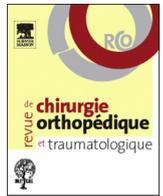




Disponible en ligne sur  
**ScienceDirect**  
[www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)

Elsevier Masson France  
**EM|consulte**  
[www.em-consulte.com](http://www.em-consulte.com)



Travaux de la Société d'orthopédie et de traumatologie de l'Ouest (SOO). Réunion de Tours, juin 2013. Mémoire original

## Quelle longueur de résection claviculaire arthroscopique dans les arthropathies acromio-claviculaires ? Étude radio-clinique (avec tomodensitométrie) de 18 cas au recul moyen de 4 ans<sup>☆</sup>



### *How long should arthroscopic clavicular resection be in acromioclavicular arthropathy? A radiological-clinical study (with computed tomography) of 18 cases at a mean 4 years' follow-up*

W. Kim<sup>a</sup>, A. Deniel<sup>b</sup>, M. Ropars<sup>a</sup>, R. Guillin<sup>b</sup>, A. Fournier<sup>a</sup>, H. Thomazeau<sup>a,\*</sup>

<sup>a</sup> Service de chirurgie orthopédique et réparatrice, CHU de Rennes, 2, rue Henri-Le-Guilloux, 35033 Rennes cedex 09, France

<sup>b</sup> Département de radiologie, CHU de Rennes, 2, rue Henri-Le-Guilloux, 35033 Rennes cedex 09, France

#### INFO ARTICLE

Mots clés :  
 Articulation acromio-claviculaire  
 Arthroscopie  
 TDM

#### RÉSUMÉ

**Introduction.** – La résection claviculaire endoscopique est de pratique courante mais peu d'études analysent les facteurs prédictifs de son résultat.

**Hypothèses.** – La mesure tomodensitométrique (TDM) de la résection claviculaire est reproductible ; le résultat fonctionnel est corrélé à l'importance quantitative de cette résection ; il existe d'autres facteurs influençant ce résultat.

**Patients et méthodes.** – Les patients opérés entre 2005 et 2010 ont été convoqués pour établir les scores fonctionnels (Constant, Simple Shoulder Test (SST), satisfaction) puis réaliser une tomodensitométrie (TDM) bilatérale comparative centrée à basse irradiation. Les critères évalués étaient le parallélisme des tranches de résection osseuse et l'importance quantitative de celle-ci (logiciel OsiriX<sup>®</sup>). Les données radio-cliniques ont été corrélées.

**Résultats.** – Dix-huit patients sur 21 (85%), 3 femmes et 15 hommes ont été réévalués. L'âge moyen au moment de l'intervention était de 49 ans (40–62) et le recul moyen de 4,2 ans (1,6–7,2). Le score de Constant est passé de 57,7 (25–85) à 70,2 (30–96) et le SST postopératoire était de 9,3 (3–12). Onze patients avaient de très bons résultats et 4 de mauvais. La mesure TDM de la résection était reproductible avec des coefficients de corrélation intra-classe, intra- et inter-observateurs supérieurs à 95%. Il n'y avait pas de corrélation entre l'importance de la résection articulaire TDM et les scores fonctionnels ( $p = 0,2$ ). Ceux-ci étaient négativement influencés par le contexte socioprofessionnel ( $p < 0,01$ ) et l'association avec une tendinopathie.

**Discussion et conclusion.** – La TDM basse irradiation permet une analyse reproductible de la résection claviculaire. L'hypothèse de la corrélation du résultat fonctionnel avec l'ampleur de la résection claviculaire n'a pas été vérifiée. Les patients avec un contexte d'accident de travail ou de maladie professionnelle se sont révélés être une population à risque d'échec.

**Niveau de preuve.** – Étude analytique de type cohorte rétrospective monocentrique. Niveau de preuve scientifique 4, grade C des recommandations.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

## 1. Introduction

Que l'étiologie soit primitive ou secondaire, le traitement chirurgical de référence des arthropathies acromio-claviculaires est la résection de l'extrémité latérale de la clavicule. Cette intervention a été décrite pour la première fois par Mumford [1] et Gurd [2] en 1941. Initialement pratiquée à ciel ouvert, elle a ensuite évolué

DOI de l'article original : <http://dx.doi.org/10.1016/j.otsr.2014.03.011>.

