



Disponible en ligne sur
SciVerse ScienceDirect
www.sciencedirect.com

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



Mémoire original

Évaluation des résultats cliniques et de l'IRM du traitement arthroscopique des disjonctions acromio-claviculaires aiguës traitées par double bouton[☆]



Arthroscopic treatment of acute acromio-clavicular dislocations using a double button device: Clinical and MRI results

P. Loriaut^{a,*}, L. Casabianca^a, J. Alkhaili^b, B. Dallaudière^{c,d}, E. Desportes^e, R. Rousseau^a, P. Massin^b, P. Boyer^b

^a Service de chirurgie orthopédique et de traumatologie, hôpital Pitié-Salpêtrière, université Pierre-et-Marie-Curie, 47, boulevard de l'Hôpital, 75013 Paris, France

^b Service de chirurgie orthopédique et de traumatologie, hôpitaux universitaires Paris Nord Val-de-Seine, 46, rue Henri-Huchard, 75877 Paris cedex 18, France

^c Service de radiologie, clinique du sport, Bordeaux-Mérignac, 2, rue Negrevergne, 33700 Mérignac, France

^d Service de radiologie, hôpital Pellegrin de Bordeaux, place Amélie Raba-Léon, 33076 Bordeaux, France

^e Service de radiologie, hôpitaux universitaires Paris Nord Val-de-Seine, 46, rue Henri-Huchard, 75877 Paris cedex 18, France

INFORMATION

Historique de l'article :

Reçu le 10 décembre 2014

Accepté le 5 octobre 2015

Mots clés :

Disjonction acromio-claviculaire

Arthroscopie

Chirurgie épaule

IRM

Cicatrisation ligamentaire

RÉSUMÉ

Introduction. – Le traitement arthroscopique des disjonctions acromio-claviculaires aiguës de stade 3 et 4 reste controversé en raison du risque de récurrence et du potentiel défaut de réduction postopératoire.

Le but de l'étude était de vérifier si la cicatrisation des ligaments acromio-claviculaires et coraco-claviculaires et le positionnement précis de l'articulation acromio-claviculaire dans les 3 plans de l'espace à l'aide de l'IRM étaient corrélés avec des résultats cliniques satisfaisants.

Matériels. – Trente-neuf patients ont été inclus entre 2009 et 2011 et traités arthroscopiquement par laçage coraco-claviculaire par un système de double bouton.

Méthodes. – L'évaluation clinique consistait en un score de Constant, un QuickDash et une évaluation de la douleur résiduelle (EVA). Le délai et le taux de reprise des activités sportives ou professionnelles ont été analysés en fonction de leur type. Toutes les complications postopératoires ont été notées. L'analyse radiologique comportait des radiographies de clavicule de face et un profil axillaire. La cicatrisation ligamentaire et la réduction de l'articulation acromio-claviculaire dans les 3 plans de l'espace ont été évaluées en IRM et corrélées aux résultats cliniques.

Résultats. – L'âge moyen des patients étaient de 35,7 ans (20–55). Les patients ont été revus avec un recul moyen de 42,3 ± 10,6 mois (24–60). Au dernier recul, le score de Constant moyen était de 94,7 ± 7,3 (82–100), le QuickDash moyen de 1,7 ± 4 (0–11), l'EVA moyenne de 0,5 ± 1,4 (range 0–2). Trente-cinq patients (90 %) ont repris leurs activités sportives et professionnelles y compris le travail physique lourd. L'analyse radiologique montrait une congruence acromio-claviculaire dans tous les plans obtenue chez 34 patients (87 %). Les ligaments acromio-claviculaires et coraco-claviculaires apparaissaient cicatrisés dans 36 cas (93 %). Les complications étaient marquées par des pertes de réduction chez 3 patients (à 6 semaines) ayant nécessité une chirurgie secondaire de stabilisation. Les bons résultats fonctionnels étaient corrélés à une restitution satisfaisante de l'anatomie acromio-claviculaire dans le plan frontal et axial ($p < 0,05$) et à une cicatrisation des ligaments acromio- et coraco-claviculaires ($p < 0,04$). Un défaut initial de réduction de 25 % dans le plan frontal n'était pas associé à de mauvais résultats fonctionnels ($p = 0,07$).

DOI de l'article original : <http://dx.doi.org/10.1016/j.otsr.2015.09.024>.

[☆] 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 : philippeloriaut@hotmail.com (P. Loriaut).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rcot.2015.10.009>

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

Discussion/conclusion. – Le traitement arthroscopique par laçage coraco-claviculaire a permis, dans cette série, une restitution satisfaisante de l'anatomie ligamentaire et articulaire. Ces résultats anatomiques corrélés aux bons résultats cliniques encouragent à poursuivre cette technique.

Niveau de preuve. – Niveau IV, série de cas thérapeutiques.

© 2015 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

1. Introduction

Les disjonctions acromio-claviculaires représentent une pathologie courante en traumatologie de l'épaule. L'incidence est de 1,8 pour 10 000 personnes par an [1]. Plusieurs classifications ont été proposées pour décrire ces différentes lésions. Les classifications d'Allman, Tossy et Rockwood sont les plus utilisées [2,3]. Ces classifications, initialement basées sur les radiographies standards, ont été mises à jour avec l'imagerie par résonance magnétique (IRM). L'IRM permet en effet de mieux visualiser les structures de l'articulation acromio-claviculaire (AC) dont les lésions des ligaments acromio-claviculaire (LAC) et coraco-claviculaire (LCC) [4–7].

