



Disponible en ligne sur
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

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



Mémoire original

Douleur postopératoire après réparation des tendons de la coiffe des rotateurs par technique arthroscopique versus conventionnelle. Analyse prospective[☆]



Postoperative pain after arthroscopic versus open rotator cuff repair. A prospective study

T.T. Pham^{a,*}, X. Bayle Iniguez^a, P. Mansat^a, L. Maubisson^b, N. Bonneville^a

^a Institut de l'appareil locomoteur, hôpital Pierre-Paul-Riquet, Toulouse, France

^b IAE de Tours, université François-Rabelais, EA CNRS 6296, Vallorem, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Reçu le 7 avril 2015

Accepté le 29 novembre 2015

Mots clés :

Douleur postopératoire

Réparation de la coiffe des rotateurs

À ciel ouvert

Arthroscopie

RÉSUMÉ

Introduction. – Si la technique arthroscopique tend à s'imposer comme la technique de référence pour la réparation des tendons de la coiffe des rotateurs, aucune étude n'a apporté la preuve qu'elle occasionnait moins de douleurs postopératoires que la chirurgie conventionnelle. L'objectif de ce travail était de comparer de manière prospective la douleur perçue à court terme après réparation « tout arthroscopique » et « tout ciel ouvert » de la coiffe des rotateurs, et de déterminer les facteurs pouvant influencer son évolution.

Matériel et méthode. – De janvier 2012 à janvier 2013, 95 patients ont bénéficié d'une réparation de la coiffe des rotateurs : 45 par arthroscopie (groupe @) et 50 à ciel ouvert (groupe O). La consommation d'antalgiques et l'auto-évaluation de la douleur sur échelle visuelle analogique (EVA) ont été relevées en préopératoire puis, de manière biquotidienne du 2^e au 45^e jour postopératoire. Ces données étaient comparées entre les 2 groupes puis analysées en fonction des facteurs démographiques et du bilan lésionnel peropératoire.

Résultats. – La douleur postopératoire moyenne était équivalente dans les 2 groupes ($p = 0,22$). La consommation d'antalgiques de palier 2 était plus élevée dans le groupe @ au-delà de la 4^e semaine ($p = 0,01$). L'absence totale de douleur était atteinte avant la 6^e semaine chez respectivement 75 % et 66 % des patients du groupe @ et O ($p = 0,34$). Il existait une corrélation positive entre la douleur préopératoire et postopératoire ($r = 0,25$; $p = 0,02$). Les patients présentant un contexte d'accident de travail tendaient à être plus algiques en postopératoire ($p = 0,08$). La consommation d'antalgiques de palier 3 était plus importante chez les patients présentant une rupture massive de la coiffe des rotateurs ($p = 0,001$).

Conclusion. – Il n'a pas été mis en évidence de supériorité de l'arthroscopie sur la chirurgie conventionnelle en termes d'analgésie après réparation de la coiffe des rotateurs. Le choix de la technique de réparation ne saurait s'appuyer sur cet argument.

Niveau de preuve. – II.

© 2015 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

DOI de l'article original : <http://dx.doi.org/10.1016/j.otsr.2015.11.005>.

[☆] 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. Chirurgie orthopédique et traumatologique, place du docteur-Baylac, 31059 Toulouse, France.

Adresse e-mail : francethuytrang@yahoo.fr (T.T. Pham).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rcot.2015.12.008>

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

1. Introduction

Depuis la première description en 1911 par Codman [1] de la technique de réparation des ruptures des tendons de la coiffe des rotateurs, différentes études ont rapportées des résultats cliniques satisfaisants dans 70 à 95 % des cas après réinsertion tendineuse à ciel ouvert, avec un taux de cicatrisation de 45 à 90 % [2–15]. Depuis l'avènement de l'arthroscopie, les réparations endoscopiques des lésions des tendons de la coiffe des rotateurs font l'objet de

Tableau 1
Caractéristiques de la population des 2 groupes étudiés.

	Arthroscopie	Ouvert	Valeur de p
Âge moyen (ans)	55 (37–72)	60 (43–78)	0,001
Sexe féminin	37,5%	44,7%	0,323*
Contexte traumatique	37,5%	38,3%	0,558*
Accident de travail ou maladie professionnelle	20%	17%	0,466*
Travailleur manuel modéré ou lourd	62,5%	48,9%	0,146*
Côté dominant	82,5%	63,8%	0,043
Tabagisme actif	20%	21,3%	0,549*

*p > 0,05 : pas de différence significative.

nombreuses publications [16–21]. Le confort postopératoire en termes de symptomatologie douloureuse, notamment par l'absence de désinsertion musculaire, semble être un des arguments orientant le choix des chirurgiens vers la réparation arthroscopique. Cependant, peu d'études comparatives permettent d'évaluer avec précision les résultats fonctionnels entre ces deux techniques, notamment en termes de niveau de douleur postopératoire.

L'objectif de notre étude était de comparer de manière prospective le niveau de douleur postopératoire immédiat après réparation « tout arthroscopique » et « tout ciel ouvert » de la coiffe des rotateurs, et de déterminer les facteurs pouvant influencer ce paramètre. L'hypothèse de ce travail était que la réparation de la coiffe sous arthroscopie engendrait moins de douleurs postopératoires qu'après une réparation conventionnelle.

