



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Mémoire original

Lésions de la syndesmose tibio-fibulaire traitées par vissage temporaire et suture ligamentaire[☆]



Tibiofemoral syndesmosis injury treated by temporary screw fixation and ligament repair

S. Steinmetz^a, B. Puliero^a, D. Brinkert^a, N. Meyer^b, P. Adam^a, F. Bonnomet^a,
M. Ehlinger^{a,*},^c

^a Service de chirurgie orthopédique et de traumatologie, hôpital de Haute-pierre, CHU de Strasbourg, 1, avenue Molière, 67098 Strasbourg, France

^b GMRC, service de santé publique, CHU de Strasbourg, 1, place de l'Hôpital, 67091 Strasbourg, France

^c Laboratoire Icube, CNRS UMR 7357, Illkirch, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Reçu le 4 novembre 2015

Accepté le 11 juillet 2016

Mots clés :

Vis de syndesmodèse

Articulation tibio-fibulaire distale

Cheville

RÉSUMÉ

Introduction. – La lésion de la syndesmose est fréquente mais peu étudiée. L'objectif principal de ce travail était d'évaluer les résultats du vissage transitoire associé à une réparation ligamentaire. L'objectif secondaire était de rechercher d'éventuels facteurs pouvant influencer ces résultats. L'hypothèse était que cette double fixation (vis + suture) donnait de bons résultats avec peu d'ouvertures secondaires de la syndesmose à l'ablation de la vis.

Matériel et méthode. – L'étude était rétrospective (01/2004–12/2011) portant sur 285 patients présentant une lésion de la syndesmose et traités par un vissage temporaire tri ou quadricorticale associé à une suture ligamentaire. Une décharge postopératoire de 6–8 semaines était prescrite sous couvert d'une botte plâtrée. L'ablation de la vis était systématique pour la remise en charge. Au recul étaient analysés : la mobilité articulaire, la reprise du sport, la douleur, les scores fonctionnels (AOFAS et OMAS) ainsi que le bilan radiologique.

Résultats. – Cent vingt-six patients ont été revus au recul moyen de 5,9 années \pm 5,7 (2,9–10,5). La flexion plantaire moyenne était à 95 % par rapport au côté controlatéral et la flexion dorsale moyenne à 93 %. La reprise du sport se faisait en moyenne à 10 semaines et au même niveau dans 83 % des cas. L'EVA de la douleur était en moyenne de 0,8/10. L'AOFAS et l'OMAS moyen étaient supérieurs à 90 points. Au recul, le taux de rupture des vis était de 4 %. Un diastasis était retrouvé dans 5,6 % des cas, une arthrose dans 6,3 % et 1 ossification dans 11,1 % des cas, mais sans répercussion clinique. Aucun facteur de risque n'a pu être mis en évidence.

Discussion/conclusion. – Le traitement par vissage transitoire associé à une suture ligamentaire donne de bons résultats objectifs confirmant notre hypothèse. Peu de données sont disponibles dans la littérature et aucun consensus ne se dégage sur le mode de fixation ou l'ablation systématique de la vis temporaire.

Niveau de preuve. – rétrospectif non comparatif, niveau 4.

© 2016 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

1. Introduction

La fracture de la cheville est une pathologie fréquente qui présente de nombreuses variétés anatomiques. Pour Gerber et al. [1],

DOI de l'article original : <http://dx.doi.org/10.1016/j.otsr.2016.06.015>.

[☆] 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 : Matthieu.ehlinger@chru-strasbourg.fr (M. Ehlinger).

l'incidence de l'atteinte de la syndesmose est sous-estimée, ce que confirment Rammelt et al. [2] et Dubin et al. [3], en observant 1 à 18 % de lésion de l'articulation tibio-fibulaire distale (ATFD) dans les traumatismes qualifiés d'entorse de cheville. Une lésion de l'ATFD est retrouvée dans 23 % des cas de fracture malléolaire [4] et fait toute la gravité de ces traumatismes [1,4]. Aucun consensus n'existe concernant la prise en charge chirurgicale et notamment sur la nécessité de suturer le ligament tibio-fibulaire distal (LTFA). Les résultats à moyen terme des lésions aiguës de l'ATFD opérées sont satisfaisants mais les séries sont rares et de faible recul [5,6].

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rcot.2016.07.025>

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

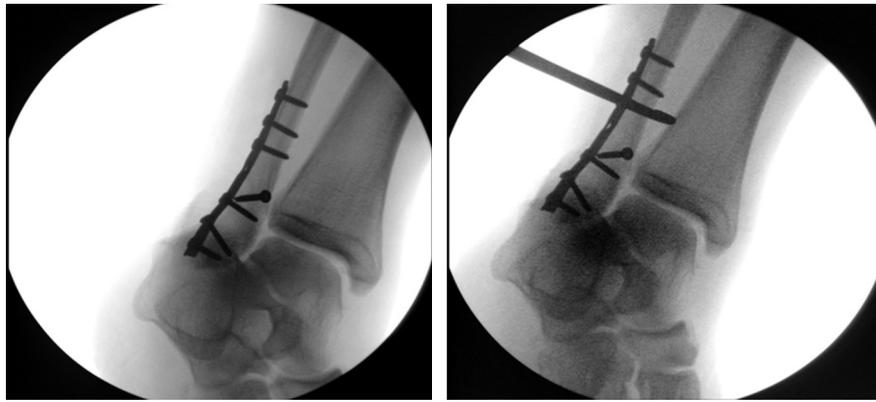


Fig. 1. Test peropératoire.

