Revue de chirurgie orthopédique et traumatologique 100S (2014) S388–S392

Disponible en ligne sur ScienceDirect www.sciencedirect.com

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

Note de technique

Reconstruction anatomique du ligament talo-fibulaire antérieur et du ligament calcanéo-fibulaire sous arthroscopie : technique opératoire☆

Anatomical reconstruction of the anterior talofibular and calcaneofibular ligaments with an all-arthroscopic surgical technique

S. Guillo[a], G. Cordier[a], B. Sonnery-Cottet[b], T. Bauer[c,*]

[a] *Clinique du sport, Bordeaux-Mérignac, France*
[b] *Centre orthopédique Santy, hôpital privé Jean-Mermoz, Lyon, France*
[c] *Service de chirurgie orthopédique et traumatologique, hôpital universitaire Ambroise-Paré, (AP–HP), hôpitaux universitaires Paris Île-de-France Ouest, 9, avenue Charles-de-Gaulle, 92100 Boulogne-Billancourt, France*

INFO ARTICLE

Historique de l'article :
Accepté le 17 septembre 2014

Mots clés :
Instabilité de cheville
Entorse
Arthroscopie
Ligamentoplastie

RÉSUMÉ

L'arthroscopie devient incontournable dans la prise en charge des instabilités latérales chroniques de la cheville. Elle permet le bilan et le traitement des lésions associées ainsi que le bilan lésionnel ligamentaire afin de choisir l'intervention la plus adaptée. Récemment plusieurs techniques de réparation ligamentaire sous arthroscopie ont été développées et progressivement il semble possible de réaliser une reconstruction complète anatomique des ligaments latéraux de la cheville par ligamentoplastie sous arthroscopie. Une technique de ligamentoplastie arthroscopique des ligaments latéraux de la cheville est décrite dans cet article.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

1. Introduction

L'arthroscopie de cheville semble prendre une place de plus en plus importante dans la prise en charge des laxités latérales chroniques de la cheville puisqu'elle permet à la fois le bilan et le traitement des fréquentes lésions associées mais également la visualisation des ligaments, aidant ainsi dans le choix de la technique de réparation ligamentaire [1]. Aussi plusieurs auteurs ont récemment publié les résultats de réparation capsulo-ligamentaire type Bröström-Gould par technique arthroscopique, confirmant ainsi le rôle central de l'arthroscopie dans le traitement des laxités latérales chroniques de la cheville [2–9]. Si la technique de Bröström-Gould reste la référence dans la majorité des cas, il existe cependant des situations où la réparation n'est pas possible et où il faut s'orienter vers une reconstruction à l'aide de transplants tendineux. Les reconstructions non anatomiques entraînent des modifications biomécaniques et des contraintes (essentiellement au niveau de l'articulation sous-talienne) avec évolution arthrosique précoce [10,11]. Le but de l'arthroscopie dans ces situations est donc de pouvoir réaliser une reconstruction ligamentaire anatomique avec une meilleure précision du positionnement des transplants et une moindre iatrogénie [12,13]. Cet article décrit une technique originale de reconstruction anatomique des ligaments talo-fibulaire antérieur (LTFA) et calcanéo-fibulaire (LCF) sous arthroscopie.

2. Technique opératoire

Le patient est installé en décubitus latéral avec un appui sous la jambe permettant de positionner la cheville à la fois en latéral et en position de décubitus dorsal (par rotation latérale du membre inférieur) (Fig. 1). Cette installation permet de réaliser à la fois une arthroscopie antérieure et une arthroscopie latérale de cheville. Un garrot pneumatique est mis en place à la racine de la cuisse. Tout le membre inférieur est préparé jusqu'au garrot. Le tendon du gracilis homolatéral est prélevé pour réaliser le transplant. Le transplant doit mesurer 10 cm au moins, il est préparé en réalisant deux brins, l'un de 3 cm au moins pour le LTFA et l'autre de 4,5 cm au moins pour le LCF. La partie malléolaire du transplant est suturée à un Toggle Lock® (Biomet, Warsaw, Indiana).

DOI de l'article original : http://dx.doi.org/10.1016/j.otsr.2014.09.009.
☆ 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 : thomas.bauer@apr.aphp.fr (T. Bauer).

http://dx.doi.org/10.1016/j.rcot.2014.09.394
1877-0517/© 2014 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Fig. 1. Installation du patient. a : cheville en position latérale ; b : cheville en position verticale.

