



Disponible en ligne sur
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



Mémoire original

Résultats à 10 ans d'une série de stabilisation arthroscopique précoce par Bankart après primo luxation gléno-humérale antérieure chez le sujet jeune[☆]



Ten-year follow-up of acute arthroscopic Bankart repair for initial anterior shoulder dislocation in young patients

V. Chapus^a, G. Rochcongar^{a,b}, V. Pineau^a, E. Salle de Chou^a, C. Hulet^{a,*,b}

^a Département d'orthopédie-traumatologie, CHU de Caen, avenue Côte-de-Nacre, 14000 Caen, France

^b Unité Inserm COMETE, UMR U1075, CHU de Caen, avenue Côte-de-Nacre, 14000 Caen, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Reçu le 10 avril 2015

Accepté le 8 octobre 2015

Mots clés :

Luxation de l'épaule

Arthroscopie

Capsule articulaire

R É S U M É

Introduction. – Le traitement précoce du premier épisode de luxation gléno-humérale antérieure chez le jeune patient est sujet à controverse et l'intérêt d'une prise en charge chirurgicale n'a pas été démontré, notamment par stabilisation arthroscopique. Aussi nous avons fait une étude prospective pour : (1) préciser le taux de récurrence à court et moyen terme, (2) le résultat fonctionnel, et (3) apprécier le taux d'arthrose à moyen terme.

Hypothèse. – La stabilisation précoce par réinsertion capsulo-labrale antérieure sous arthroscopie après un premier épisode de luxation antérieure donne un faible taux de récurrence.

Matériel et méthode. – Vingt et un patients ont été inclus après un premier épisode de luxation antérieure entre juin 2002 et février 2004. Tous les patients ont été stabilisés par un Bankart arthroscopique dans les 30 jours suivant la luxation. Les patients étaient suivis de manière prospective avec une évaluation clinique (score Duplay et Constant) et radiologique (arthrose).

Résultats. – Nous avons observés 5 récurrences de luxation (25 %) et deux patients présentant des sensations de subluxation seules. Au total nous dénombrons donc 7 échecs (35 %) en incluant luxation et subluxation. Le score de Walch-Duplay moyen à 10 ans était de 88 ± 1 (100–30) et le score de Rowe moyen était de 86 ± 22 (100–35). Nous retrouvons un déficit de rotation interne significatif d'un étage vertébral entre l'épaule opérée et l'épaule controlatérale ($p < 0,005$). Nous retrouvons à 10 ans 3 épaules (15 %) présentant une omarthrose centrée classée Samilson 1.

Conclusion. – La prise en charge chirurgicale précoce par réinsertion capsulo-labrale selon la technique de Bankart dans le mois suivant un premier épisode de luxation antérieure chez le patient de moins de 25 ans procure un taux de récurrence faible à 10 ans (35 %) par rapport aux données de la littérature en incluant les récurrences par luxation (25 %) et les récurrences par subluxation (10 %). Les résultats fonctionnels sont satisfaisants et le taux d'arthrose faible à 15 % d'arthrose Samilson 1.

Niveau de preuve. – Niveau IV étude prospective non comparative.

© 2015 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

1. Introduction

La luxation gléno-humérale est une affection traumatique fréquente avec une prévalence de 24/100 000 [1] dans la population générale avec deux pics de fréquence : les patients jeunes souvent sportifs dans un contexte traumatique violent et les patients âgés lors d'une chute. Le traitement courant d'un premier épisode de luxation d'épaule chez les patients jeunes repose sur une immobilisation stricte coude au corps en rotation interne pendant 6 semaines suivie de plusieurs mois de rééducation mobilisatrice

DOI de l'article original : <http://dx.doi.org/10.1016/j.otsr.2015.09.029>.

[☆] Ne pas utiliser, pour citation, la référence française de cet article, mais celle de l'article original paru dans *Orthopaedics & Traumatology: Surgery & Research*, en utilisant le DOI ci-dessus.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : hulet-c@chu-caen.fr (C. Hulet).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rcot.2015.10.014>

1877-0517/© 2015 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

et renforcement musculature. Le risque de récurrence est plus élevé dans la population jeune inférieure à 25 ans avec un taux de récurrence de 50 à 100 % [2–5] selon les auteurs et la population étudiée. Les conséquences d'un passage à une instabilité chronique sont la douleur, la baisse du niveau d'activité et de la qualité de vie. De nombreuses études ont été réalisées pour déterminer la prise en charge idéale après un premier épisode de luxation antérieure d'épaule chez le jeune avec des méthodes orthopédiques variées [6–9] et des techniques de chirurgie dès le premier épisode de luxation [10–12]. Plusieurs études ont montré un bénéfice à court terme d'une réinsertion capsulo-labrale antérieure selon la méthode de Bankart dans une population de patients jeunes [11–16]. Le complexe capsulo-labral antérieur est le principal moyen de stabilisation passive de l'épaule et sa mauvaise cicatrisation expose à un taux important de récurrence. Il paraît donc logique de proposer la réparation de Bankart après un premier épisode de luxation chez le jeune, mais le devenir et la morbidité de cette intervention sont discutés devant un taux de récurrence qui peut atteindre 16 % [11] après réinsertion arthroscopique.

