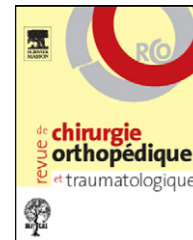




Disponible en ligne sur
SciVerse ScienceDirect
www.sciencedirect.com

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



MÉMOIRE ORIGINAL

Voie d'abord postérieure dans le traitement chirurgical de la luxation invétérée du coude[☆]

Posterior approach for surgical treatment of neglected elbow dislocation

N.F. Coulibaly^{a,*}, H. Tiemdjo^a, A.D. Sane^a, Y.F. Sarr^b, A. Ndiaye^a, S. Seye^a

^a Service d'orthopédie-traumatologie, CHU Aristide Le Dantec, BP 5994, Dakar, Sénégal

^b Tulane University, Nouvelles Orléans, États-Unis

Acceptation définitive le : 13 avril 2012

MOTS CLÉS

Coude ;
Luxation ;
Invétérée ;
Tricepsoplastie ;
Abord postérieur

Résumé

Introduction. – Les luxations invétérées du coude donnent souvent des raideurs non fonctionnelles par rétraction du triceps, rendant la chirurgie difficile. L'objectif de ce travail était de présenter notre expérience dans le traitement des luxations invétérées par voie postérieure.

Matériel et méthode. – Il s'agissait d'une étude prospective continue sur une période de quatre ans et demi (janvier 2003–juin 2007), ayant concerné tous les patients présentant une luxation invétérée du coude remontant à plus de 21 jours. Nous avons colligé 22 cas (17 hommes et cinq femmes), âgés en moyenne de $22,8 \pm 8,16$ ans (14 à 46 ans). L'ancienneté de la luxation était de $8,5 \pm 4,2$ mois (deux à 17 mois). L'amplitude moyenne de la flexion préopératoire était de $46^\circ \pm 25,9^\circ$ (10° à 90°) et le déficit moyen d'extension de $19,5^\circ \pm 18,44^\circ$ (0° à 60°). La voie d'abord postérieure paratricipitale a été utilisée chez tous les patients. La réduction de la luxation a été obtenue chez 14 patients d'emblée. Dans huit cas, la plastie V–Y du triceps a été nécessaire.

Résultats. – Le recul moyen de suivi des patients était de 21 mois (12 et 30 mois). Nous avons obtenu une amélioration statistiquement significative de la mobilité globale. La flexion moyenne était de $112,73^\circ \pm 13,33^\circ$ (60° à 130°) et le déficit moyen d'extension de $26,59^\circ \pm 17^\circ$ (0° à 60°). Selon l'indice de performance du coude de la Mayo Clinic, le score était en moyenne de 86 (50 à 100) avec 14 résultats excellents, quatre bons, deux moyens et deux mauvais. Nous avons déploré dans trois cas une parésie du nerf ulnaire qui avait cédé au bout de trois mois et une infection superficielle.

DOI de l'article original : <http://dx.doi.org/10.1016/j.otsr.2012.03.006>.

[☆] 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 : nfcoulibaly@hotmail.com (N.F. Coulibaly).

Discussion. – Malgré leur traitement chirurgical difficile, l'amélioration fonctionnelle dans les luxations invétérées du coude est remarquable. La voie transtricipitale devrait voir ses indications diminuer pour améliorer les résultats fonctionnels.

Niveau de preuve. – Niveau IV.

© 2012 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Introduction

Les luxations invétérées du coude demeurent fréquentes dans les pays en voie de développement. La principale raison au retard diagnostique est le recours initial des patients aux rebouteux qui immobilisent le coude en extension. Ce type de procédé entraîne une rétraction du triceps et des ligaments collatéraux qui aboutit à une raideur du coude dans une position non fonctionnelle, rendant la chirurgie difficile [1,2].

Si ces luxations nécessitent une intervention chirurgicale, le choix de la voie d'abord ainsi que les modalités thérapeutiques telles que la nécessité de réaliser la plastie d'allongement du triceps (tricepsoplastie), de fixer le coude après la réduction de la luxation et de réparer les ligaments collatéraux ne sont pas univoques [2–8].

L'objectif de notre travail était de présenter notre expérience dans le traitement des luxations invétérées par voie postérieure.

