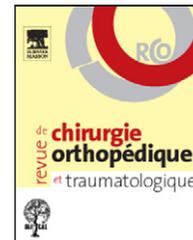




Disponible en ligne sur
SciVerse ScienceDirect
www.sciencedirect.com

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



MÉMOIRE ORIGINAL

Hémiarthroplastie d'épaule : résultats et étude de survie à long terme selon l'étiologie en cause[☆]

Shoulder hemiarthroplasty: Outcomes and long-term survival analysis according to etiology

F. Gadea^{a,*}, G. Alami^b, G. Pape^c, P. Boileau^d, L. Favard^a

^a Département d'orthopédie-traumatologie I, université François-Rabelais de Tours, hôpital Trousseau, avenue de la République, 37044 Tours cedex 9, France

^b Département de chirurgie orthopédique, hôpital Saint-Jérôme, Saint-Jérôme, Québec J7Z 5T3, Canada

^c Department of Orthopaedic Surgery, Division of Upper Limb Surgery, University of Heidelberg, Schlierbacher Landstrasse 200A, 69118 Heidelberg, Allemagne

^d Département de chirurgie orthopédique et traumatologie du sport, université de Nice-Sophia-Antipolis, hôpital de L'Archet, 151, route de Saint-Antoine-de-Ginestière, 06202 Nice, France

Acceptation définitive le : 10 mai 2012

MOTS CLÉS

Hémiarthroplastie de l'épaule ;
Toutes étiologies ;
Long terme ;
Score de Constant

Résumé

Introduction. – L'indication des hémiarthroplasties dans les différentes arthropathies glénohumérales est controversée et dépend essentiellement de l'étiologie. L'objectif de cette étude a été d'évaluer à long terme, l'influence de l'étiologie sur leur survie et sur le score de Constant-Murley.

Patients et méthode. – La population initiale était constituée de 73 séquelles de fracture, 67 omarthroses (OA) primitives, 43 OA excentrées, 40 ostéonécroses avasculaires, 31 polyarthrites rhumatoïdes (PR), et 18 étiologies variées. Sur les 272 hémiarthroplasties analysées, 139 ont été revues avec un minimum de huit ans (recul moyen 134 mois). Au total 30 prothèses ont été déposées. L'état fonctionnel a été évalué par le score de Constant-Murley. La survie a été analysée selon Kaplan-Meier en considérant comme point de sortie l'ablation ou la totalisation de la prothèse.

Résultats. – La survie globale à dix ans était de 88,13% ; 100% pour les PR ; 94,9% pour les ostéonécroses avasculaires ; 94,2% pour les OA primitive ; 81,5% pour les CTA et 76,8% pour les séquelles de fracture ($p=0,05$). Le score de Constant-Murley à huit ans minimum était en moyenne de 70,1 pour les ostéonécroses avasculaires ; 60,7 pour les OA primitives ; 57,7 pour les séquelles de fracture ; 55,3 pour les PR et 46,2 pour les CTA ($p=0,0006$). Le taux

DOI de l'article original : <http://dx.doi.org/10.1016/j.otsr.2012.03.020>.

[☆] 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.

Adresse e-mail : gadea.f@gmail.com (F. Gadea).

de complications par rapport à la population initiale était de 24,7 % pour les séquelles de fracture ; 18,6 % pour les CTA ; 15 % pour les ostéonécroses avasculaires ; 8,9 % pour les OA primitives et 3,2 % pour les PR.

Conclusions. — L'ostéonécrose est la meilleure indication d'hémiarthroplastie, les CTA et les séquelles de fracture les moins bonnes. Les PR et les OA constituent de bonnes indications chez les patients de moins de 50 ans.

Niveau de preuve. — IV, étude rétrospective.