Nous avons mené une étude prospective sur le résultat de réinsertions précoces capsulo-labrale selon la technique de Bankart arthroscopique après un premier épisode de luxation antérieure chez des patients jeunes d'âge inférieur à 25 ans afin de :

- préciser le taux de récurrence à court et moyen terme ;
- le résultat fonctionnel ;
- apprécier le taux d'arthrose à moyen terme.

Notre hypothèse était que la stabilisation précoce par réinsertion capsulo-labrale antérieure sous arthroscopie après un premier épisode de luxation antérieure donne un faible taux de récurrence.

2. Patients et méthodes

2.1. Patients

Il s'agit d'une série prospective monocentrique multi-opérateur réalisée entre juin 2002 et février 2004 évaluée avec un recul minimal de 10 ans. Tous les patients ont signé un consentement éclairé mais il n'y a pas eu de demande auprès du Comité de protection des personnes.

Étaient inclus tous les patients âgés de 25 ans ou moins ayant présenté un premier épisode de luxation antérieure gléno-humérale authentifié à la radiographie. Les critères d'exclusions étaient la présence d'une fracture associée (à l'exclusion des encoches de Hills Sachs) et l'impossibilité de donner son consentement éclairé (le consentement était recueilli auprès des parents pour les patients mineurs).

Vingt et un patients ont été opérés selon le protocole avec un âge moyen de 20,5 ans (15–25) lors de la chirurgie. La population était majoritairement masculine avec 20 hommes pour 1 femme. La luxation atteignait le membre dominant dans 66 % des cas. Cinq patients ont été réduits sous anesthésie générale et 16 aux urgences sans sédation. Le délai moyen entre la luxation et la chirurgie était de 12,1 jours $\pm$ 4,8 (5–25).

2.2. Technique opératoire

La prise en charge initiale consistait en une réduction par manœuvre externe chez tous les patients, sous anesthésie générale si échec aux urgences, et la mise en place d'une immobilisation coude au corps en rotation interne en attente de la chirurgie.

Une arthro-tomodensitométrie était réalisée de façon systématique après réduction et les lésions initiales étaient recensées.

Tableau 1

Recensement des lésions initiales sur les constatations peropératoires.

Lésion de Bankart	Bankart osseux	HAGL lésion	Encoche
18/21	2	1	11

La prise en charge chirurgicale était réalisée dans les 30 jours suivant le traumatisme.

Elle consistait en une réinsertion capsulo-labrale antérieure sous arthroscopie selon la technique de Bankart [17]. Les patients étaient opérés sous anesthésie générale en position demi assise avec une traction de 3 kg portant le bras en antépulsion.

La réinsertion se faisait par l'intermédiaire d'ancres Panaloc™ (Depuy-Mitek, Raynham, MA, États-Unis) résorbables dont le nombre variait en fonction des lésions constatées (minimum de 2 ancres). L'ensemble des lésions retrouvées lors de l'arthroscopie était colligé (Tableau 1).

Dans les suites opératoires immédiates, le patient était immobilisé coude au corps en rotation interne pendant 3 semaines puis rééducation passive et active aidée jusqu'à récupération des amplitudes articulaires. Le retour au sport était autorisé à 3 mois postopératoire.

2.3. Méthode d'évaluation des résultats

Les patients étaient suivis régulièrement de manière prospective à 2 et 6 mois, puis 1, 3 et 10 ans. Les patients ne pouvant se rendre à la consultation à 10 ans étaient interrogés par téléphone et les radiographies envoyées par courrier.

La consultation comprenait un interrogatoire avec étude de l'instabilité objective et subjective, et la recherche de reprise chirurgicale.

L'examen clinique comprenait la recherche d'une instabilité par la manœuvre de l'armé du bras et le relocation test.

L'hyperlaxité du ligament gléno-huméral inférieure était évaluée par le test de Gagey [18].

Les mobilités actives étaient notées pour l'abduction (ABD), l'élévation antérieure (EAA), la rotation latérale coude au corps (RE1A) et la rotation médiale (RI).

Les scores de Walch-Duplay [19] et Rowe [20] étaient calculés.

Le score ISIS [21] a été calculé rétrospectivement pour chaque patient.

Les patients réalisaient des radiographies de l'épaule concernée de face en 3 rotations (interne, neutre et externe) ainsi qu'un profil axillaire selon Bernageau.

La présence d'une encoche de Hill Sachs et d'un écullement de la glène était analysée. La classification de Samilson [22] était utilisée en cas de signes d'omarthrose centrée.

La récurrence était initialement définie par un nouvel épisode de luxation lors de la mise en place de l'étude en 2002. Lors de la revue à long terme nous avons séparé les luxations vraies des sensations d'instabilité, et les deux ont été détaillés. Les mobilités étaient évaluées en comparant le côté opéré au côté controlatéral ; la rotation médiale est comparée en notant les étages vertébraux comme suivant : D1 = 1 ; D2 = 2... puis L1 = 13 ; L2 = 14 ; L3 = 15 ; L4 = 16...

Le score ISIS initial a été mesuré de façon rétrospective lors de la dernière consultation.

2.4. Méthodes statistiques

Les variables quantitatives (mobilité, scores fonctionnels) ont été comparées par un test non paramétrique de Mann-Whitney. Les variables qualitatives (degré de satisfaction) par un test F. La récurrence a été évaluée par une courbe de survie selon la méthode de Kaplan-Meier avec intervalle de confiance à 95 %. Le risque de

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4089586>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4089586>

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