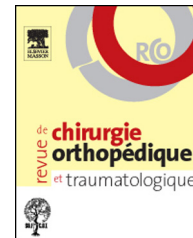




Disponible en ligne sur
SciVerse ScienceDirect
www.sciencedirect.com

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



MÉMOIRE ORIGINAL

Os acromial : une source de douleur scapulaire à ne pas manquer[☆]

Os acromiale, a cause of shoulder pain, not to be overlooked

O. Barbier*, D. Block, C. Dezaly, F. Sirveaux, D. Mole

Centre chirurgical Émile-Gallé, 49, rue Hermitte, 54000 Nancy, France

Acceptation définitive le : 28 octobre 2012

MOTS CLÉS

Acromion ;
Greffe iliaque ;
Ostéosynthèse

Résumé

Introduction. — L'os acromial est un défaut de fusion des noyaux d'ossification de l'acromion. Le plus souvent, il est asymptomatique et de découverte fortuite. Quand il est douloureux, il représente un diagnostic différentiel à ne pas méconnaître du syndrome sous-acromial.

Hypothèse. — L'instabilité d'un os acromial est responsable de scapalgies atypiques. Sa stabilisation par haubanage et greffon encastré en sarcophage permet sa fusion et le retour à l'indolence.

Patients et méthode. — La série se composait de dix patients âgés en moyenne de 43 ans et présentant une douleur de l'épaule résistante au traitement conservateur depuis un délai moyen de 15 mois. Les circonstances d'apparition étaient traumatiques dans trois cas. Trois patients avaient comme antécédent une acromioplastie qui ne les avait pas soulagés. Tous présentaient une douleur à la palpation du bord supérieur de l'acromion. Le diagnostic était confirmé pour huit patients par un test infiltratif positif. Le score de Constant préopératoire moyen était de 53,4. L'intervention comportait une ostéosynthèse à ciel ouvert de l'os acromial par brochage et haubanage associé à une greffe iliaque encastrée sans acromioplastie complémentaire.

Résultats. — Le recul moyen était de 48 mois. L'indolence était obtenue dans sept cas et tous les patients étaient améliorés et satisfaits. Radiologiquement, tous les os acromiaux avaient fusionné. Le score de Constant moyen était de 82,2.

Discussion. — La responsabilité de l'os acromial dans la genèse des douleurs est confirmée par l'efficacité du test infiltratif dans la néo-articulation et le retour à l'indolence après fusion osseuse. De plus, notre technique est fiable permettant toujours la fusion de l'os acromial. L'ostéosynthèse par hauban favorise le relèvement de l'os acromial et sa fusion. Les auteurs

DOI de l'article original : <http://dx.doi.org/10.1016/j.otsr.2012.10.020>.

[☆] 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. HIA Begin, 69, avenue de Paris, 94160 Saint-Mande, France.

Adresse e-mail : Olive.barbier@gmail.com (O. Barbier).

1877-0517/\$ - see front matter © 2013 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rcot.2012.10.076>

insistent sur la nécessité, en cas de syndrome sous-acromial, de rechercher l'existence d'un os acromial qu'une acromioplastie simple pourrait aggraver.

Type d'étude. — Niveau de preuve IV : étude rétrospective observationnelle.

© 2013 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Introduction

Le terme d'os acromial est utilisé pour définir un défaut de fusion des noyaux d'ossification de l'acromion. Décrit initialement par Gruber [1] qui distinguait trois formes anatomiques en fonction de sa taille, il s'agit le plus souvent d'un méso-acromion situé juste en arrière de l'articulation acromioclaviculaire [2,3]. Parfois bilatéral, il est rencontré aussi fréquemment dans la population générale que dans les épaules symptomatiques (environ 10% des cas) [2–5]. Dans la littérature, plusieurs travaux ont étudié l'association os acromial et rupture de coiffe, et la plupart concluent à l'absence de lien entre les deux [2,3]. Il peut aussi devenir douloureux de manière isolée et représente alors un diagnostic différentiel à ne pas méconnaître du syndrome sous-acromial.

Notre hypothèse était que la mobilité de l'os acromial instable serait directement responsable des douleurs et que sa stabilisation par haubanage et greffon encastré en sarcophage permettrait sa consolidation et le retour à l'indolence.

Le but de cette étude rétrospective était d'analyser les résultats du traitement chirurgical par ostéosynthèse à foyer ouvert et greffe iliaque en sarcophage pour le traitement d'un os acromial instable et symptomatique.

