
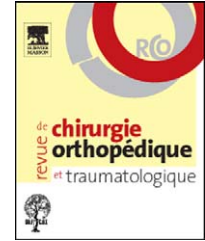




Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

www.em-consulte.com



MÉMOIRE ORIGINAL

Orientation des pièces d'une prothèse totale de hanche de première intention : étude prospective comparative de deux voies d'abord antéro-externes, soit mini-invasive, soit par hémimyotomie du moyen fessier[☆]

Component positioning in primary total hip replacement: A prospective comparative study of two antero-lateral approaches, minimally invasive versus gluteus medius hemimiotomy

F. Mouilhade^{a,*}, J. Matsoukis^b, P. Oger^c, C. Mandereau^a,
V. Brzakala^a, F. Dujardin^a

^a Clinique universitaire de chirurgie orthopédique et traumatologie, CHU de Rouen, 1, rue de Germont, 76000 Rouen, France

^b Service d'orthopédie, groupe hospitalier du Havre, hôpital J.-Monod, 29, rue P.-Mendès 76290 Montivilliers, France

^c Service d'orthopédie, centre hospitalier Mignot, 177, route de Versailles, 78157 Le Chesnay, France

Acceptation définitive le : 7 juin 2010

MOTS CLÉS

Prothèse totale de hanche ;
Mini-incision ;
Rottinger ;
Watson-Jones ;
Positionnement

Résumé

Introduction. – Un facteur de survie d'une prothèse totale de hanche (PTH) est la qualité de pose des implants. L'utilisation d'abord réduits ne doit pas altérer ce paramètre. Cela reste à confirmer entre les mains d'opérateurs expérimentés.

Hypothèse. – La recherche d'une moindre agression tissulaire nuit à la qualité de pose des prothèses de hanche.

Objectifs. – L'objectif principal de ce travail était d'évaluer le positionnement des implants dans une série continue prospective, comparative et multicentrique.

Patients et méthodes. – Entre janvier 2008 et 2009, 92 PTH ont été implantées par voie réduite de Watson-Jones, dans deux centres différents, et comparées à 49 PTH implantées dans un troisième centre par voie antéro-latérale avec hémimyotomie antérieure. Tous les opérateurs

DOI de l'article original : [10.1016/j.otsr.2010.05.013](https://doi.org/10.1016/j.otsr.2010.05.013).

[☆] 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 : fmouilhade@gmail.com (F. Mouilhade).

étaient expérimentés. La récupération clinique objective (score de Merle d'Aubigné et de Harris) et fonctionnelle (WOMAC, SF12) précoce, l'agression biologique (myoglobulinémie, CPK, saignement), les complications et le positionnement radiographique et scanographique des implants ont été analysés.

Résultats. – Pour les arthroplasties implantées par mini Watson-Jones, la durée opératoire était plus longue, la consommation d'antalgiques morphiniques durant le premier jour était moindre, la récupération objective (score de Merle d'Aubigné et de Harris) et fonctionnelle (WOMAC) étaient meilleures à six semaines et le taux de CPK était moins élevé à 24 et 48 heures. Il n'a pas été observé de différence significative concernant les autres critères cliniques et biologiques. L'analyse du positionnement des implants a révélé une antéverson cumulée significativement plus importante avec cette mini-incision. La proportion d'implants bien positionnés selon les critères de Lewinnek n'était pas significativement différente entre les deux types de voies d'abord. Il n'a pas été observé de différence de positionnement de la tige fémorale dans le plan frontal, ni de différence d'inégalité de longueur des membres inférieurs. L'analyse des variances de positionnement a révélé une dispersion plus importante d'inclinaison des cupules avec l'utilisation du mini-abord.

Discussion. – Cette série confirme l'intérêt du mini-abord pour une récupération plus rapide et une moindre agression musculaire. Il a cependant été mis en évidence une différence de qualité de pose des implants selon la voie d'abord, l'inclinaison de la cupule étant moins précise avec la voie mini Watson-Jones.

Niveau de preuve. – III étude prospective comparative non randomisée.

© 2010 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Introduction

Lors d'une arthroplastie de hanche, le bénéfice d'une voie mini-invasive ou de longueur réduite reste incertain. Les premières publications traitaient de mini-incision inférieure à 10 cm [1–4] et elles ont été rapidement assimilées à la notion de mini-invasion [4–7], surtout en ce qui concernait les techniques doubles voies. Les différences cliniques en fonction des voies d'abord s'estompent avec le temps, entre six mois et un an selon les séries [8–10], posant la question du bénéfice de ces mini-abords à plus long terme. Le principal objectif devient alors la survie de l'arthroplastie, qui est dépendante de la qualité de pose des implants [11–16]. Il n'est pas établi que la réduction des voies d'abord n'altère pas ce paramètre, entre les mains d'opérateurs expérimentés. Deux abords d'arthroplastie de hanche ont été comparés : une voie standard transglutéale antéro-latérale (voie de Thomine) [17] et une voie réduite antéro-latérale (mini Watson-Jones ou Rottinger) [18], avec comme critère de jugement principal le positionnement des implants.

Patients et méthodes

Patients

Il s'agissait d'une étude prospective multicentrique, trois centres (CH Le Havre, CH Versailles, CHU de Rouen) évaluant chacun une série continue de patients opérés pour arthroplastie de hanche de première intention. Pour chaque centre, l'intervention d'arthroplastie était menée sous le contrôle du même opérateur, rôlé et expérimenté pour cette intervention (JM pour CH Le Havre, PO pour CH Versailles, et FD pour CHU de Rouen). Quatre-vingt-douze d'entre eux ont été opérés par voie mini Watson-Jones dans les centres de Versailles (mWJ1) et du Havre (mWJ2)

(respectivement 42 et 50), et 49 patients ont été opérés par voie de Thomine (hémimiotomie antérieure ou HMA) à Rouen (HMA).

Les patients ont été inclus entre janvier 2008 et janvier 2009. Les critères d'inclusion étaient une arthroplastie de première intention, quelle que soit l'étiologie, sans trouble architectural majeur, c'est-à-dire sans geste associé acétabulaire ou fémoral et l'utilisation d'implants similaires entre les équipes : un couple métal-polyéthylène avec une cupule cimentée, et une tige fémorale cimentée type Charnley, monobloc ou modulaire, de calibre 22,2 mm. Ces implants n'ont pas été imposés pour les besoins de l'étude, ils étaient le choix des opérateurs. Ont été exclues de cette série les arthroplasties sur trouble architectural majeur et antécédent de chirurgie locale. L'indice de masse corporelle n'était pas un critère d'exclusion.

Cette étude a reçu l'agrément du Comité de protection des personnes dans le cadre d'une série d'évaluation de la récupération fonctionnelle après arthroplastie de hanche.

Méthodes

Le recueil des données préopératoires concernait l'âge, le sexe, la taille et le poids, l'étiologie, le statut socioprofessionnel et le niveau sportif, les scores de l'American Society of Anesthesiologist (ASA), de Charnley [19], de d'Aubigne et Postel [20] et de Harris [21]. Pour tous les groupes, la coxarthrose était primitive dans la majorité des cas, il s'agissait essentiellement de patients retraités et non sportifs. Le détail des caractéristiques des trois populations est précisé dans le [Tableau 1](#).

Toutes les interventions ont été menées sous anesthésie générale, patient en décubitus latéral. La procédure chirurgicale a été celle décrite par Thomine et al. [17] pour l'abord antéro-latéral standard. Pour l'abord réduit antéro-latéral la technique suivie a été celle décrite par Bertin et

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4091871>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4091871>

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