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer les résultats de la prise en charge des lésions de l'ATFD par une réduction à ciel ouvert et un vissage temporaire associé à une suture du LTFA. L'objectif secondaire était de rechercher d'éventuels facteurs pouvant influencer les résultats. Notre hypothèse de travail était que les résultats radio-cliniques étaient bons, soulignant la nécessité d'une réparation ligamentaire associée à une fixation temporaire par vis, avec peu d'ouvertures secondaires de la syndesmose après ablation de la vis transitoire.

2. Matériel et méthode

2.1. Patients

Entre le 1/1/2004 et le 31/12/2011, tous les patients traités par un vissage 3,5 mm temporaire associé à une suture du LTFA (fracture de cheville ou lésion isolée de l'ATFD) ont été inclus. Sur cette période, 1394 patients présentant une fracture de cheville ont été pris en charge dont 285 avec une lésion de l'ATFD (20,5 %). Le diagnostic de lésion de la syndesmose a été fait sur des clichés de face standard, de profil mais surtout sur un cliché de face dit « chirurgical » à 20° de rotation médiale. Les critères diagnostiques radiographiques ont été ceux de Harper et Keller [7] : diagnostic positif si l'espace clair tibio-fibulaire est >6 mm ou >44 % de la largeur de la fibula 1 cm au-dessus du plafond tibial. La mesure de l'espace tibio-fibulaire est le plus fiable car indépendant de la position de la jambe à la radiographie [8].

Ont été exclus les dossiers incomplets ($n=3$, 1 %), les patients présentant une autre atteinte au membre inférieur pouvant interférer avec les résultats ($n=4$, 1,4 %) et 85 cas où le compte rendu opératoire n'était pas explicite sur la réparation du LTFA ($n=85$, 30 %).

Cinquante-sept (28,5 %) patients étaient perdus de vue, 3 (1,5 %) décédés et 6 (3 %) ne voulaient pas participer à l'étude. Un patient (0,5 %) dément a également été exclu car l'évaluation clinique était impossible. Le collectif analysé comprenait ainsi 126 dossiers : 77 hommes (61 %) et 49 femmes (39 %), d'âge moyen $45 \pm 15,7$ ans à la chirurgie (16–86,5). Une activité sportive était retrouvée chez 92 patients (73 %) à un niveau amateur. Le mécanisme lésionnel était un traumatisme à basse énergie 91 (72,2 %) fois et à haute énergie 35 (27,8 %) fois. Les fractures-luxations représentaient 19 (15 %) cas de la série. Il y avait 26 cas (21 %) de fracture malléolaire isolée (dont 20 cas (70 %) avec une lésion du ligament collatéral médial), 65 cas (52,5 %) de fracture bimalléolaire, 19 cas (15,3 %) de fracture tri-malléolaire et 14 cas (11,2 %) de fracture de Maisonneuve.

2.2. Technique opératoire

Les fractures malléolaires étaient fixées en premier. L'atteinte de l'ATFD était confirmée en peropératoire par un test au crochet sous radioscopique (Fig. 1). La cheville était maintenue à 90° et la pince tibio-fibulaire stabilisée par un davier pointu [9,10], le LTFA était alors refixé au fil résorbable par des points transosseux. Le vissage temporaire 3,5 mm était mis en place en position de réduction, entre 2 et 4 cm au-dessus de l'interligne et parallèlement à celle-ci [9,10]. La vis était tricorticale 87 (69 %) fois et quadricorticale 39 (31 %) fois (Fig. 2). En postopératoire, une décharge de 6 à 8 semaines était prescrite sous couvert d'une immobilisation plâtrée et d'une héparinothérapie préventive. La vis était systématiquement retirée au terme de l'immobilisation, puis la rééducation était débutée avec une remise en charge au seuil douloureux associée à de la kinésithérapie. Les opérateurs étaient multiples (près de 20 différents) sur la période analysée.

2.3. Méthode d'évaluation

Étaient recherchés : les douleurs climatiques, l'échelle numérique de la douleur (EN de 0–10), les flexions plantaire (FP) et dorsale (FD), la sensation objective de raideur de cheville, les scores AOFAS [11] et OMAS [12] et la reprise du sport (délai/niveau). L'analyse radiologique évaluait, en postopératoire immédiat et



Fig. 2. Fracture équivalent bimaléolaire droite sus-tuberculaire. a : préopératoire ; b : noter la position de la vis de syndesmodèse temporaire, légèrement basse, mais cette position était imposé par la situation de la fracture par rapport au trou de la plaque (le trou au-dessus est dans la fin de la fracture).

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5711996>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5711996>

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