

Mémoire

L'apport du muscle *pectoralis minor* dans le traitement de l'instabilité antérieure de l'épaule

The role of pectoralis minor in treatment of anterior shoulder instability

Y. El Andaloussi *, J. Hassoun, S. Fnini, A. Messoudi, A.R. Haddoun, A. Largab, M. Ouarab

Département de chirurgie orthopédique et traumatologique, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

Résumé

La stabilisation chirurgicale de l'épaule a connu de multiples améliorations techniques. Nous proposons l'étude d'une modification originale par l'ajout d'un quatrième verrou musculaire pour le traitement des instabilités antérieures de l'épaule. Notre étude est prospective, regroupant 16 patients qui ont bénéficié d'une stabilisation de l'épaule par un quadruple verrouillage utilisant une butée osseuse par le processus coracoïde, un verrou tendineux par un hamac appliqué grâce au tendon coraco-biceps (CB) sur le sub-scapularis, un verrou capsulaire par suture du ligament acromioclaviculaire à la capsule et un quatrième verrou par la suture du tendon *pectoralis minor* (PM) sur le CB. Au recul de 18 mois, nos résultats selon le score de Duplay, sont satisfaisants avec une reprise précoce de l'activité. Actuellement, le triple verrouillage est indiqué chez les patients dont le score ISIS (Instability Severity Index Score) dépasse cinq points. En se basant sur nos résultats préliminaires, l'ajout du muscle PM comme quatrième verrou nous semble intéressant.

© 2011 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Instabilité antérieure ; Épaule ; Technique chirurgicale ; *Pectoralis minor*

Abstract

The surgical stabilization of the shoulder knew many technical improvements energy. We propose a preliminary study about an engineering change by the addition of a fourth muscular bolt for the treatment of former instabilities of the shoulder. Our study is prospective gathering 16 patients having a stabilization of the shoulder by a quadruple locking using an osseous thrust by the coracoid process, a *tendineux* bolt by a hammock applied thanks to the coraco-biceps tendon to the lower bank of the sub-scapularis, a capsular bolt by joining the acromio-coracoid ligament to the glenohumeral capsule and a fourth bolt by the joining of the pectoral small tendon to the coraco-biceps. Our results evaluated by the score of Duplay after 18 months show that the average retreat are satisfactory with an early resumption of the activity (2 months on average). The techniques of former stabilization of the shoulder are currently allowing that triple locking is indicated among all patients whose score ISIS exceeds five points. The addition of small pectoral as fourth bolt seems to us as well interesting because of the good preliminary results.

© 2011 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords: Anterior instability; Shoulder; Surgical technique; *Pectoralis minor*

1. Introduction

Les techniques de stabilisation antérieure de l'épaule ont connu une grande évolution durant ces dernières années, allant de la butée de Latarjet au Bankart arthroscopique en passant par le triple verrouillage de Patte. Les auteurs proposent l'étude d'une modification technique du triple verrouillage de l'épaule à

travers l'analyse d'une série préliminaire de 16 cas, à la lumière de la littérature.

2. Patients et méthodes

Notre travail concerne une série prospective et préliminaire de 16 patients traités pour instabilité antérieure de l'épaule dans le département de chirurgie orthopédique et traumatologique du CHU Ibn Rochd de Casablanca. La moyenne d'âge de notre série était de 27 ans avec une nette prédominance masculine

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : yassirelandaloussi27@hotmail.com (Y. El Andaloussi).

(14 hommes pour deux femmes). Les critères d'inclusion étaient :

- Instability Severity Index Score (ISIS) supérieur à cinq points ;
- examen neurologique normal ;
- *testing* de la coiffe des rotateurs normal ;
- absence de signe clinique d'hyperlaxité constitutionnelle ;
- patients motivés pour la reprise de l'activité sportive et professionnelle antérieure ;
- accord préalable afin de respecter le protocole accéléré de rééducation et des tests isocinétiques au recul de neuf mois postopératoire ;
- les deux épaules devaient être vierges afin de pouvoir réaliser des tests isocinétiques comparatifs.

Le côté dominant était atteint chez 84 % des cas. Parmi ces patients, 30 % pratiquaient des sports à un niveau compétitif, 50 % pour leurs loisirs et 20 % n'étaient pas sportifs. Selon la classification de Walch et du groupe Duplay, les sports « armé-contré » (volleyball), et les sports de contact (judo) étaient prédominants dans notre série, avec un taux de 80 % des cas parmi le groupe des sportifs. Toutes les luxations initiales ont été réduites en urgence avec immobilisation coude au corps pendant trois semaines, suivie d'une rééducation chez seulement 27 % des patients. Les récurrences sont survenues dans un délai moyen de huit mois ; elles étaient de plus en plus fréquentes, secondaires à des traumatismes de plus en plus minimes. La radiographie standard de l'épaule de face en rotation interne, externe et neutre, associée au profil de Bernageau a été systématique chez tous nos patients. Ainsi, nous avons relevé une encoche humérale de Malgaigne dans 90 % des cas, une fracture ou éculement de la glène dans 30 % des cas. Tous nos patients ont été traités chirurgicalement à un délai moyen de quatre ans. La voie d'abord a été delto-pectorale et l'installation en position demi-assise avec appui du bras chez tous les patients. L'ouverture de l'espace delto-pectoral, puis de l'aponévrose clavipectoro-axillaire nous a permis de visualiser le processus coracoïde avec ses trois pôles d'insertion (Fig. 1) :

- le tendon conjoint CB sur la pointe ;
- le ligament acromioclaviculaire (LAC) sur le pôle latéral ;
- le muscle PM sur le pôle médial.