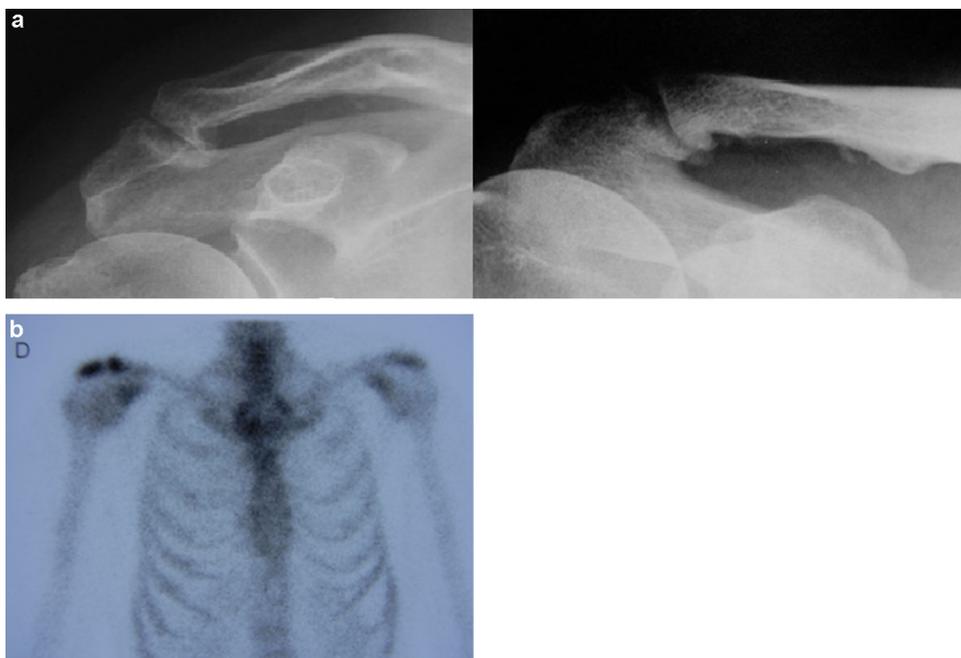
<sup>☆</sup> Ne pas utiliser, pour citation, la référence française de cet article, mais celle de l'article original paru dans *Orthopaedics & Traumatology: Surgery & Research*, en utilisant le DOI ci-dessus.

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [herve.thomazeau@chu-rennes.fr](mailto:herve.thomazeau@chu-rennes.fr) (H. Thomazeau).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rcot.2014.03.023>

1877-0517/© 2014 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.



**Fig. 1.** a : radiographie d'une arthropathie acromio-claviculaire ; b : fixation scintigraphique significative à droite par rapport au côté sain.

vers une réalisation entièrement arthroscopique depuis la première publication de Flatow et al. en 1992 [3]. Si elle est aujourd'hui de pratique courante, il n'existe cependant pas de consensus sur la longueur de la résection à réaliser ce d'autant qu'aucune étude n'a évalué de manière fiable et reproductible la longueur de cette résection.

Les objectifs de cette étude radio-clinique étaient :

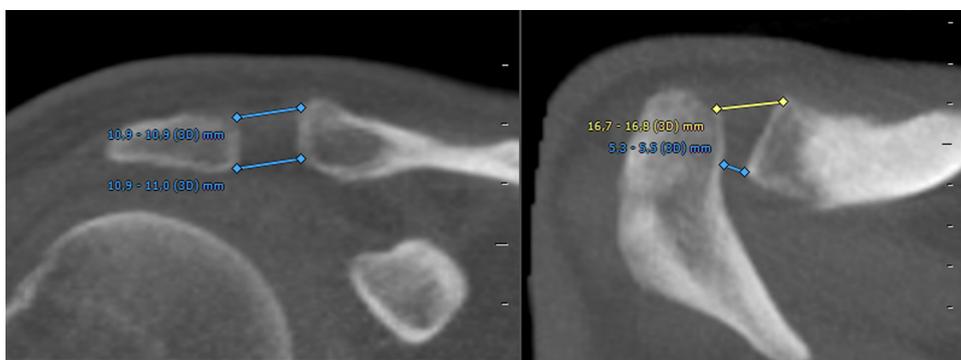
- la mise au point et l'évaluation de la reproductibilité d'une méthode de mesure de la longueur de résection utilisant une TDM peu irradiante ;
- la recherche d'une corrélation entre le résultat fonctionnel et la longueur de la résection osseuse ;
- la recherche d'autres facteurs pronostics du résultat fonctionnel de cette intervention.

## 2. Patients et méthodes

Il s'agit d'une étude de cohorte rétrospective monocentrique incluant les patients opérés entre janvier 2005 et décembre 2010. Les critères d'inclusion étaient la réalisation d'une résection

claviculaire, isolée ou associée à une acromioplastie, une réponse positive aux infiltrations et une fixation scintigraphique significative par rapport au côté opposé (Fig. 1a et b). Le critère d'exclusion était la réalisation dans le même temps d'une suture de la coiffe des rotateurs. Les résections ont toutes été réalisées par voie bursale antérieure sous-claviculaire et sous contrôle optique postérieur, sans immobilisation postopératoire.

Lors de la reconvoation, l'examen clinique a été effectué par un même évaluateur et a consisté en un score de Constant [4], un Simple Shoulder Test (SST) [5], un C-test et une évaluation de la satisfaction. Le C-test correspond à la mesure en degrés de l'angle thoraco-huméral lors de l'élévation active du coude avec la main posée sur l'épaule controlatérale. Dans la même séance était réalisée une TDM bilatérale comparative à basse irradiation centrée sur les articulations acromio-claviculaires. Les critères évalués étaient la longueur moyenne de résection, le parallélisme des tranches de résection osseuse et la présence de calcification secondaire (la résection était considérée comme « symétrique » si les tranches étaient parallèles à la fois sur les reconstruction axiale et coronale) (Fig. 2). Pour calculer la longueur de résection moyenne, ont été mesurés les distances entre les bords



**Fig. 2.** Technique des mesures des distances acromio-claviculaires en incidence axiale transverse (à droite) et reconstruction coronale (à gauche). La résection claviculaire moyenne (en millimètres) est obtenue par soustraction de la moyenne des 4 valeurs du côté sain de celle du côté opéré. La résection est considérée comme « symétrique » lorsque les tranches sont parallèles dans les deux plans.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4090722>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4090722>

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