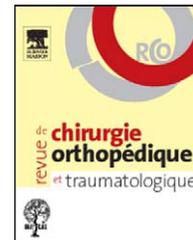




Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
www.sciencedirect.com

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



MÉMOIRE ORIGINAL

Réparation arthroscopique des ruptures du sous-scapulaire : technique chirurgicale et résultats[☆]

Arthroscopic repair of subscapularis tear: Surgical technique and results

L. Lafosse*, U. Lanz, B. Saintmard, C. Campens

Département de chirurgie orthopédique, Alps Surgery Institute, 4, chemin Tour-la-Reine, 74000 Annecy, France

MOTS CLÉS

Rupture du sous-scapulaire ;
Réparation du sous-scapulaire ;
Coiffe des rotateurs ;
Réparation arthroscopique ;
Technique chirurgicale

Résumé

Introduction. – Le traitement arthroscopique des lésions larges du tendon du sous-scapulaire ont été décrites plus récemment que celles du sus- et sous-épineux. Les ruptures larges représentent une difficulté technique nécessitant une approche extra-articulaire. Les résultats bien que peu décrits dans la littérature sont néanmoins encourageants.

Plan de l'étude. – Nous décrivons la technique chirurgicale adaptée à chaque type de rupture en fonction de notre classification des lésions du sous-scapulaire et rapportons les premiers résultats de notre cohorte.

Patients et méthode. – Entre janvier 2006 et décembre 2008, 74 patients ont été opérés de ruptures larges du sous-scapulaire. Vingt-trois ont été revus et évalués en postopératoire, avec un recul minimum de deux ans, moyen de 32 mois, par les scores University of California, Los Angeles (UCLA), American Shoulder and Elbow Surgeons (ASES), et de Constant, le Bear-Hug Test comparatif mesuré par dynamomètre, l'échelle visuelle de la douleur et l'autoévaluation de la fonction de l'épaule.

Résultats. – Les résultats cliniques postopératoires pour les 23 patients revus montrent une amélioration de la fonction de l'épaule passant de 58 à 86 %, du score UCLA passant de 16,4 à 30,9 points et du score de Constant pondéré passant de 48,6 à 75,2 %.

Discussion. – Dans les ruptures importantes, nous conseillons une visualisation au-dessus du tendon du sous-scapulaire, dans son grand axe, par la voie d'abord latérale qui permet de contrôler sa portion intra- et extra-articulaire afin de vérifier sa réduction obtenue par fil tracteur et sa fixation en position anatomique par ancrés et sutures grâce à un accès antérieur plus ou moins haut mais toujours maintenu sous-tension. La ténodèse du biceps est souvent nécessaire. Les résultats montrent une nette amélioration de tous les scores, de la douleur, de la force et de la fonction. Les échecs s'élèvent à 9 % (deux cas). Nous ne rapportons pas de complication.

Niveau d'évidence. – IV (étude rétrospective).

© 2010 Publié par Elsevier Masson SAS.

DOI de l'article original : [10.1016/j.otsr.2010.09.009](https://doi.org/10.1016/j.otsr.2010.09.009).

[☆] 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 : lafosseshoulder@yahoo.fr (L. Lafosse).

1877-0517/\$ - see front matter © 2010 Publié par Elsevier Masson SAS.

doi:[10.1016/j.rcot.2010.09.020](https://doi.org/10.1016/j.rcot.2010.09.020)

Introduction

Les techniques de traitement arthroscopique des ruptures du sous-scapulaire ont été développées et publiées bien après celles des ruptures du sus- et sous-épineux. Les ruptures isolées du sous-scapulaire sont rares, avec une incidence de 4,9% des ruptures de coiffe dans notre pratique [1]. Elles apparaissent, surtout chez les patients encore actifs, lors des mouvements de résistance à une rotation externe forcée ou d'extension du bras en abduction. Les ruptures du sous-scapulaire apparaissent également chez les patients âgés lors d'une luxation glénohumérale. Certains patients ne présentent pas de traumatisme, suggérant une étiologie dégénérative [2]. Dans la littérature, les ruptures du sous-scapulaire associées à une pathologie de la coiffe se retrouvent dans 35% des cas pour Bennett [3], dans 27,4% des cas pour Arai et al. [4] et dans 30% des cas pour Bennett [5].

