

Article original

La technique de Didier Patte dans les luxations récidivantes de l'épaule : notre expérience à propos de 35 cas avec un suivi d'une dizaine d'années

The Patte procedure for the treatment of repeated anterior shoulder dislocations: Our experience concerning 35 cases with a mean of ten-year follow-up

S. Toure^{a,*}, A. Bana^a, Sa. Koné^a, Se. Koné^a, A. Coulibaly^a, R. Gogoua^b

^a Service de chirurgie traumatologique, CHU de Cocody, BP V13, Abidjan Côte d'Ivoire

^b Service de traumatologie et d'orthopédie, CHU de Treichville, Abidjan, Côte d'Ivoire

Reçu le 10 décembre 2007 ; accepté le 20 juin 2008

Disponible sur Internet le 31 octobre 2008

Résumé

Objectifs. – Les auteurs rapportent leur expérience dans la prise en charge des luxations récidivantes de l'épaule (LRE) par butée osseuse antérieure selon la technique de Didier Patte.

Résultats. – À partir de 1988 sur une période de dix ans, 35 épaules ont été stabilisées selon cette technique. D'une part, les LRE apparaissaient rares jusqu'alors et, d'autre part, notre préférence allait à la technique de Latarjet. Il nous est apparu opportun de faire un bilan de cette technique, au plan nosologique, évolutif et thérapeutique. Le recul moyen pour le suivi des patients opérés est de dix ans, avec un taux de suivi postopératoire de 75 % ; la fréquence des récurrences est nulle. Nous retenons 88 % de bons résultats (selon les critères proposés par l'équipe de J. Butel), avec reprise des activités professionnelles et sportives. La survenue d'omarthrose est quasi nulle (un seul cas pour la série), alors que 20 % des patients présentaient encore une appréhension lors de la réalisation de certains mouvements.

Conclusion. – Si la diversité des techniques opératoires laisse une grande latitude au chirurgien, la technique opératoire doit tenir compte des lésions initiales afin d'espérer restaurer une fonction quasi complète de l'articulation scapulo-humérale. Avec ces attendus, la technique de Patte semble donner de très bons résultats fonctionnels à long terme.

© 2008 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Abstract

Aims. – Authors report their personal experience on the surgical treatment of repeated anterior shoulder dislocations, using an anterior bone block in accordance with the procedure suggested by Didier Patte.

Results. – From the year 1988 and during 10 years, 35 patients suffering from repeated anterior shoulder dislocations were surgically treated by this procedure. It was appropriate to retrospectively review the clinical and functional outcomes after Patte repair for recurrent anterior glenohumeral instability. The mean follow-up was approximately 10 years, with a mean percentage of 75% for the observance. There was no recurrence after surgery. Moreover, 88% of patients had good outcomes, according to the scale suggested by Butel et al., with total resumption of work and physical activities. The occurrence of chronic complication such as osteoarthrosis was scarce (only one case for the series), while 20% of subjects showed apprehension during some specific shoulder movements.

Conclusion. – In order to expect best functional outcomes, the choice of the surgical procedure should take into account the extent of initial injury. Considering these ground requirements, the Patte procedure seems to provide very satisfactory long-term functional outcomes.

© 2008 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Luxation récidivante de l'épaule ; Butée osseuse antérieure ; Suivi ; Récupération fonctionnelle

Keywords: Repeated anterior shoulder dislocation; Anterior bone block; Follow-up; Functional outcomes

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : stantoure@yahoo.fr (S. Toure).

1. Introduction

Complication fréquente des luxations antéro-internes de l'épaule, les luxations récidivantes sont graves par leur fréquence, leur survenue chez des sujets jeunes et sportifs, ce qui peut gravement les handicaper dans l'exercice de leur discipline et porter préjudice à leur progression. Ces luxations sont susceptibles de survenir au cours des activités sportives elles-mêmes, ce qui les rend souvent spectaculaires. Le diagnostic de la luxation, soit en phase aiguë, soit en phase de récurrence est en règle aisée. À l'état de récurrences devenant invalidantes, le traitement des luxations récidivantes est de nature chirurgicale et la diversité des procédés thérapeutiques envisagés témoigne bien du génie inventif des chirurgiens ; deux grandes options chirurgicales peuvent être proposées, la réparation capsulomusculaire antérieure et la réalisation des butées osseuses. Pour l'une ou l'autre de ces techniques, des procédés divers et variés ont été décrits avec chacun leurs particularités.

Devant la recrudescence de cette affection au sein de la population sportive, il nous est apparu opportun d'en faire une approche nosologique et thérapeutique. Nous porterons une attention particulière à l'évolution immédiate et à long terme de ces épaules opérées, tant sur le plan fonctionnel que radiographique, poursuivant ainsi une étude antérieure, entreprise précédemment par Krah [5].

