



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Mémoire original

Fractures complexes de l'acétabulum : faut-il abandonner la voie ilio-fémorale élargie ? Résultats à 20 ans de recul[☆]

Complex fractures of the acetabulum: Should the enlarged iliofemoral approach be abandoned? Results at 20 years' follow-up



A.G. Hue^a, R. Gauthé^{a,*}, A.C. Tobenas-Dujardin^b, A. Vallée^a, J. Mouton^a, F. Dujardin^a

^a CHU de Rouen, Department of Orthopaedic Surgery, 76000 Rouen, France

^b Normandie Université, UFR de médecine et de pharmacie, laboratoire d'anatomie, 76000 Rouen, France

INFORMATION

Historique de l'article :

Reçu le 17 novembre 2017

Accepté le 28 février 2018

Mots clés :

Acétabulum
Fracture
Traitement
Chirurgie
Ilio-fémorale

RÉSUMÉ

Introduction. – Parmi les multiples voies d'abord d'ostéosynthèse des fractures de l'acétabulum, la voie ilio-fémorale élargie est moins utilisée en raison de son caractère invasif, bien qu'elle permette une exposition plus large permettant le contrôle de toutes les composantes des fractures complexes. Elle est actuellement moins utilisée bien que son caractère invasif ne soit pas confirmé et ses résultats à long terme ne sont pas connus. Aussi nous avons mené une étude rétrospective destinée à : (1) évaluer les résultats fonctionnels à long terme, (2) préciser la morbidité de cette voie d'abord.

Hypothèse. – La voie ilio-fémorale élargie permet une réduction exacte et des résultats favorables à long terme.

Matériel et méthodes. – Quinze patients ont été opérés entre 1992 et 1997 d'une fracture complexe de l'acétabulum (3 transversales simples, 4 transversales + parois postérieures, 4 colonnes antérieures + hémi-transversales postérieures, une fracture en T et une fracture bi-colonne) par cette technique et par un opérateur unique. Une luxation postérieure de la hanche était retrouvée dans 4 cas et une protrusion intra-pelvienne dans 8 cas. Deux patients ont été exclus du fait d'éléments de suivi insuffisants, laissant 13 patients en étude. La morbidité chirurgicale était évaluée par la durée opératoire, le nombre de culots globulaires transfusés, la survenue d'une lésion iatrogène ou de complication post-opératoire, la durée de la rééducation, la durée d'hospitalisation. L'évaluation fonctionnelle à distance était réalisée par l'indice WOMAC et le score de Harris, l'évaluation radiologique de l'arthrose par le score de Kellgren et celle des ossifications selon Brooker.

Résultats. – La réduction fracturaire était toujours anatomique, aucune complication per- ou postopératoire n'a été retrouvée, le nombre médian de culots globulaires transfusés était de 5 [3–10], le temps opératoire médian était de 4 heures [3–6]. La durée d'hospitalisation médiane était de 6 semaines [6–8] (en raison d'une traction avec mobilisation précoce postopératoire systématiquement appliquée), la reprise de l'appui était possible à 8 semaines [8–12]. Au recul médian de 22 ans [20–24], le score de Harris médian était de 83,5 points [63–92] et l'indice WOMAC médian de 24,5 points [1–52]. Tous présentaient des ossifications hétérotopiques Brooker 1 ou 2 ainsi qu'une coxarthrose modérée, deux patients ont été repris pour arthroplastie (respectivement après 1 et 11 ans de recul).

Discussion. – La voie ilio-fémorale élargie permet une réduction anatomique des fractures de l'acétabulum. Elle donne de très bons résultats à long terme et sa morbidité n'est pas excessive.

Niveau de preuve. – Niveau IV : étude rétrospective sans groupe témoins.

© 2018 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

DOI de l'article original : <https://doi.org/10.1016/j.otsr.2018.02.005>.

[☆] 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. Département de chirurgie orthopédique, CHU Charles-Nicolle, 1, rue de Germont, 76031 Rouen cedex, France.
Adresse e-mail : gautheremi@gmail.com (R. Gauthé).

<https://doi.org/10.1016/j.rcot.2018.03.003>

1877-0517/© 2018 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

1. Introduction

Les fractures de l'acétabulum chez les patients jeunes sont occasionnées par des traumatismes à haut énergie [1]. Lorsque l'incongruence articulaire est trop importante, elles nécessitent de réaliser une réduction chirurgicale anatomique dans le but de retarder l'apparition d'arthrose invalidante [2]. De nombreuses voies d'abord ont été décrites. Les plus utilisées sont la voie ilio-inguinale, la voie de Kocher-Langenbeck [3], la voie de Stoppa [4]. Lorsque la fracture atteint les deux colonnes, il nous paraît nécessaire d'aborder en avant et en arrière pour obtenir une réduction satisfaisante [5]. Dans ce cas, ces voies simples deviennent insuffisantes et l'accès à la hanche pourra être assuré soit par des voies combinées [6,7], soit la voie ilio-fémorale élargie.

Cette voie d'abord a pour réputation d'être délabrante et source de complications. Mais elle permet, grâce à l'exposition endo-articulaire, une réduction anatomique parfaite, principal facteur prédictif de survenue d'arthrose [2]. Peu d'études s'y rapportent de manière spécifique et sa rançon supposée n'est pas connue avec précision.

Aussi nous avons mené une étude rétrospective destinée à : (1) évaluer les résultats fonctionnels à long terme, (2) préciser la morbidité de cette voie d'abord. Notre hypothèse était que la voie ilio-fémorale élargie permet une réduction exacte et des résultats favorables à long terme.

