) : comblement des fossettes humérales (fibreux, osseux), présence de corps étrangers (libres, synovialisés). L'arthroscanner (coupes fines) est à notre avis l'examen de référence qui permet de juger de la morphologie osseuse, de l'enveloppe articulaire et du contenu [18,20] ;
- évaluer des risques spécifiques comme le nerf ulnaire parfois en chevalet sur des ostéophytes postéromédiaux ou subluxé dans certaines déformations osseuses [16,21,22]. De même une cicatrice chirurgicale latérale doit juger du risque pour le nerf radial. En cas d'antécédents d'interventions itératives, la difficulté de pénétration capsulaire doit faire renoncer aux techniques arthroscopiques.

3. Technique

Nous décrivons l'ensemble des étapes du geste arthroscopique dont certaines ne seront utilisées qu'en fonction de la pathologie et des compartiments à traiter (Fig. 2).

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4049983>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4049983>

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