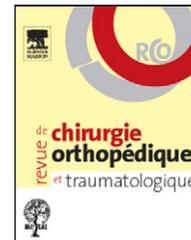




Disponible en ligne sur  
 ScienceDirect  
www.sciencedirect.com

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



## NOTE DE TECHNIQUE

# Greffe ostéochondrale transmalléolaire dans le traitement arthroscopique des lésions postéromédiales du dôme talien<sup>☆</sup>

*Osteochondral transplantation using a transmalleolar approach for arthroscopic management of talus posteromedial lesions*

A. Largey<sup>\*</sup>, P. Faure, W. Hebrard, M. Hamoui, F. Canovas

Service orthopédie 3, UAM chirurgie de la hanche et du genou, chirurgie du pied, hôpital Lapeyronie, CHRU de Montpellier, 371, avenue du Doyen-Giraud, 34295 Montpellier cedex 5, France

Acceptation définitive le : 8 juillet 2009

### MOTS CLÉS

Arthroscopie ;  
Cheville ;  
Talus

**Résumé** Le démembrement des lésions ostéochondrales du dôme astragalien (LODA) a permis de préciser les possibilités chirurgicales de leur traitement. Le problème technique principal est l'accessibilité instrumentale arthroscopique pour les lésions postéromédiales. La voie transmalléolaire médiale permet un accès à cette zone talienne. Nous présentons notre technique et les résultats de cinq cas avec un recul minimal à la révision de 1,2 ans. Parmi toutes les possibilités techniques et les multiples voies décrites pour l'arthroscopie de cheville, la voie transmalléolaire représente un accès sûr et efficace pour les lésions postéromédiales du talus. Son utilisation est fréquente pour le *drilling* transchondral, mais elle offre également la possibilité de réaliser des greffes ostéochondrales autologues de type *mosaicplasty* avec un positionnement satisfaisant des greffons.

© 2009 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

## Introduction

Les lésions ostéochondrales du dôme talien (LODT) regroupent un ensemble de lésions touchant la zone articulaire du talus pour le tibia distal. Elles associent une atteinte du cartilage articulaire et une atteinte de l'os sous-chondral. L'étiologie de ces lésions est encore incertaine [1–4], à partir d'une expérimentation sur pièces anatomiques étudiant la survenue de LODT en fonction des contraintes appliquées sur une cheville à pied bloqué, ont

DOI de l'article original : [10.1016/j.otsr.2009.06.005](https://doi.org/10.1016/j.otsr.2009.06.005).

<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.

<sup>\*</sup> Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [arnaulargey@hotmail.com](mailto:arnaulargey@hotmail.com) (A. Largey).

permis une classification associant la lésion à un mécanisme traumatique. La systématisation des lésions latérales et l'association de lésions du ligament collatéral latéral de la cheville a abouti à une classification initiale en quatre stades, et a été également développée pour les lésions médiales. Des modifications ont été apportées à cette classification pour couvrir la totalité des formes lésionnelles observées, notamment les formes géodiques [5]. Une distinction apparaît consensuelle entre les lésions de type fracture (*wafer-shaped*) localisées sur le versant latéral et antérolatéral du dôme talien, et les lésions de type ostéonécrose (*cup-shaped*) sur le versant médial et postéromédial du dôme talien [6].

Ces lésions ostéochondrales ont été décrites au niveau d'autres surfaces articulaires portantes. Les techniques de greffes ostéochondrales en mosaïque se sont développées, notamment au niveau des condyles fémoraux, avec des résultats encourageants [7–12]. Au niveau de la cheville, ce type d'autogreffe peut se heurter à l'accessibilité de la lésion talienne par les voies conventionnelles, à ciel ouvert ou arthroscopiques, qui offrent une vision réduite sur l'articulation talocrurale. La localisation postéromédiale de la lésion oblige généralement à une ostéotomie malléolaire [1,13–15], ou à une « plastie » du bord antérieur du tibia [16]. Grâce aux développements techniques et à la précision des indications, la cheville est devenue une articulation accessible aux traitements chirurgicaux par arthroscopie [17,18]. Le traitement chirurgical des LODT par voie arthroscopie s'est imposé comme une modalité technique intéressante. Pourtant la prise en charge chirurgicale de ces lésions n'est pas univoque. Les gestes proposés diffèrent selon les lésions et les auteurs [19] : simple excision [20], fixation du fragment ostéochondral [21], microfractures ou perforation transchondrale [22–25], greffe ostéochondrale [14–16,26], greffe chondrocytaire [27,28].

