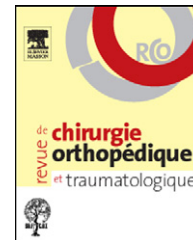




Disponible en ligne sur
SciVerse ScienceDirect
www.sciencedirect.com

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



MÉMOIRE ORIGINAL

Mobilisation passive immédiate versus immobilisation après réparation tendineuse arthroscopique du sus-épineux : une étude prospective randomisée[☆]

Immediate passive motion versus immobilization after endoscopic supraspinatus tendon repair: A prospective randomized study

J. Arndt^a, P. Clavert^{a,*}, P. Mielcarek^a, J. Bouchaib^a, N. Meyer^b, J.-F. Kempf^a, la Société française de l'épaule et du coude (SOFEC)¹

^a Service de chirurgie du membre supérieur, de la hanche et du genou, centre de chirurgie orthopédique et de la main, hôpitaux universitaires de Strasbourg, 10, avenue Achille-Baumann, 67400 Illkirch-Graffenstaden, France

^b Laboratoire de biostatistiques, faculté de médecine, 4, rue Kirschleger, 67085 Strasbourg cedex, France

Acceptation définitive le : 10 mai 2012

MOTS CLÉS

Coiffe des rotateurs ;
Traitement du
tendon ;
Rééducation ;
CT arthrographie ;
Raideur de l'épaule

Résumé

Introduction. — La rééducation après réparation de la coiffe des rotateurs doit permettre la récupération de la fonction de l'épaule sans compromettre la cicatrisation tendineuse. Le but de cette étude prospective randomisée était de comparer les résultats cliniques et anatomiques après deux modes de prise en charge postopératoire : mobilisation passive immédiate versus immobilisation.

Patients et méthode. — Nous avons suivi 100 patients, d'âge moyen 55 ans, opérés d'une réparation arthroscopique d'une rupture non rétractée du supra-épineux. La prise en charge postopératoire a été randomisée entre mobilisation passive immédiate et immobilisation stricte durant six semaines. Une évaluation clinique a été réalisée pour 92 patients, et un arthroscanner pour 82. Le recul moyen était de 15 mois.

Résultats. — Le score de Constant moyen était amélioré significativement de 46,1 points en préopératoire à 73,9 au recul. Le taux de coiffes étanches était de 58,5 %. Le résultat fonctionnel était statistiquement meilleur après mobilisation passive immédiate, avec au recul une rotation externe passive moyenne à 58,7° contre 49,1° après immobilisation ($p=0,011$), une élévation antérieure passive à 172,4° contre 163,3° ($p=0,094$), un score de Constant de 77,6 points contre

DOI de l'article original : <http://dx.doi.org/10.1016/j.otsr.2012.05.003>.

[☆] 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 : philippe.clavert@chru-strasbourg.fr (P. Clavert).

¹ Société française d'épaule et du coude (SOFEC), 56, rue Boissonade, 75014 Paris, France.

1877-0517/\$ - see front matter © 2012 Publié par Elsevier Masson SAS.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rcot.2012.05.003>

69,7 ($p=0,045$), et un moindre taux de capsulites rétractiles et algodystrophies. Il semblait exister une légère supériorité de l'immobilisation sur la cicatrisation, mais sans différence statistique : aspect normal de la coiffe dans 35,9 % des cas après immobilisation contre 25,6 % après mobilisation passive, image d'addition intratendineuse dans 25,6 % contre 30,2 %, fuite punctiforme dans 23,1 % contre 20,9 %, rupture itérative dans 15,4 % contre 23,3 %.

Discussion. – Le programme de rééducation permettant la meilleure cicatrisation tendineuse en prévenant la raideur postopératoire n'a pas encore été établi. Nos résultats encouragent l'autorisation d'une mobilisation passive précoce : les résultats fonctionnels ont été meilleurs, sans différence significative de cicatrisation.

Niveau de preuve. – Niveau II. Prospectif randomisé.

© 2012 Publié par Elsevier Masson SAS.

