



Disponible en ligne sur  
 ScienceDirect  
www.sciencedirect.com

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



## MÉMOIRE ORIGINAL

# Résultats du traitement de l'épiphysiolyse fémorale supérieure à grand déplacement selon la technique de Dunn, à propos de 25 cas<sup>☆</sup>

## *Severe slipped capital femoral epiphysis: The Dunn's operation*

M. Lawane, M. Belouadah, G. Lefort\*

Service de chirurgie infantile, American Memorial Hospital, CHU de Reims, 45, rue Cognac-Jay, 51092 Reims, France

Acceptation définitive le : 31 août 2009

### MOTS CLÉS

Épiphysiolyse fémorale ;  
Opération de Dunn ;  
Nécrose tête fémorale

### Résumé

**Introduction.** – Les épiphysiolyse à grand déplacement évoluent inexorablement vers l'arthrose, aussi, la restitution d'une anatomie normale par une intervention est-elle séduisante. Cela est possible grâce à l'intervention décrite par Dunn. Cependant, toutes les publications font état de possibles nécroses de la tête fémorale.

**Patients et méthodes.** – Cette série concerne 25 cas, survenus sur des adolescents de dix à 15 ans. Il s'agissait 16 fois d'un déplacement chronique pur évoluant depuis de nombreux mois. Un accident aigu surajouté était constaté neuf fois sur cette évolution progressive. La bascule de l'épiphyse était dans tous les cas importante, de 60° à 90°. La traction postopératoire a été constante de 15 à 21 jours. Depuis 1979, une scintigraphie était demandée au 15<sup>e</sup> jour postopératoire pour étudier la vascularisation de la tête fémorale.

**Résultats.** – La réduction a été anatomique, sauf deux fois où l'épiphyse était fixée en position soit de caput valgum, soit de varus de 15°. Nous avons eu 15 bons résultats avec des hanches cliniquement et radiologiquement normales, mais nous devons faire état de dix complications, immédiates ou tardives, soit 40% des cas. Parmi les huit complications immédiates (32%), nous relevons quatre nécroses (16%) dont deux ont évolué vers une arthrose rapide et trois chondrolyses évoluant toutes vers l'arthrose, ainsi qu'une complication mécanique. Dans un délai de moins de dix ans, deux arthrodèses et trois arthroplasties ont été nécessaires. Au long recul, nous avons aussi deux dégradations tardives alors que les évolutions cliniques et radiographiques initiales étaient favorables.

DOI de l'article original : [10.1016/j.otsr.2009.07.014](https://doi.org/10.1016/j.otsr.2009.07.014).

<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 : [gdefort@chu-reims.fr](mailto:gdefort@chu-reims.fr) (G. Lefort).

**Discussion.** – L'intervention décrite par Dunn limite en théorie le risque vasculaire, lors de la correction du déplacement. Cependant cette intervention présente quelques points techniques délicats : la trochantérotomie peut être trop ou pas assez importante, le décollement du périoste cervical postérieur peut être agressif et enfin, lors de la réduction, ce même périoste peut être trop tendu. Toutes les séries d'intervention de Dunn rapportent ce risque de complications nécrotiques avec des pourcentages variables allant jusqu'à 17%. Dans notre série, nous avons 16% de nécroses qui associées aux chondrolyses sont responsables de destructions fonctionnelles articulaires immédiates, ce qui ne nous paraît pas tolérable chez des adolescents. L'abord direct au niveau du déplacement après arthrotomie, associant une résection cunéiforme antérieure cervicale, permet une correction de la bascule en supprimant les deux premiers temps dangereux de l'intervention de Dunn. C'est actuellement cette voie qui a notre préférence.

**Niveau de preuve.** – Niveau IV, étude thérapeutique rétrospective.

© 2009 Publié par Elsevier Masson SAS.