Le but de cette étude est de décrire la technique chirurgicale adaptée au type de rupture et les résultats plus spécifiques des réparations arthroscopiques des lésions étendues du sous-scapulaires, de stade III minimum [1] avec un recul de deux à quatre ans.

Anatomie et classification

La zone d'insertion du tendon du sous-scapulaire au niveau du trochin a une forme triangulaire à petite base supérieure, large en haut du trochin et plus fine à sa partie basse (Fig. 1). Cela correspond tout à fait à une partie tendineuse supérieure épaisse et résistante alors que le tiers inférieur est musculaire et fragile. La hauteur moyenne d'insertion est de 25,8 mm, tandis que sa largeur moyenne est de 18,1 mm. Son bord médial rectiligne est aligné de manière pratiquement parallèle à l'axe longitudinal du fût huméral [6].

En accord avec les données anatomiques et les constatations arthroscopiques lésionnelles, nous avons décrit une



Figure 1 Zone d'insertion.

Tableau 1 Classification des ruptures du sous-scapulaire avec le nombre de cas pour chaque type inclus dans notre étude.

Type	Lésion	Nombre de cas
I	Lésion partielle du tiers supérieur	0
II	Lésion complète du tiers supérieur	0
III	Lésion complète des deux tiers supérieurs	15
IV	Lésion complète du tendon avec une tête humérale centrée et une dégénérescence graisseuse classifiée inférieure ou égale à 3	5
V	Lésion complète du tendon avec une tête humérale excentrée avec un conflit coracoïdien et une dégénérescence graisseuse classifiée supérieure ou égale à 3	3

classification en cinq types des lésions du tendon du sous-scapulaire en 2007 (Tableau 1) [7]. Les lésions de type I sont de simples érosions du tiers supérieur sans désinsertion osseuse (Fig. 2 et 3). Le type II est une désinsertion limitée au tiers supérieur (Fig. 4 et 5). Le type III est une atteinte de toute la hauteur de l'insertion tendineuse mais sans désinsertion musculaire du tiers inférieur, avec une limitation de la rétraction tendineuse (Fig. 6 et 7). Le type IV est une désinsertion complète du sous-scapulaire avec une rétraction de l'ensemble au niveau du trochin, mais la tête humérale reste encore centrée sans contact coracoïdien au scanner en rotation interne (Fig. 8 et 9). Le type V est également une rupture complète mais avec une migration antérosupérieure de la tête qui vient au contact de la coracoïde et s'associe à une infiltration graisseuse (Fig. 10 et 11). Sur cette base, nous avons affiné l'analyse des lésions dans le but d'y adapter le traitement. La lésion isolée du feuillet articulaire est spécifié « A » et nécessite souvent une élévation tendineuse par un palpeur (Fig. 12).

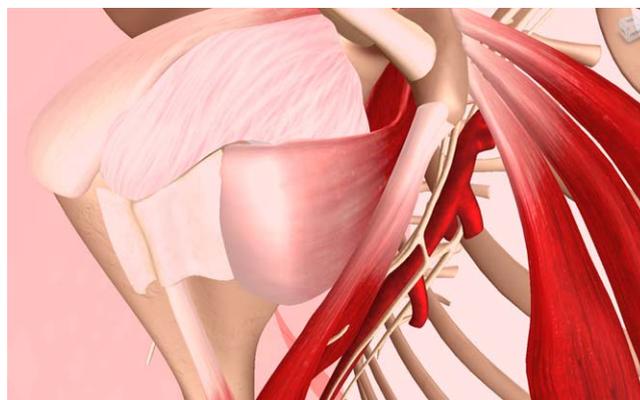


Figure 2 Type I, vue schématique.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4092093>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4092093>

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