



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Note de technique

Instabilité postérieure de l'épaule traitée par butée acromiale pédiculée positionnée sous arthroscopie. Note de technique[☆]



Posterior shoulder instability managed by arthroscopic acromial pediculated bone-block. Technique

P. Métais^{a,*}, J. Grimberg^b, P. Clavert^c, J.-F. Kouvalchouk^d, F. Sirveaux^e, G. Nourissat^f, J. Garret^g, P. Mansat^h, A. Godenècheⁱ, la Société francophone d'arthroscopie

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

^b IRCOS, 6, avenue Alphonse-XIII, 75016 Paris, France

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

^d Hôpital Foch, 40, rue Worth, 92151 Suresnes, France

^e Centre chirurgical Émile-Gallé, CHRU de Nancy, 49, rue Hermite, 54000 Nancy, France

^f Inserm, UMRS938, clinique des Maussins, UPMC, 67, rue de Romainville, 75019 Paris, France

^g Clinique du Parc, 155, ter boulevard Stalingrad, 69006 Lyon, France

^h Département d'orthopédie-traumatologie, hôpital Riquet, CHRU Purpan, place du Dr-Baylac, 31059 Toulouse, France

ⁱ Hôpital privé J.-Mermoz (Ramsay-GDS), centre orthopédique Santy, 69008 Lyon, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Reçu le 2 juillet 2017

Accepté le 23 août 2017

Mots clés :

Butée acromiale

Technique

Épaule

Instabilité

Postérieure

RÉSUMÉ

Dans les cas d'instabilité postérieure de l'épaule (luxations récidivantes, subluxation postérieure involontaire ou subluxation volontaire devenue involontaire), en cas d'échec du traitement fonctionnel et en l'absence de contexte psychologique défavorable, un traitement chirurgical peut être proposé. La butée acromiale pédiculée à un lambeau deltoïdien décrite par J.F. Kouvalchouk offre aux patients une alternative à la butée iliaque. Elle permet un triple verrouillage de l'épaule par l'effet butée du bloc osseux, l'effet de hamac rétentif du lambeau deltoïdien et la réparation de la capsule postérieure. L'arthroscopie permet l'exploration articulaire et le diagnostic de lésions associées, l'ouverture et la préservation de la capsule postérieure. L'arthroscopie facilite grandement le positionnement de la butée et la réinsertion capsulaire. L'objectif de ce travail est de décrire en détail l'intervention.

Niveau de preuve. – Note de technique.

© 2017 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

1. Introduction

Dans les cas d'instabilité postérieure de l'épaule (luxations récidivantes, subluxation postérieure involontaire ou subluxation volontaire devenue involontaire), la première option est le traitement fonctionnel par une rééducation adaptée basée sur le recentrage de la tête humérale et le renforcement musculaire [1,2].

En cas d'échec du traitement fonctionnel et en l'absence de contexte psychologique défavorable, un traitement chirurgical est proposé pour traiter les lésions capsulo-labiales, qui sont associées ou non à des lésions osseuses : réparation capsulo-ligamentaire [3–5], remplissage de l'encoche antérieure de McLaughlin [6,7], butée osseuse iliaque [8–13], sont les principales chirurgies réalisées.

La butée acromiale pédiculée à un lambeau deltoïdien décrite par J.F. Kouvalchouk et al. [14], offre aux patients une alternative à la butée iliaque et répond aux mêmes exigences mécaniques que la butée coracoïdienne selon Patte et Latarjet [15–17] proposée dans les instabilités antérieures. Elle permet un double verrouillage de l'épaule par une augmentation osseuse et par un effet hamac musculaire. La glène est reconstruite ou augmentée et la capsule renforcée. Un triple verrouillage peut être ajouté par réinsertion capsulaire au bord postérieur de la glène.

DOI de l'article original : <http://dx.doi.org/10.1016/j.otsr.2017.09.001>.

[☆] 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 : pierremetais@epaulemain.fr (P. Métais).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rcot.2017.09.013>

1877-0517/© 2017 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

À l'heure de la chirurgie arthroscopique, il est apparu intéressant de proposer une amélioration de cette technique chirurgicale :

- un abord postérieur à minima permet la dissection et le prélèvement du bloc os-muscle ;
- l'arthroscopie permet l'exploration, l'ouverture et la préservation de la capsule postérieure ;
- l'approche arthroscopique facilite le positionnement de la butée et la réinsertion capsulaire.

Dans le cadre du symposium 2016 de la Société francophone d'arthroscopie, nous avons réalisé les premiers cas de butée acromiale pédiculée (BAP) assistée par arthroscopie pour fixer une instabilité postérieure.