## Introduction

Les épiphysiolyse chroniques à grand déplacement modifient considérablement l'architecture de l'articulation de la hanche, ce qui conduit inexorablement à la coxarthrose [1]. La restitution d'une anatomie normale est séduisante. Elle est cependant difficile, en raison du risque potentiel de lésion iatrogène de la vascularisation épiphysaire. Dunn [2] en 1964 a imaginé une intervention qui prend en compte ce problème vasculaire tout en permettant une réduction anatomique du déplacement épiphysaire. En 1990, nous rapportons une série de 14 interventions de Dunn avec un recul de huit ans et des résultats plutôt encourageants, puisque aucune nécrose céphalique n'avait été constatée [3]. Avec désormais un nombre de 25 interventions, nous portons ce jour des conclusions plus nuancées, en raison d'un nombre de complications immédiates et tardives importantes.

## Patients et méthodes

Cette série fait état de 25 interventions de Dunn effectuées entre 1974 et 2003, sur des enfants âgés de dix à 15 ans. Il s'agissait 16 fois d'un déplacement progressif pur évoluant depuis de nombreux mois et neuf fois, un accident d'instabilité surajouté était constaté sur cette évolution progressive. Toutes ces épiphysiolyse avaient des remaniements radiographiques caractéristiques des déplacements progressifs, à savoir une déformation de la métaphyse avec sa bosse antérieure et son aspect pseudo-ostéophytique postérieur, bien visible sur le profil.

Le déplacement en bascule, calculé sur le vrai profil du col fémoral, était dans tous les cas important, entre 60° et 90° (moyenne 80°).

Analysée sur les radiographies ou parfois sur le scanner, aucune plaque de croissance n'était en épiphysiodèse.

Ces interventions, sauf deux d'entre elles, ont été faites par le même chirurgien, ce qui assure une certaine homogénéité de la série. Après la trochantérotomie extra-digitale, le décollement sous-périoste se faisait en désinsérant d'abord le muscle *vastus lateralis*, puis l'ensemble de la région trochantérienne et, après la capsulotomie antérosupérieure, le décollement était ensuite poursuivi tout autour du col fémoral. L'épiphyse était

alors détachée du col à la spatule, introduite en douceur dans la physe. L'épiphyse restait ainsi en connexion avec la lame périostée porte-vaisseaux. La région métaphysaire, en particulier le bec postéro-inférieur, était ensuite régularisée. Cette intervention amenait une séparation complète de l'épiphyse par rapport à la métaphyse. La réduction était maintenue par des broches mises préalablement en va-et-vient dans le col fémoral avec une vis de compression quand le diamètre cervical le permettait. La traction postopératoire a été constante de 15 à 21 jours. Depuis 1979 une scintigraphie était demandée au 15<sup>e</sup> jour postopératoire pour étudier la vascularisation de la tête fémorale.

## Résultats

La réduction a été anatomique, sauf deux fois où l'épiphyse était fixée en position soit de caput valgum soit de varus de 15°.

Nous avons eu 15 bons résultats avec des hanches dont la mobilité était identique au côté non opéré, indolores et radiologiquement normales, avec les reculs suivants : trois à 15 ans, trois à dix ans, quatre à quatre ans, cinq à trois ans.

Nous pouvons faire état de dix complications immédiates ou tardives, soit 40% des cas.

Parmi les huit complications immédiates (32%), nous déplorons quatre nécroses (16%), deux totales et deux polaires supérieures, toutes diagnostiquées dès la scintigraphie postopératoire. L'évolution arthrosique a été constatée dans un délai de deux à quatre ans et seules les deux nécroses partielles restaient bien tolérées à six et sept ans de recul. Les deux atteintes massives conduisaient à la réalisation, à la troisième année postopératoire, d'une arthrodèse pour l'un des adolescents et d'une arthroplastie pour l'autre. Ces nécroses sont apparues alors que le déplacement était chronique pur et qu'il n'y avait donc aucune notion d'instabilité de l'épiphysiolysé.

Bien que non spécifiques à cette technique, trois chondrolyses (12%) se développaient dans les suites immédiates. L'enraidissement articulaire se maintenait malgré la poursuite de la traction avec un pincement articulaire aboutissant à une arthrose invalidante dans un délai d'un an,

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4091848>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4091848>

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