Patients et méthode

Patients

Il s'agissait d'une étude prospective continue sur une période de quatre ans et six mois de janvier 2003 à juin 2007. Elle avait concerné tous les patients présentant une luxation invétérée du coude isolée ou non, remontant à plus de 21 jours et traitée chirurgicalement dans le service. Les patients présentant une ankylose du coude étaient exclus de ce travail. Au total, 22 patients étaient retenus. Il s'agissait de 17 hommes et de 5 femmes âgés en moyenne de $22,8 \pm 8,16$ ans (14 à 46 ans). L'ancienneté de la luxation était en moyenne de $8,5 \pm 4,2$ mois (deux à 17 mois). Tous les patients étaient droitiers et le membre dominant était atteint dans 27% des cas. Ils étaient de diverses professions : dix travailleurs manuels de force (maçon, mécanicien, pêcheur, cultivateur), sept élèves et cinq ménagères. Les circonstances étaient représentées par les accidents domestiques dans huit cas, les accidents de sport dans six cas, les accidents ludiques dans quatre cas, les accidents de travail et la rixe respectivement dans trois cas et un cas.

Tous les patients consultaient pour une limitation des mouvements du coude. Une douleur modérée a été retrouvée chez quatre parmi eux.

Sur le plan anatomique, tous les patients présentaient une luxation postérieure (deux postérieures pures, quatre postéro-médiales et 16 postéro-latérales). Elle était isolée dans neuf cas. Elle était associée à une fracture dans sept cas (trois fractures de l'épicondyle médiale, deux fractures du condyle latéral et deux fractures de la tête radiale). Le

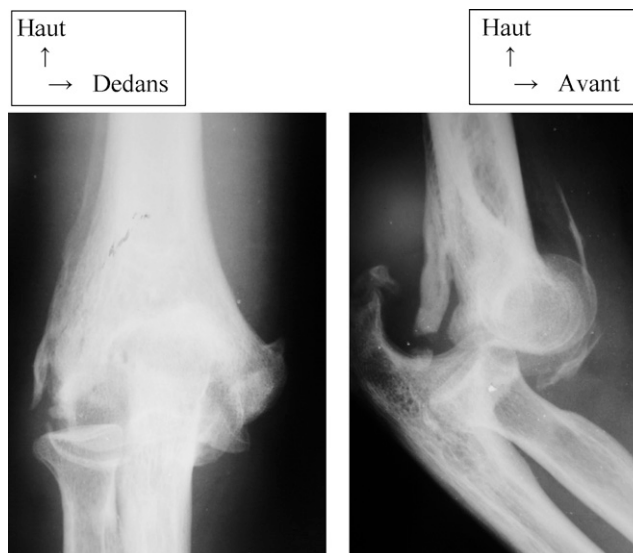


Figure 1 Radiographie de face et de profil chez un patient présentant une luxation postérieure du coude droit avec des ossifications hétérotopiques.

processus coronoïde avait un aspect normal sur toutes les radiographies. Chez deux patients, le déplacement entraînait un chevauchement de 5 cm. La présence d'ossifications hétérotopiques a été notée dans 12 cas (Fig. 1) dont neuf de type IIa et trois de type IIc selon la classification de Hastings [9].

Aucun patient n'avait une flexion préopératoire du coude qui dépassait 90° (Fig. 2) ; son amplitude moyenne était de $46^\circ \pm 25,9^\circ$ (10° à 90°). Le déficit moyen d'extension était de $19,5^\circ \pm 18,44^\circ$ (0° à 60°) et l'amplitude moyenne de mobilité préopératoire de $26,6^\circ \pm 25,42^\circ$ (0° à 90°).

Tous les patients reçus étaient très gênés dans les gestes usuels de la vie courante avec un score moyen selon la Mayo Clinic Elbow Performance [10] de 53 (extrêmes 25 et 75).

Les opérateurs étaient au nombre de trois et 75% des interventions ont été réalisées par un même chirurgien.

Méthode

Les patients étaient opérés sous anesthésie locorégionale ou générale.

L'installation se faisait en décubitus latéral sur table ordinaire, du côté opposé à la lésion, le bras reposant sur un appui, l'avant-bras et la main pendants. Un garrot pneumatique était placé à la racine du bras.

Nous avons utilisé la voie postérieure médiane paratricipitale médiale et latérale chez tous les patients. Le nerf ulnaire était repéré et isolé sur un lac, puis une capsulotomie

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4091727>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4091727>

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