L'objectif de ce travail est de décrire en détail l'intervention que nous avons réalisée.

2. Technique

Le symposium de la Société francophone d'arthroscopie a montré que les patients ayant une instabilité postérieure de l'épaule peuvent bénéficier d'une chirurgie de stabilisation par un bloc osseux dont la BAP est une variante.

2.1. Installation

Le patient est opéré sous anesthésie générale et anesthésie loco-régionale par bloc inter-scalénique, en position demi-assise (45°) avec l'épaule en dehors de la table pour laisser libre la ceinture scapulaire (Fig. 1). Le bras peut être positionné selon les habitudes du chirurgien sur un simple appui, avec ou sans traction ou sur un bras articulé. Le champ stérile utilisé est celui d'une arthroscopie d'épaule standard.

Les reliefs osseux sont dessinés : acromion et épine de l'acromion, articulation acromio-claviculaire, projection de l'interligne gléno-humérale au soft point.

2.2. Temps opératoire du prélèvement

Le temps de prélèvement est sensiblement le même que celui décrit par J.F. Kouvalchouk et al. [14].

Une incision longitudinale de 5 cm est réalisée en face de l'interligne gléno-humérale. Après dissection des tissus sous-cutanés, la face superficielle du muscle deltoïde et la face supérieure de l'acromion sont facilement libérées. Le site de prélèvement osseux est marqué. Le bloc osseux est prélevé à partir de l'angle postéro-externe de l'acromion et mesure 2,5 cm de long. Le prélèvement peut être légèrement décalé médialement en fonction de la morphologie de l'acromion et de l'épaule mais cela rapproche



Fig. 1. Dessins des repères anatomiques.



Fig. 2. Butée acromiale et pédicule deltoïdien.

le site de prélèvement de l'épine et augmente potentiellement les risques de fracture de l'épine. La profondeur est approximativement de 1,5 cm et l'épaisseur est approximativement de 0,5 cm. Cela peut varier car il faut préserver la corticale antérieure et inférieure de l'acromion. Depuis ces marques, le lambeau deltoïdien est disséqué et libéré sur une largeur de 2,5 cm allant de l'acromion en direction de l'insertion humérale sur une hauteur de 5 cm. Il faut préserver impérativement l'insertion du deltoïde sur l'acromion.

Le prélèvement osseux se fait prudemment à la scie et/ou au ciseau en respectant une tablette inférieure et la corticale antérieure. Le greffon bi-cortical est mobilisé pour finir de libérer la face profonde du deltoïde de la bourse sous-acromio-deltoïdienne (Fig. 2).

2.3. Temps opératoire arthroscopique

L'abord arthroscopique postérieur est classique, au *soft point*, par l'incision du prélèvement. Après une exploration exhaustive, une voie antérieure scopique est créée au travers de l'intervalle des rotateurs.

Les lésions d'instabilité postérieures sont identifiées. La capsule postérieure est libérée du bord postérieur de la glène et elle est préservée. La surface osseuse est préparée à la fraise à os pour être plane et régulière, congruente avec la butée acromiale.

2.4. Temps opératoire de positionnement

L'arthroscopie apporte une aide technique à la pose de la butée qui est vissée à la glène par 2 vis en titane (réf : HCS 4.5 Synthes). Un ancillaire (Arthro-Latarj et DepuyMitek, Raynham, MA, États-Unis) peut en faciliter la pose, notamment en début d'expérience, mais il n'est pas indispensable.

Le *soft point* est utilisé comme voie de passage pour la butée et doit être agrandi par simple dissection des tissus mous dans l'axe des fibres musculaires de l'infra-spinatus, au doigt ou en écartant une pince ou des ciseaux à disséquer.

Deux broches sont placées dans la butée sans en dépasser la face spongieuse. La butée est percée par la mèche canulée (diamètre 3,2 mm) et fixée à la poignée par les 2 canons métalliques dédiés. Elle peut ainsi être mobilisée facilement (Fig. 3).

La butée est passée sous contrôle extra-articulaire et intra-articulaire au travers du plan postérieur et elle est positionnée affleurant ou peu débordant à la glène. La hauteur de pose de la butée peut correspondre au niveau des lésions vues lors du bilan arthroscopique, soit tiers moyen et tiers inférieur de la glène. Dès que la butée est bien placée, les 2 broches sont poussées dans la corticale postérieure de la glène et sont fixées dans la corticale antérieure sans la perforer. Le méchage est fait par la mèche canulée (diamètre 3,2 mm) et le vissage se fait après mesure de la longueur des vis jusqu'à enfouissement des têtes de vis qui assurent la

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8803568>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8803568>

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