Nous avons alors procédé au repérage au fil de soie 1 du LAC après sa section en gardant un vestige de 1,5 cm inséré sur le processus coracoïde et du PM désinséré à ras de l'os (Fig. 2). Après ostéotomie du processus coracoïde, le muscle sub-scapulaire (SB) a été dissocié à la jonction deux tiers supérieurs et un tiers inférieur dans le sens de ses fibres. L'arthrotomie verticale a été alors réalisée et le greffon coracoïde ainsi que le bord antérieur de la glène ont été préparés. Le greffon coracoïdien a été fixé par deux vis spongieuses 3,5 dans tous les cas. Le LAC a été suturé à la berge latérale de la capsule et le PM a été suturé au muscle CB réalisant un effet « hamac » sur le tiers inférieur du muscle SB (Fig. 3). Tous nos patients ont été immobilisés par un bandage coude au corps pendant une semaine. Les mouvements pendu-

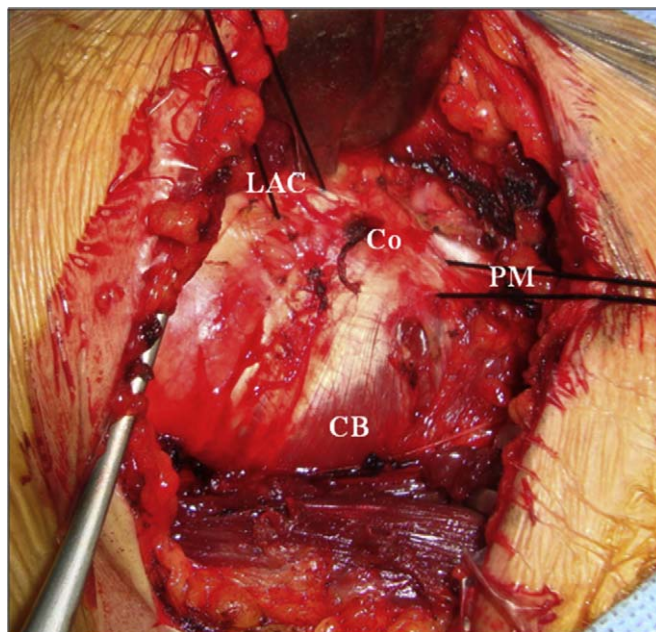


Fig. 1. Aspect peropératoire montrant le repérage des trois pôles du processus coracoïde. PM : *pectoralis minor* ; CB : coraco-biceps ; LAC : ligament acromioclaviculaire ; Co : processus coracoïde.

laire de l'épaule opérée ont été autorisés dès le lendemain de l'intervention. La durée moyenne d'hospitalisation a été de trois jours avec des suites simples dans tous les cas. La mobilisation passive et active a été débutée dans un centre de rééducation dès l'ablation du fil (deuxième semaine). Les mouvements en rotation externe ont été autorisés dès le début de la troisième semaine.

3. Résultats

À un recul moyen de 18 mois, les résultats ont été évalués selon la fiche de cotation de Walch et du groupe Duplay. Ainsi,

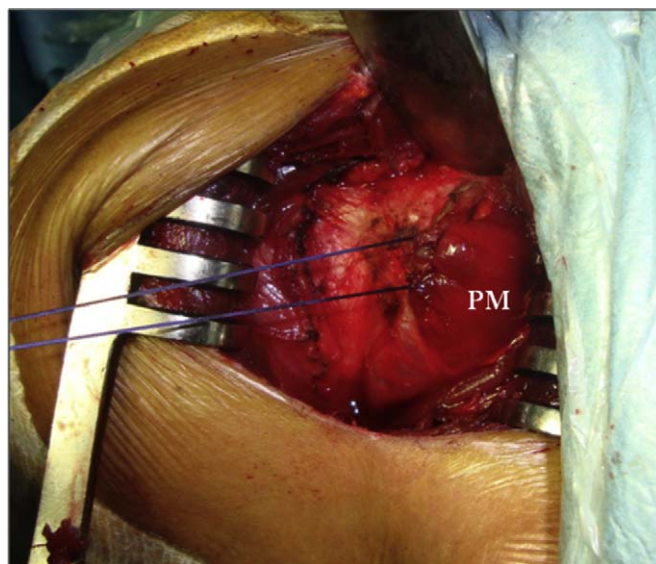


Fig. 2. Désinsertion du muscle *pectoralis minor* qui est repéré par un fil.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4076688>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4076688>

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