2. Matériel et méthodes

2.1. Patients

Cette étude rétrospective présente un suivi prospectif de patients affectés entre 1992 et 1997 d'une fracture complexe de l'acétabulum et opérés par voie ilio-fémorale élargie. Les indications retenues pour la mise en œuvre de cette voie d'abord étaient les patients jeunes qui présentaient des fractures déplacées intéressant les deux colonnes.

2.2. Voie d'abord (film associé)

Conformément à la technique initiale [8], le patient était installé en décubitus latéral, avec une incision cutanée le long de la crête iliaque depuis l'épine iliaque postérosupérieure jusqu'à l'épine iliaque antéro-supérieure puis descendant jusqu'au tiers supérieur de la cuisse en direction du bord latéral de la patella.

Quelques éléments techniques plus originaux doivent être précisés. Une désinsertion du tenseur du fascia lata et des muscles glutéaux a été réalisée en emportant des pastilles osseuses le long du rebord iliaque afin de faciliter une réparation trans-osseuse solide. Le nerf fémoro-cutané était soigneusement repéré avant une ostéotomie de l'épine iliaque antéro-supérieure (désinsertion du muscle sartorius récliné en avant) ainsi qu'une ostéotomie de l'épine iliaque antéro-inférieure (désinsertion du muscle rectus femoris). Une trochantérotomie superficielle permettait de relever l'éventail des muscles petit et moyen glutéaux vers l'arrière tout en préservant le tendon du muscle grand glutéal, les muscles pelvi-trochantériens étaient ensuite sectionnés. L'ouverture de la capsule articulaire était réalisée au ras de l'acétabulum pour éviter une interruption de la vascularisation de la tête fémorale. L'exposition de la face endo-pelvienne de l'aile iliaque était réalisée à la rugine permettant un accès à la surface quadrilatère si nécessaire. Celle-ci n'était pas systématique et était réalisée en cas de défaut de réduction de la fracture ou afin de réduire et stabiliser l'articulation sacro-iliaque. La réduction était stabilisée à l'aide de daviers de Letournel permettant une ostéosynthèse par vis et deux plaques préalablement conformées, une le long de chaque colonne.

La luxation de la hanche permettait un contrôle endo-articulaire et une réduction constamment exacte. La fermeture comportait une synthèse de la trochantérotomie par deux ou trois vis de diamètre 4 ou 5 mm. La réinsertion des épines iliaques antéro-inférieure et supérieure était assurée par des sutures trans-osseuses ou par des vis. Le drainage était systématique, assuré par deux drains aspiratifs pour 2 à 4 jours.

Le protocole postopératoire comportait des antalgiques à la demande, une antibioprophylaxie par céphalosporine pendant 2 jours, un traitement par indométacine (100 mg/j) pendant 10 jours (en prévention des ossifications ectopiques) et une prévention anti-thromboembolique pendant 8 à 10 semaines (assurée par des héparines de bas poids moléculaire initialement, relayées par des anticoagulants oraux). Un repos strict au lit avec traction continue trans-tibiale était observé pendant 6 semaines. La mobilisation passive de la hanche était autorisée à partir du 10^e jour et la verticalisation sous couvert de deux cannes anglaises à la 6^e semaine pour une remise en charge progressive respectant l'indolence.

2.3. Méthodes d'évaluation

La morbidité était évaluée par la durée de l'opération, l'importance du saignement (nombre de culots globulaires transfusés pendant l'hospitalisation), la survenue de lésions iatrogènes et de complications postopératoires, la durée de la rééducation, la durée d'hospitalisation. L'évaluation fonctionnelle a été réalisée à l'aide de l'indice WOMAC [9] et du score de Harris [10]. L'évaluation de l'importance de la coxarthrose a été faite à l'aide du score de Kellgren et Lawrence [11], celle des ossifications hétérotopiques à l'aide du score de Brooker et al. [12].

2.4. Analyse statistique

En raison du faible effectif, seule une analyse descriptive de la série a été réalisée en utilisant les paramètres de dispersion habituels présentés sous la forme suivante : *n* (%) ou médiane [valeur minimale ; valeur maximale].

3. Résultats

Quinze patients ont été opérés entre 1992 et 1997 d'une fracture complexe de l'acétabulum par cette technique. Deux dossiers n'ont pas pu être exploités en raison de données insuffisantes, laissant 13 patients (13 hanches) en étude. Tous les patients ont été régulièrement suivis dans le service. Huit patients ont été spécifiquement revus pour l'étude. L'âge médian au moment du traumatisme était de 31 ans [20–49], huit hommes et cinq femmes, sans antécédent, victimes d'un accident de la voie publique (AVP) pour 10/13 (76,9 %) et polytraumatisés pour 8/13 (61,5 %) (Tableau 1).

Le type de fracture selon la classification de Letournel intéressait toujours les deux colonnes : transversale simple 3/13 (23,1 %), transversale + paroi postérieure 4/13 (30,8 %), colonne

Tableau 1
Caractéristiques de la population (*n* = 13).

	<i>n</i> (%) ou médiane [Min–Max]
Ratio H/F	8/5
Âge à la chirurgie (en années)	31 [20–49]
Âge au dernier suivi (en années)	53,5 [44–71]
Mécanisme	
AVP	10 (76,9)
Chute lieu élevé	3 (23,1)
Contexte de polytraumatisme	8 (61,5)

AVP : accident de la voie publique.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8803389>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8803389>

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