2.1. Étape nº 1

L'intervention commence par une arthroscopie antérieure classique de cheville avec le pied en position verticale et en flexion dorsale. L'arthroscope de 4,5 mm est introduit par la voie d'abord antéro-médiale classique (voie nº 1). Après exploration articulaire à la recherche de lésions associées, la voie antéro-latérale classique (voie nº 2) est réalisée par transillumination et sous contrôle direct à l'aiguille au niveau de la gouttière antéro-latérale. Un shaver est introduit par la voie nº 2 afin de débuter la préparation de la gouttière latérale. Tout le tissu cicatriciel et inflammatoire situé à la partie distale du faisceau inférieur du ligament tibio-fibulaire antéro-inférieur est réséqué depuis le tibia jusqu'à la malléole latérale afin de rejoindre l'insertion fibulaire du LTFA. Le LTFA cicatriciel est ensuite réséqué depuis son insertion malléolaire jusqu'à son insertion talienne afin de mettre en évidence ses zones d'insertion (Fig. 2).

2.2. Étape nº 2

L'arthroscope est ensuite placé dans la voie d'abord nº 2. Une voie d'abord instrumentale (voie nº 3) est réalisée au niveau du sinus du tarse. Les repères de cette voie sont le bord postérieur du rétinaculum des extenseurs et le bord supérieur du tendon peroneus brevis. La voie d'abord est réalisée à l'intersection de ces deux droites. Un shaver est ensuite introduit par cette voie pour compléter la préparation au niveau de l'insertion malléolaire du LTFA et du LCF. Une broche est ensuite introduite dans la malléole latérale

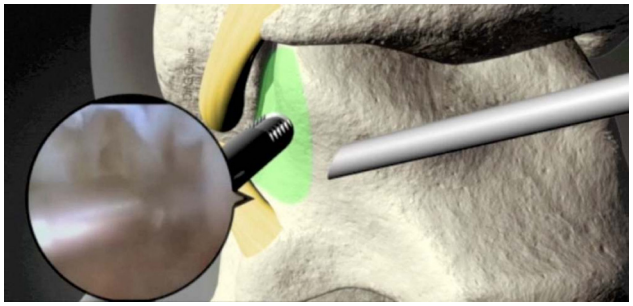

Fig. 2. Nettoyage de la gouttière antéro-latérale.

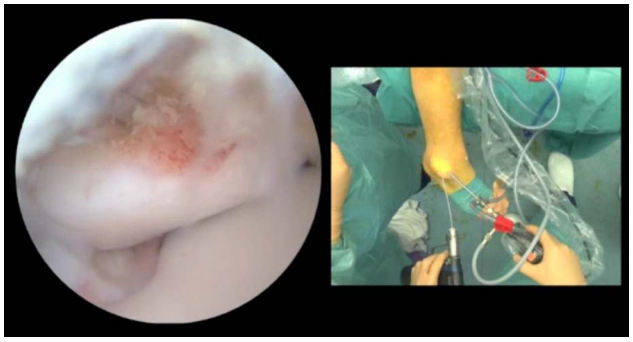

Fig. 3. Réalisation du tunnel malléolaire par une mèche introduite par la voie nº 3.

au niveau de la zone d'insertion du LTFA et du LCF et en direction ascendante par la voie nº 3. Un tunnel de 6 mm de diamètre est ensuite réalisé dans la malléole latérale (Fig. 3).

2.3. Étape nº 3

La cheville est placée en position latérale pour permettre la réalisation de la tendinoscopie des fibulaires. Une voie d'abord rétromalléolaire, située 1 cm au-dessus de la pointe de la malléole (voie d'abord nº 4), est nécessaire. Après incision cutanée, le retinaculum supérieur des fibulaires est exposé puis incisé avant d'introduire l'arthroscope dans la gaine des tendons fibulaires. L'exploration permet de retrouver le septum entre les 2 tendons qui marque le début des tunnels propres et le niveau de la dissection du sinus du tarse et du LCF. L'arthroscope est placé en avant du peroneus brevis, la lumière dirigée vers l'interligne sous-talien. La préparation au shaver, introduit par la voie nº 3, débute juste en amont du début des tunnels propres des tendons et permet de visualiser de distal en proximal l'interligne sous-talien puis le LCF qui le croise. Cette étape permet de repérer et de libérer le LCF en contrôlant les tendons fibulaires (Fig. 4).

2.4. Étape nº 4

La cheville est replacée en position verticale et l'arthroscope est introduit dans la voie d'abord nº 3. Un shaver placé dans la voie d'abord nº 2 permet de finaliser le nettoyage de l'insertion talienne du LTFA. Un tunnel borgne au niveau de l'insertion talienne du LTFA est ensuite réalisé à l'aide d'une broche permettant d'introduire une mèche de 6 mm sur une profondeur de 20 mm. Le tunnel est dirigé vers le centre du dôme talien. Une ancre Jogger Knot® 1,4 mm (Biomet, Warsaw, Indiana) est ensuite placée à l'intérieur de ce tunnel pour servir, par un effet de poulie, à introduire le transplant ultérieurement (Fig. 5).

Download English Version:

https://daneshyari.com/en/article/4090092

Download Persian Version:

https://daneshyari.com/article/4090092

Daneshyari.com