



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Mémoire original

Résultats cliniques préliminaires et comparatifs de la butée coracoïdienne sous arthroscopie versus ciel ouvert : étude prospective multicentrique de 390 cas[☆]



Preliminary clinical outcomes of Latarjet-Patte coracoid transfer by arthroscopy vs. open surgery: Prospective multicentre study of 390 cases

P. Metais^{a,*}, P. Clavert^b, J. Barth^c, P. Boileau^d, R. Broszka^e, G. Nourissat^f, J. Leuzinger^g, G. Walch^h, L. Lafosseⁱ, la Société francophone d'arthroscopie

^a Service de chirurgie du membre supérieur, hôpital privé La-Châtaigneraie, 63110 Beaumont, France

^b Service de chirurgie du membre supérieur, avenue Baumann, 67400 Illkirch, France

^c Centre ostéo-articulaire des cèdres, 5, rue des Tropiques, 38130 Echirolles, France

^d Institut universitaire locomoteur et du sport, CHU de Nice, 06000 Nice, France

^e St. Luke's hospital, 94b Bystrzanska, 43300 Bielsko-Biala, Pologne

^f Clinique des Maussins, 67, rue de Romainville, 75019 Paris, France

^g Etzelclinic, 43, Churerstrasse, 8808 Pfäffikon, Suisse

^h Centre orthopédique Santy, hôpital privé J.-Mermoz (Ramsay-GDS), 24, avenue Paul-Santy, 69008 Lyon, France

ⁱ Clinique générale d'Annecy, 74000 Annecy, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Reçu le 10 juillet 2016

Accepté le 20 août 2016

Mots clés :

Butée coracoïdienne

Techniques

Mobilités

Appréhension

Scores

RÉSUMÉ

Introduction. – Le traitement de l'instabilité antérieure de l'épaule par butée coracoïdienne vissée est une technique de référence, qui a bénéficié des innovations chirurgicales, ce qui en a permis l'amélioration, puis l'adaptation arthroscopique dès fin 2003.

Objectif. – Cette étude évalue et compare les résultats cliniques de la butée coracoïdienne vissée selon la technique de Patte modifiée, de la butée coracoïdienne vissée sous arthroscopie et de la butée coracoïdienne fixée par endoboutons.

Matériel et méthode. – Entre mars 2013 et juin 2014, 390 patients souffrant d'une instabilité antérieure de l'épaule ont été opérés et inclus dans 3 groupes : le groupe « Latarjet » correspondant à la butée vissée conventionnelle, le groupe « Arthro-Vis » correspondant à la butée vissée sous arthroscopie et le groupe « Arthro-boutons » pour la fixation par endoboutons. Les données de l'examen clinique ont été colligées en préopératoire, à 6 mois et au plus long recul (moyenne : 27,7 mois). Elles ont permis d'évaluer les amplitudes et l'appréhension (rotation externe et abduction à 0°, à 90° et à 140°). Les scores Walch-Duplay et Rowe modifié ont également été réalisés.

Résultats. – La perte d'amplitudes a été très faible, quelle que soit la technique avec des progrès jusqu'au plus grand recul. Une appréhension en RE ABD 90° a été retrouvée dans 11 % des cas et en RE ABD 140° dans 4 % des cas. Le score de Walch-Duplay moyen global passe de 46 en préopératoire à 90,6 et le score de Rowe modifié moyen global passe de 46 à 91,1. Statistiquement, la technique conventionnelle a donné de meilleures amplitudes en RE2, RI1, mais cliniquement la différence est restée modeste. Nous avons retrouvé 3,3 % de récurrence, 0,8 % de lésion neurologique et 1,5 % d'infection.

Conclusion. – Cette étude a mis en évidence des résultats cliniques superposables. La butée coracoïdienne permet d'obtenir une épaule stable sans enraidissement articulaire, quelle que soit la technique.

Niveau de preuve. – Étude observationnelle multicentrique non randomisée de niveau III.

© 2016 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

DOI de l'article original : <http://dx.doi.org/10.1016/j.otsr.2016.08.003>.

[☆] 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.

Adresses e-mail : pierremetais@mac.com, pierremetais@icloud.com (P. Metais).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rcot.2016.08.276>

1877-0517/© 2016 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

1. Introduction

Avec ou sans lésion osseuse, l'instabilité antérieure de l'épaule peut nécessiter un traitement chirurgical par butée coracoïdienne, par opposition à la réparation capsuloligamentaire de Bankart [1–3]. Les travaux de Trillat et al., aidés par les améliorations de G. Walch [4–7] ont fait de la butée coracoïdienne une technique de référence en termes de stabilisation de l'épaule. À l'heure de la chirurgie arthroscopique, il semble important de comparer les techniques de butée :

- l'approche conventionnelle par une voie antérieure, la discision des fibres du muscle sous-scapulaire ;
- l'approche arthroscopique avec une fixation par deux vis mise au point en 2003 par L. Lafosse [8,9] ;
- l'approche arthroscopique avec une fixation par endoboutons mise au point par P. Boileau [10,11] en 2009.

Dans le cadre du symposium 2015 de la Société francophone d'arthroscopie, nous avons comparé les différentes techniques par évaluation des résultats cliniques. L'hypothèse de travail était que les résultats des butées réalisées sous arthroscopie sont identiques aux résultats des butées réalisées selon la technique de référence par abord conventionnel (Latarjet, Patte modifiée Walch). L'objectif primaire de ce travail était d'évaluer et de comparer les résultats fonctionnels de ces deux techniques. L'objectif secondaire était d'analyser la stabilité à court terme des patients opérés selon ces deux techniques.