2. Patients et méthodes

2.1. Patients

Il s'agit d'une étude rétrospective qui s'est déroulée sur une période de dix années, de 1988 à 1998. Au cours de cette période nous avons recensé 35 cas de luxation récidivante, ce chez des patients admis et traités dans le service de traumatologie et d'orthopédie du CHU de Cocody à Abidjan (Côte d'Ivoire).

2.2. Méthodologie

Ont été colligés et retenus pour entrer dans l'étude les cas de luxation récidivante de l'épaule survenus chez des sujets actifs qui pratiquent une activité physique régulière ; pour ce qui nous concerne, ce sont dans la majorité des cas des sujets militaires (32 cas répertoriés).

Le diagnostic est en règle aisé. Le patient est un sujet adulte jeune, bien musclé, qui consulte pour une luxation récidivante de l'épaule connue, et devenue gênante. Il présente une sensation de déboîtement spontané de l'épaule, de plus en plus fréquente et entraînant un handicap fonctionnel notable, à l'origine d'une gêne importante pour les activités physiques ou sportives. L'interrogatoire permet de retrouver facilement l'accident initial et le nombre d'épisodes de luxations alléguées dans les suites, ainsi que leurs circonstances de survenue.

L'examen physique a permis de retenir le signe de Tavernier (test de l'appréhension ou signe de l'armer) ; le patient étant en position assise, la mise en abduction-rotation externe du membre supérieur provoque une appréhension de la luxation immédiate, spontanément exprimée par le patient. Le bilan

radiographique standard comportant les incidences de face (trois rotations), un profil de Lamy et un profil de Bernageau permet de rechercher une origine à la luxation récidivante (un écoulement de la glène, fracture du rebord antéro-inférieur de la glène, une dysplasie glénoïdienne) [2]. Quant à la tomodensitométrie, elle magnifie les images, permettant d'affiner ou de confirmer le diagnostic étiologique, comme par exemple la découverte d'une fracture ostéocondrale du rebord antéro-inférieur de la glène (Fig. 1).

Pour chaque patient, différents paramètres ont été analysés, comme l'âge, le sexe, le côté atteint, la nature de l'accident initial, le nombre d'épisodes de luxation qui ont suivi, ainsi que leur fréquence de survenue ; nous avons de même collationné les données radiographiques et l'évolution post-thérapeutique, à court et moyen termes. Tous les sujets ont été opérés selon la technique de Latarjet, modifiée par Didier Patte [7,8]. Après une voie d'abord antérieure deltopectorale et un dédoublement du muscle sous-scapulaire selon le principe de Bristow-Helfet [6], la butée pédiculée au coraco-biceps est fixée par deux vis corticales au bord antéro-inférieur de la glène en position couchée, comme le montre la Fig. 2. L'immobilisation postopératoire immédiate est assurée par un bandage pendant en moyenne sept jours afin d'éviter toute rotation externe de l'épaule. Une radiographie de contrôle postopératoire est systématique et elle objective la butée osseuse avec deux vis au niveau du rebord antéro-inférieur de la glène (Fig. 3).

La rééducation débute dès l'amendement des phénomènes inflammatoires par des mouvements pendulaires pendant deux semaines, puis la mobilisation passive de l'articulation pendant quatre semaines. On termine cette rééducation par des séances de musculation et de mobilisation active à l'espalier ou en pouliothérapie. La majorité des patients (75 %) furent revus avec un recul moyen de dix ans et ont fait l'objet d'une évaluation clinique et radiographique afin d'apprécier la stabilité de l'épaule, l'état de la butée osseuse et la survenue éventuelle d'une pseudarthrose. Pour l'évaluation de nos résultats fonctionnels, nous avons utilisé la classification de Butel et al. [1] qui tient compte de la stabilité de l'épaule, de sa mobilité, de la persistance d'une douleur et de la force musculaire de l'épaule.

3. Résultats

3.1. Au plan épidémiologique

L'âge des patients au moment de l'intervention varie entre 20 et 50 ans ; la tranche d'âge la plus touchée se situe entre 20 à 25 ans, pour laquelle on retient 19 patients pour notre série (soit 54 % de l'ensemble de la cohorte).

Sur les 35 patients de notre série, 28 patients étaient de sexe masculin (80 %) et sept de sexe féminin. La survenue est plus fréquente du côté droit (chez 24 patients, soit 68 % de l'ensemble) ; l'instabilité de l'épaule n'est observée du côté gauche que chez neuf patients (26 %). On note que deux patients présentaient une luxation récidivante bilatérale (6 %). Sur les 35 cas de luxation récidivante de l'épaule de notre série, l'accident initial est le fait d'un accident de sport (pour 27 patients), ce qui représente 77 % des cas (sport collectif, parcours du combattant, sport de

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4093435>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4093435>

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