Patients et méthode

Entre 1995 et 2010, dix patients étaient opérés pour des scapalgies liées à un os acromial instable (Tableau 1) dont sept hommes et trois femmes d'âge moyen 43,3 ans (min–max : 16–65 ans). L'épaule droite était concernée dans cinq cas et la gauche dans cinq cas.

Les patients souffraient de douleurs résistant au traitement conservateur depuis 15,4 mois en moyenne au jour de l'intervention (min–max : 8–22 mois). Les circonstances d'apparition des douleurs étaient brutales dans trois cas faisant suite à une chute sur le moignon de l'épaule et progressive dans sept cas. Chez trois patients, cette douleur avait été confondue avec un syndrome sous-acromial et avait donné lieu à une acromioplastie préalable dans un autre centre qui avait aggravé la symptomatologie dans deux cas et était inefficace dans un cas. Un contexte de maladie professionnelle ou d'accident du travail était retrouvé dans trois cas.

Tous les patients décrivaient un arc douloureux de l'épaule à l'élévation antérieure et l'abduction. L'examen clinique retrouvait toujours une douleur à la palpation du bord supérieur de l'acromion. Les mobilités actives préopératoires étaient de 144,5° en moyenne en élévation antérieure (min–max : 85°–180°), de 131° en moyenne en abduction (min–max : 90°–180°), et de 61° en moyenne en rotation externe (min–max : 20°–90°). En passif, toutes les

épaules étaient souples. Les manœuvres conflictuelles en rotation interne (Neer, Hawkins et Yocum) reproduisaient toujours une douleur. L'articulation acromioclaviculaire était toujours indolore à la palpation et le Cross Arm Test était douloureux dans un cas. Le testing de la coiffe était toujours normal. La force préopératoire était diminuée dans tous les cas de 53% en moyenne par rapport au côté controlatéral. Le score de Constant préopératoire moyen était de 53,4 (min–max : 39–64). Le bilan radiographique préopératoire comportait des radiographies standard de l'épaule et un arthro-scanner ou une imagerie par résonance magnétique (IRM) (Fig. 1A). Les radiographies ne permettaient d'identifier l'os acromial que dans six cas et l'examen tomodensitométrique (TDM) ou l'IRM permettait toujours de le visualiser. Le type retrouvé était toujours un méso-acromion. Par ailleurs, il n'était pas retrouvé d'atteinte acromioclaviculaire, d'atteinte des tendons de la coiffe des rotateurs ni de signe en faveur d'une bursite sous-acromiale. Chez huit patients, la responsabilité de l'os acromial dans la genèse des douleurs était confirmée par la réalisation d'un test infiltratif de la néo-articulation scannoguidée (six cas) ou radioguidée (deux cas) qui était toujours positif (Fig. 1B). Une infiltration sous-acromiale avait été réalisée dans cinq cas et n'avait soulagé partiellement les douleurs que dans un cas.

Tous les patients bénéficiaient d'un traitement médical conservateur initial. L'indication opératoire reposait sur la présence d'une douleur en lien avec un os acromial instable et ne répondant pas aux antalgiques classiques.

Le but de l'intervention était de stabiliser l'os acromial en réalisant une fusion osseuse par greffe et de réduire l'os acromial avec une ostéosynthèse par hauban. Les patients étaient opérés sous anesthésie générale en position demi-assise. La voie d'abord était supéro-externe, centrée sur l'acromion (Fig. 2A). La néo-articulation acromio-acromiale était exposée en désinsérant en sous-périosté la chape trapézodeltoïdienne, permettant de visualiser la micro-mobilité de l'os acromial (Fig. 2B). Les surfaces de la néo-articulation acromio-acromiale étaient avivées et une tranchée osseuse antéropostérieure en sarcophage préservant la corticale inférieure et pontant la néo-articulation était creusée à la scie oscillante (Fig. 2C). Dans un second temps, un prélèvement de la crête iliaque homolatérale de 2,5 cm sur 1,5 cm environ avec greffe spongieuse était réalisé selon la planification per-opératoire. La taille du greffon était volontairement plus courte que la tranchée osseuse afin de permettre la compression du foyer. Le foyer était réduit en redressant l'os acromial grâce à un écarteur contre-coudé placé en avant de l'acromion. L'ostéosynthèse était réalisée par brochage et haubanage supérieur permettant une déflexion de l'os acromial, une compression du foyer et une stabilisation du greffon (Fig. 1C et 2D). En postopératoire, le patient était immobilisé quatre semaines avec une attelle thoraco-brachiale en abduction et rotation neutre.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4090949>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4090949>

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