2. Matériel et méthode

Il s'agissait d'une étude prospective, consécutive, monocentrique, menée au sein d'un service universitaire d'orthopédie-traumatologie, de janvier 2012 à janvier 2013. Ont été inclus, tous les patients ayant bénéficié d'une réparation chirurgicale de la coiffe des rotateurs associée à une acromioplastie et ténodotomie ou ténodèse du tendon du long du biceps. La réparation pouvait être réalisée soit par technique arthroscopique (groupe @), soit par technique à ciel ouvert (groupe O) de manière non randomisée, par 2 opérateurs différents possédant l'expérience de ces techniques : Nicolas Bonneville pour le groupe @ et Pierre Mansat pour le groupe O. Ont été exclus les patients ayant des antécédents de réparation de coiffe de l'épaule concernée, n'ayant pas bénéficié d'acromioplastie ou de geste bicipital ou présentant des pathologies associées.

2.1. Comparabilité des groupes

Quatre-vingt quinze patients avaient bénéficié d'une réparation de la coiffe des rotateurs, 45 sous arthroscopie et 50 à ciel ouvert. L'âge moyen était de 55 ans (37–72) dans le groupe @ et de 60 ans (43–78) dans le groupe O. La durée d'hospitalisation moyenne était de 2,2 jours dans le groupe @ et de 3,5 jours dans le groupe O ($p = 0,001$). Les groupes @ et O étaient comparables en termes de sexe, du contexte traumatique, du contexte d'accident de travail ou de maladie professionnelle, du travail manuel modéré ou lourd, de l'atteinte du côté dominant et du tabagisme actif (Tableau 1). La distribution des atteintes tendineuses (type, rétraction, extension) est résumée dans le Tableau 2. Dans le groupe @, il existait 10 ruptures partielles supérieures à 50% de l'épaisseur du tendon, dont 8 de la face profonde et 2 de la face superficielle. Aucune lésion partielle n'était retrouvée dans le groupe O. Il existait plus de lésions non rétractées de stade 1 dans le groupe arthroscopique. Les 2 groupes étaient comparables sur le nombre de tendons atteints.

Tableau 2
Distribution des lésions tendineuses de la coiffe des rotateurs entre les deux groupes étudiés.

	Arthroscopie, n = 45	Ouvert, n = 50	Valeur de p
Lésion			
Transfixiante	35	50	
Partielle	10	0	0,001
Rétraction (n = 35)			
Stade 1	25	23	0,001
Stade 2	8	22	
Stade 3	2	5	
Nombre de tendons			
1	21	23	0,35
2	22	23	
3	2	4	

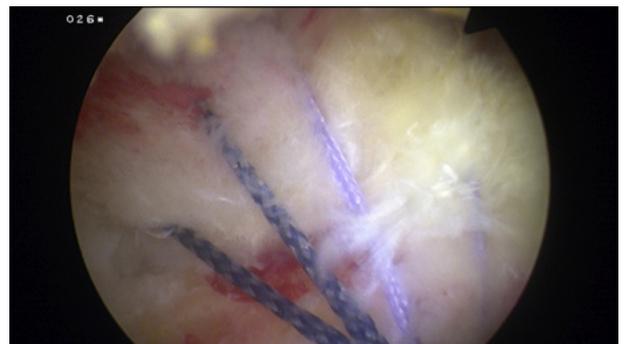
2.2. Techniques chirurgicales

Tous les patients inclus ont bénéficié en préopératoire d'un bloc interscalénique (BIS) soit en injection unique de ropivacaïne 7,5 mg/mL (20 mL), soit en injection unique de ropivacaïne 7,5 mg/mL (20 mL) et dexaméthasone 4 mg, soit associé à la mise en place d'un cathéter périmerveux avec injection initiale de ropivacaïne 7,5 mg/mL (20 mL) puis perfusion continue postopératoire de ropivacaïne 2–5 mL/h, associée à des bolus à la demande. Le cathéter était enlevé à 48 h postopératoire [22,23]. Le choix de l'analgésie périmerveuse était fonction de l'anesthésiste.

Le patient était installé en position demi-assise. Un bilan lésionnel peropératoire était réalisé soit par arthroscopie dans le groupe @, soit à ciel ouvert dans le groupe O. L'extension frontale de la lésion était évaluée en 3 stades selon Patte [24].

2.3. Technique arthroscopique

Aucun système de traction n'était utilisé, une traction manuelle était réalisée si cela était nécessaire. L'intervention débutait par une exploration articulaire gléno-humérale. Une ténodotomie intra-articulaire du tendon du long biceps (TLB) était réalisée au niveau du tubercule sus-glénodien. En cas de ténodèse, le ligament huméral transverse était sectionné après bursectomie antérieure et la ténodèse du TLB était effectuée dans la gouttière bicipitale par une ancre vissée résorbable ou par une vis résorbable d'interférence. Une acromioplastie était effectuée par voie postérieure à l'aide d'une fraise motorisée après bursectomie complète et section du ligament acromio-coracoïdien. La réparation de la coiffe des rotateurs était réalisée selon la technique du haubanage tendineux. Des points de suture en U montés sur une ancre vissée résorbable étaient effectués (Fig. 1). En fonction de l'étendue de la lésion, une technique en double rangée d'ancres était parfois utilisée [25]. En

**Fig. 1.** Haubanage tendineux.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4089644>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4089644>

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