L'objet de ce travail est de préciser l'intérêt de la voie transmalléolaire médiale dans les greffes ostéochondrales autologues sur des lésions postéromédiales du talus. Nous rapportons une courte série rétrospective, avec un recul minimal de 15 mois, et précisons les modalités de notre technique d'autogreffe ostéochondrale de type mosaïcplastie par voie transmalléolaire.

## Patients et méthode

### Patients

Entre octobre 2001 et mai 2006, cinq patients présentant une LODT postéromédiale ont bénéficié d'une greffe ostéochondrale autologue isolée par voie transmalléolaire. Tous les patients ont été opérés par un unique praticien senior. Les critères d'exclusion étaient l'atteinte latérale du dôme talien, une instabilité chronique de cheville associée, des antécédents chirurgicaux sur la cheville, l'existence de signes de dégénérescence arthrosique ou d'arthropathie inflammatoire, une limitation de la flexion plantaire de plus de 10° par rapport à la cheville controlatérale, l'âge avancé du patient (critère relatif) et sa faible demande fonctionnelle.

Il s'agissait de trois femmes et deux hommes, d'âge moyen 33,8 ans (21–51,5). L'indication chirurgicale a été

portée dans le cadre d'une LODT évoluant depuis plus de six mois de traitement médical inefficace. Ce traitement médical comportait systématiquement une période d'immobilisation et décharge, une prise en charge en rééducation fonctionnelle, un traitement médicamenteux avec antalgiques et anti-inflammatoires non stéroïdiens. Les modalités et la chronologie de la prise en charge médicale n'étaient pas systématisées et n'ont pu être précisées à l'analyse des dossiers.

### Méthode

Nous avons caractérisé l'état clinique préopératoire à l'aide du score de McCullough [1]. La cotation AOFAS pour la cheville et l'arrière pied n'était pas disponible en préopératoire pour tous les patients. Les radiographies standard et l'imagerie tridimensionnelle (IRM ou arthroscanner) préopératoires ont permis de typer la lésion selon la classification FOG de Doré et al. [29]. L'imagerie tridimensionnelle nous a guidé pour porter l'indication d'une autogreffe ostéochondrale par voie transmalléolaire. Les critères d'analyse nous orientant vers cette technique comprenaient la localisation postéromédiale de la lésion, le type O ou (pour un cas) le type G, sa taille avec une limite de surface à 5 mm × 10 mm (correspondant à trois plots de 4,5 mm de diamètre) et une limite de profondeur strictement inférieure à 10 mm pour permettre une fixation satisfaisante en pression au niveau osseux.

L'évaluation postopératoire a été réalisée par l'un des auteurs avec un délai de révision de 1,2 à 5,7 ans (moyenne 2,5 ans). Sur le plan clinique, nous avons utilisé le score de McCullough [1] et la cotation AOFAS pour la cheville et l'arrière pied [30]. Une attention particulière a été portée sur le bilan clinique du site donneur (genou homolatéral) et sur la recherche de complications liées à la voie transmalléolaire (douleur, fracture, instabilité). Une imagerie tridimensionnelle (IRM ou arthroscanner) a été réalisée à la révision pour évaluer l'aspect de l'autogreffe, l'évolution du trajet transmalléolaire et des surfaces articulaires talienne et tibiale. Au niveau de greffons ostéochondraux, nous avons noté la consolidation osseuse, l'aspect normal ou remanié de l'os sous-chondral, et la cicatrisation cartilagineuse.

### Technique opératoire

Nous avons utilisé pour la réalisation de la greffe ostéochondrale un ancillaire de prélèvement et d'impaction spécifique (Mosaicplasty System, Smith & Nephew, Andover, Massachusetts).

Le patient était installé en décubitus dorsal, sous anesthésie générale ou locorégionale, avec un garrot pneumatique à la racine du membre. Nous avons utilisé dans notre premier cas une traction transcalcaneenne. Une broche de Kirschner de diamètre 30/10° était fixée en transcalcaneen et placée sur un étrier pour permettre une traction manuelle par l'aide opératoire. Cette modalité de distraction a été abandonnée dans les quatre autres cas au profit d'un distracteur intra-articulaire de Hempfling (réf. 28122EL, Karl Storz, Guyancourt, France). Nous avons utilisé un optique de 4 mm avec un angle de vue à 30°.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4092264>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4092264>

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