2. Matériel et méthode

Il s'agissait d'un travail multicentrique, continu, de suivi de patient en soins courants, avec pour chacun des 8 centres un seul opérateur sénior ayant pratiqué plus de 100 butées avec une seule et même technique. Nous avons inclus les patients ayant une instabilité antérieure, entre mars 2013 et juin 2014, ni changement de technique durant l'étude. Trois cent quatre-vingt-dix patients ont été opérés d'une épaule instable par butée coracoïdienne avec la répartition suivante dans les 3 groupes d'étude :

- le groupe « Latarjet conventionnel ou Latarjet » (L), avec 104 patients : butée vissée conventionnelle réalisée par 2 opérateurs (GW et JB). La technique est une approche deltopectorale avec discision des fibres musculaires du sub-scapularis et ostéosynthèse « couchée » par 2 vis bi-corticales ;
- le groupe « arthro-vis » (AV), avec 222 patients : butée vissée sous arthroscopie, réalisée par 6 opérateurs (RB, PC, JL, LL, GN, PM). L'approche est totalement arthroscopique (arthroscope à 30°) et se veut la reproduction de la technique conventionnelle avec ouverture longitudinale du sub-scapularis et ostéosynthèse par 2 vis bi-corticales et utilisation de l'ancillaire DepuyMitek® ;
- le groupe « arthro-boutons » (AB), avec 64 patients : butée fixée par endoboutons et réinsertion capsuloligamentaire, réalisée par un opérateur (PB). Il s'agit d'une approche entièrement arthroscopique (arthroscope à 70°), avec préservation du plan capsulaire, ouverture musculaire du sub-scapularis et la fixation de la butée est assurée par un double endoboutons, avec utilisation de l'ancillaire Smith&Nephew®. L'intervention se termine par une réinsertion capsulolabrale antérieure sur 1 ancre.

Les 3 groupes de patients ont été évalués de façon standardisée en préopératoire, à 6 mois et 1 an et plus. Les données cliniques recueillies ont été :

- mobilités : flexion, rotation externe passive RE1, rotation passive RE2, rotation interne main dans le dos RI1, rotation interne passive RI2 et l'abduction scapula bloquée (test de Gagey). Pour l'évaluation de la rotation interne RI1, nous avons utilisé la notation en fonction de la hauteur de la main dans le dos du score de Constant : fesse 2 points, sacrum 4 points, 3^e vertèbre lombaire 6 points, 12^e vertèbre thoracique 8 points et 7^e vertèbre thoracique 10 points ;
- appréhension : elle a été testée en rotation externe maximale coude au corps bras en abduction à 0°, à 90° et à 140° ;
- scores fonctionnels : la fonction et la stabilité de l'épaule ont été évaluées par les scores de Walch-Duplay [12] et Rowe modifié [13]. Le score de Walch Duplay est un score fonctionnel sur 100 points évaluant la stabilité de l'épaule selon 4 critères de 25 points : sport, stabilité, mobilité et douleurs. Le score de Rowe modifié est un score fonctionnel sur 100 points selon 4 items : fonction (50 points), stabilité (30 points), mobilité (10 points) et douleurs (10 points).

La répartition par groupe a été la suivante :

- vingt-sept pour cent de Latarjet conventionnel (L), soit 104 cas. Dans 5 cas, il s'agissait d'une reprise de Bankart à ciel ouvert ;
- cinquante-sept pour cent de butée sous arthroscopie fixée par 2 vis : arthro-vis (AV) 222 cas. Dans 1 cas, il s'agissait d'une reprise de Bankart à ciel ouvert et dans 25 cas d'une reprise de Bankart arthroscopique ;
- seize pour cent de butée sous arthroscopie fixée par endoboutons : arthro-boutons (AB) 64 cas. Dans 1 cas, il s'agissait d'une reprise de Bankart à ciel ouvert et dans 5 cas d'une reprise de Bankart arthroscopique.

Le côté dominant a été opéré dans 59 % des cas et il s'agissait d'un 2^e côté dans seulement 5 % des cas. La répartition par classe d'âge a été homogène, quel que soit le groupe avec un âge moyen global de 27,8 ans le jour de la chirurgie (min. : 13,6 ; max. : 66,6 ; écart-type : 8,9), tout comme l'a été la répartition par pathologies avec 78 % de luxations récidivantes, 17 % de subluxations et 4 % d'épaules douloureuses instables. L'épaule a été décrite comme douloureuse dans 46 % des cas et une appréhension a été bien identifiée par le patient dans 69 % des cas.

Statistiques : à l'aide du logiciel XLStat, les résultats sont exprimés en moyenne, minimum, maximum et écarts-types. Les variables quantitatives ont été comparées à l'aide des tests de Kruskal-Wallis, le test de U de Mann-Whitney et les variables continues par le test du Chi².

3. Résultats

L'effectif a diminué progressivement avec à 6 mois, 267 (68 %) patients revus (L 61, AV 142, AB 64). Au plus long recul (délai moyen de 22,7 mois ; min. : 13,3 ; max. : 31,5 ; écart-type : 4,1), nous avons pu revoir 142 (36 %) patients (L 38, AV 77, AB 27).

3.1. Résultats cliniques comparés des mobilités (6 items)

3.1.1. Flexion

En préopératoire, la flexion moyenne côté sain était de 179,1° et côté lésé de 175,4°. À 6 mois et au plus long recul, la flexion moyenne globale était de 175,7°. Il n'est pas trouvé de différence significative à 6 mois. Au plus long recul, il existe une différence significative ($p=0,001$) entre les 3 techniques : L 171,5°, AV 175,3°, AB 180° (Tableau 1).

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5711836>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5711836>

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