© 2012 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Introduction

La première série d'hémiarthroplasties (HA) de l'épaule a été publiée par Neer en 1970 [1]. Elle concernait des fractures à quatre « parts » et les résultats rapportés étaient bons. Depuis, les HA ont été utilisées dans beaucoup d'autres étiologies : omarthroses (OA) [2], nécroses (ONA) [3], polyarthrites rhumatoïdes (PR) [4], arthropathies à coiffe rompue (CTA) [5] et séquelles de fractures (Seq) [6]. L'amélioration de la fonction, de la mobilité et de la douleur sont souvent évidentes pour les ONA, variables pour les OA et PR et décevantes pour les CTA et les Seq où la prothèse inversée selon le concept de Grammont et al. [7] apparaît plus efficace [8]. Ainsi les indications communément admises d'HA [9–11] concernent des patients à coiffe intacte et à glène peu ou non usée, c'est-à-dire les ostéonécroses. Cependant, chez les patients jeunes à glène usée, il n'existe pas de consensus sur l'indication du type d'arthroplastie à employer [10]. L'hémiarthroplastie expose au risque d'érosion glénoïdienne, principale cause des détériorations fonctionnelles et des reprises à court et moyen termes [12–14]. La prothèse totale expose au risque de descellement glénoïdien dont le taux croît avec le temps et est corrélé à des épaules plus douloureuses et moins fonctionnelles [15–18]. Par ailleurs le stock osseux, souvent altéré, rend les reprises délicates. De ce fait, le choix du type de prothèse le plus approprié, et notamment des HA, doit tenir compte des facteurs influençant leur survie et leur résultat fonctionnel.

Notre objectif a été d'analyser la survie, les complications et le score de Constant-Murley [19] d'une série d'hémiarthroplasties avec un recul minimum de huit ans et d'évaluer l'incidence du type d'arthropathie glénohumérale sur ces facteurs. Notre hypothèse est que l'étiologie joue un rôle majeur dans la survie et le résultat fonctionnel des hémiarthroplasties.

Matériel et méthodes

Il s'agit d'une étude multicentrique, européenne, rétrospective portant sur l'ensemble des hémiarthroplasties (Aequalis¹) implantées en première intention avant le 31 décembre 2000. Les patients ont été revus au cours de l'année 2009 de façon à avoir un recul minimum de 8 ans. Toutes les étiologies ont été prises en compte en dehors des tumeurs et des fractures récentes. Au total, 272 prothèses

consécutives ont été posées entre mai 1988 et décembre 2000.

La population était composée de 261 patients (11 cas bilatéraux). Il y avait 180 femmes pour 81 hommes soit un sex-ratio de 1 homme pour 2,22 femmes. L'âge moyen au moment de la chirurgie était de 59 ans (16–82). Le côté dominant a été concerné dans 57 % des cas. Les patients étaient retraités ou inactifs dans 66 % des cas. Les étiologies se répartissaient en 73 séquelles de fracture, 67 OA primitives, 43 OA excentrées, 40 ostéonécroses avasculaires dont quatre post-radiales, 31 PR, dix instabilités et huit étiologies variées.

Au moment de la revue de ces patients, 54 représentant 59 épaules étaient décédés avec la prothèse encore en place, sans avoir eu de complication connue et 46 représentant 47 épaules avaient été perdus de vue sans complication connue. Sur les 161 patients restants représentant 166 épaules, 30 ont eu une dépose de leur prothèse dont trois après huit ans, et 12 ont eu une complication sans dépose de la prothèse. Ainsi, 134 patients représentant 139 épaules ont été revus, prothèse en place, avec un recul minimum de huit ans et moyen de 11,2 ans (8–16,6). L'âge moyen de cette population au moment de la revue était de 69,8 ans (30–94). La répartition dans les différentes étiologies est rapportée dans le [Tableau 1](#).

Les groupes des étiologies variées et des instabilités étaient trop petits numériquement et ces patients n'ont pas été spécifiquement analysés. Pour le groupe CTA alors que le consensus visant à exclure les hémiarthroplasties est ancien [20], un certain nombre d'opérateurs ont hésité à passer à la prothèse inversée et ont continué à poser des hémiarthroplasties.

En préopératoire le score de Constant-Murley [19] brut et pondéré étaient respectivement de 26,5 et de 34,4 %. L'élévation active antérieure était de 78,4° et la rotation externe active coude au corps de 10,6°. Au moment de la revue, les patients ont eu une évaluation clinique par le score de Constant-Murley et une étude des mobilités actives en élévation et en rotation externe coude au corps. Les résultats ont été considérés comme mauvais si un des critères suivants était présent : score de Constant-Murley brut inférieur à 30, ou score de Constant-Murley pondéré inférieur à 50 %, ou le paramètre douleur du score de Constant-Murley inférieur à 10, ou une élévation antérieure active (EAA) inférieure à 90° associée à une rotation externe coude au corps active (RE1A) inférieure à 10°.

Les courbes de survie ont été établies selon la méthode Kaplan-Meier [21] avec un intervalle de confiance de 95 %. Le point de sortie était la dépose de la prothèse définie

¹ Tornier Inc, Edina MN, Aequalis™.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4091530>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4091530>

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