Le traitement chirurgical des disjonctions acromio-claviculaires aiguës de type 3 et 4 reste actuellement controversé [8–12]. Plusieurs techniques de chirurgie de stabilisation à ciel ouvert ont été décrites, mais la plupart sont associées à des complications telles que l'infection, la perte de correction ou la mobilisation des implants [13–18].

Récemment, les techniques arthroscopiques ont été employées avec succès pour la prise en charge d'une instabilité AC [19–22]. Cependant, malgré une meilleure compréhension de la physiopathologie de l'AC et l'amélioration continue de la prise en charge chirurgicale les techniques actuelles restent associées à de nombreuses complications [23]. Certains auteurs ont rapporté des défauts de correction responsables d'une perte de la congruence articulaire et d'une instabilité résiduelle horizontale ou verticale [24,25].

À ce jour, les radiographies standard restent la méthode la plus répandue pour l'évaluation du traitement des disjonctions AC. Seules quelques études ont utilisé l'IRM et uniquement dans un but diagnostique.

Le but de cette étude était d'évaluer les résultats cliniques et ceux de l'IRM dans le traitement arthroscopique des disjonctions aiguës acromio-claviculaires de type 3 et 4 avec un double bouton (TightRope™ : Arthrex ; Naples, FL) avec un recul d'au moins 2 ans.

L'hypothèse de l'étude était que cette technique peut se révéler efficace et donne un résultat fonctionnel satisfaisant corrélé à la cicatrisation des ligaments acromio-claviculaires et coraco-claviculaires et à une congruence articulaire acromio-claviculaire adéquate.

2. Matériels et méthodes

Quatre-vingt-sept patients présentant une disjonction acromio-claviculaire aiguë ont été pris en charge dans le service entre janvier 2009 et octobre 2011.

Les données ont été colligées prospectivement et analysées rétrospectivement par un observateur indépendant. Les critères d'inclusion étaient : patients âgés de 18 à 60 ans, avec une disjonction aiguë acromio-claviculaire de stade 3–4, opérés par arthroscopie avec fixation par double bouton (TightRope™ : Arthrex ; Naples, FL), ayant un recul d'au moins 2 ans.

Les patients avec d'autres types de disjonctions (1, 2 et 5) et avec des lésions associées de la coiffe des rotateurs, des lésions gléno-humérales, des lésions du tendon du biceps diagnostiquées au cours de l'arthroscopie ainsi que les patients avec un suivi incomplet ont été exclus.

Cette série présente certains patients en commun avec la série de Cohen et al. [19].

2.1. Technique chirurgicale

Les interventions chirurgicales ont été réalisées par un chirurgien orthopédique senior.

Le patient était installé sur une table à épaule en position demi-assise sans traction et sous anesthésie générale.

En premier lieu, une voie d'abord postérieure était réalisée pour permettre l'exploration articulaire. Une voie d'abord antérieure est ensuite réalisée de dehors en dedans. L'intervalle des rotateurs est repéré par une pression cutanée avec le doigt.

Une aiguille de rachis-anesthésie est ensuite utilisée pour confirmer la position correcte de l'incision cutanée. La bourse du sous-scapulaire est réséquée à la sonde de radiofréquence jusqu'à ce que la base de la coracoïde soit dégagée (Fig. 1a).

Un viseur (Arthrex ; Naples, FL) est introduit par la voie d'abord antérieure et centrée sous la base de la coracoïde (Fig. 1b).

Une incision de 3 cm est réalisée en regard de la clavicule et l'extrémité du viseur est centrée sur la clavicule.

Un positionnement correct est essentiel car un tunnel trop antérieur ou trop postérieur pourrait réaliser une effraction de la corticale restante de la clavicule et conduire la mobilisation ou la perte de l'implant. À l'aide de la vue arthroscopique, de la scopie et du viseur, une broche de Kirschner de 2 mm est tirée de la clavicule vers la coracoïde. Un trou de 4 mm est réalisé avec une mèche canulée sur la broche à travers la clavicule et la coracoïde (4 passages de corticale) (Fig. 1c).

La broche de Kirschner est retirée en gardant la mèche en place et remplacée par un guide qui est récupéré par la voie antérieure. Le système TightRope™ (Arthrex ; Naples, FL) est ensuite inséré à travers les tunnels en utilisant un passe fil au travers de la mèche canulée, de la clavicule vers la coracoïde. Le bouton est ensuite basculé sous la surface de la coracoïde pour s'y appliquer (Fig. 1d).

Enfin la disjonction est réduite sous scopie à l'aide d'une pression sur le fragment proximal de la clavicule associée à une manœuvre d'abduction du bras. Les sutures sont ensuite serrées et nouées au niveau de la clavicule. Un contrôle scopique est réalisé pour vérifier la réduction de l'AC et le positionnement des implants.

2.2. Rééducation postopératoire

Les patients sont immobilisés dans un gilet orthopédique standard aussitôt après l'opération. Des exercices de rééducation passive et pendulaire du bras sont mis en place à partir de la première semaine postopératoire et poursuivis pendant une période de six semaines. Ensuite le gilet est retiré et les patients débutent une rééducation active et des exercices de renforcement musculaire. Il leur est conseillé de s'abstenir de soulever, porter, pousser, et tirer avec le membre opéré pendant une période de trois mois après la chirurgie.

2.3. Évaluation clinique et radiologique

L'évaluation clinique comprenait : les critères démographiques, la cause du traumatisme, les lésions associées, le membre dominant, le délai avant la chirurgie, et les mobilités. Le score de

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4089587>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4089587>

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