Introduction

Les ruptures de la coiffe de rotateurs constituent une pathologie fréquente, retrouvée avec une prévalence de 13 % chez le sujet de la cinquantaine jusqu'à 50 % après 80 ans [1]. Les capacités de cicatrisation tendineuse sont limitées et multifactorielles, comme le montrent les taux de ruptures itératives après réparation, qui varient de 16 % pour les ruptures non rétractées du sujet jeune [2], à 94 % pour les ruptures massives [3]. Les recherches actuelles visent à améliorer les capacités de cicatrisation intrinsèque du tendon, à la fois sur les plans biologique [4–6] et biomécanique [7,8], et cherchent à améliorer les techniques chirurgicales de réparation [9,10].

La prise en charge postopératoire des réparations de ruptures de coiffe consistait initialement en une immobilisation de l'épaule. En raison de la constatation d'un taux de raideur important [11,12], le passage à une mobilisation passive immédiate s'est progressivement imposé, s'inspirant de la prise en charge d'autres réparations tendineuses [13].

La prise en charge postopératoire après réparation d'une rupture de la coiffe des rotateurs demeure un élément essentiel. Elle doit permettre la récupération des amplitudes articulaires, de la force musculaire et de la fonction de l'épaule, sans compromettre la cicatrisation du tendon réparé. Peu d'études se sont penchées sur les conséquences de la prise en charge postopératoire sur la cicatrisation tendineuse. Ce n'est que récemment que des études, chez l'animal, ont mis en évidence des capacités potentielles d'amélioration de cette cicatrisation après immobilisation [14,15].

Le but de cette étude prospective randomisée était de comparer les résultats cliniques et anatomiques, en termes de cicatrisation tendineuse, mobilités passives et scores fonctionnels, après deux modes de prise en charge postopératoire des réparations arthroscopiques du tendon supra-épineux : mobilisation passive immédiate versus immobilisation. Notre hypothèse nulle était que l'immobilisation n'influence pas les résultats fonctionnels et anatomiques postopératoires.

Patients et méthodes

La série

Il s'agissait d'une étude prospective randomisée monocentrique, préliminaire à un Programme hospitalier de

recherche clinique (n° 4964). Cent patients ont été inclus, opérés d'une réparation d'une rupture distale ou intermédiaire du tendon supra-épineux sous arthroscopie, entre janvier 2008 et septembre 2009.

Les critères d'inclusion étaient une rupture isolée du supra-épineux symptomatique, non rétractée, résistant au traitement médical, avec une épaule souple, un stade de dégénérescence graisseuse inférieur ou égal à 2, et un espace acromio-huméral conservé. Une extension de la rupture sous forme d'un clivage antérieur ou postérieur ne constituait pas un critère d'exclusion.

Le mode de prise en charge postopératoire a été tiré au sort après l'intervention, afin de constituer deux groupes de 50 patients : le premier a eu un protocole de rééducation passive immédiate (groupe « Passif »), le second a été immobilisé pendant six semaines par une attelle coude-au-corps, n'autorisant que des mouvements pendulaires pour les soins d'hygiène et l'habillage (groupe « Immobilisation »). Cinq patients ont été perdus de vue (trois pour raison démographique, un pour raison médicale autre et un refus pour insatisfaction), un est décédé et deux ont été exclus pour échec mécanique précoce (arrachement d'ancre à la première et sixième semaine).

La série était composée de 92 patients (34 hommes et 58 femmes) d'âge moyen 55,3 ans (37–71, ET=8 ans) au moment de l'intervention. L'épaule droite était atteinte dans 71 % des cas et l'épaule dominante dans 74 %. On comptait 65 % de travailleurs manuels et 31 % d'accidents du travail ou de maladies professionnelles (AT-MP). Le délai moyen entre la survenue des symptômes et la chirurgie était de 20,5 mois (2–100, ET=21 mois).

Bilan lésionnel préopératoire

La veille de l'intervention, les mobilités passives et le score de Constant [16] étaient mesurés, avec en moyenne 173° d'élévation antérieure (140–180°), 58° de rotation externe (30–80°) et un score de Constant de 46,1 points (19–83, ET=12) (Tableau 1).

Le bilan paraclinique initial consistait en un bilan radiographique standard associé à une imagerie de seconde intention (arthroscanner dans 73 cas, IRM dans 14 et arthro-IRM dans 5). L'espace acromio-huméral était en moyenne de 10,3 mm (7–15, ET=1,7) et l'index de dégénérescence graisseuse de 0,54. Une arthropathie acromioclaviculaire était constatée dans 54 % des cas.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4091556>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4091556>

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