



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Note de technique – Travaux de la Société d'orthopédie et de traumatologie de l'ouest (SOO)

Une nouvelle voie d'abord pour la neurolyse endoscopique du nerf suprascapulaire à l'incisure spinoglénoïdale : étude cadavérique préliminaire^{☆,☆☆}

A new approach for endoscopic neurolysis of the suprascapular nerve at the spinoglenoid notch: A preliminary cadaver study

M.-A. Loirat^{a,*,b}, M. Tierny^a, A. Hervé^a, A. Lignel^a, E. Berton^c, M. Ropars^{a,b,c},
H. Thomazeau^a, et la Société d'orthopédie et traumatologie de l'Ouest (SOO)^d

^a Service de chirurgie orthopédique et traumatologique, CHU Ponchaillou, université de Rennes 1, 2, rue Henri-le-Guilloux, 35033 Rennes, France

^b Laboratoire M2S (mouvement sport santé), université Rennes 2, École normale supérieure Bretagne, université européenne de Bretagne, campus de Ker Lann, 35170 Bruz, France

^c Laboratoire d'anatomie, université de Rennes 1, 2, avenue du Pr-Léon-Bernard, 35000 Rennes, France

^d 18, rue de Bellinière, 49800 Trélazé, France



INFO ARTICLE

Historique de l'article :
Reçu le 23 janvier 2017
Accepté le 18 avril 2017

Mots clés :
Anatomie
Arthroscopie de l'épaule
Nerf suprascapulaire
Décompression
Incisure spinoglénoïdale

RÉSUMÉ

Introduction. – Le nerf suprascapulaire (NSS) peut être comprimé à ses 2 points de fixation scapulaire : incisure suprascapulaire et incisure spinoglénoïdale (ISG). L'objectif de ce travail est de décrire un nouvel abord endoscopique pour la neurolyse du NSS à l'ISG.

Méthode. – Dix épaules ont été utilisées. Deux épaules ont été disséquées pour simuler le trajet des voies d'abord endoscopiques « classiques » et aider à la création d'une nouvelle voie dite « médiale rétrospinale directe ». Huit autres épaules ont permis de valider cette nouvelle voie avec comme critère de réussite le contrôle de la totalité du trajet juxtaglénoïdien du NSS.

Résultats. – La voie postérieure rétrospinale a permis d'explorer tout le segment juxtaglénoïdien du NSS dans 6 cas sur 8. Une exploration a été incomplète, une autre non réalisable.

Conclusion. – La neurolyse du NSS à l'ISG est possible sur cadavre par l'utilisation d'une voie rétrospinale.

© 2017 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

1. Introduction

La compression du nerf suprascapulaire (NSS) a été initialement décrite par Thompson et Kopell [1] en 1959. Elle serait ainsi responsable de 1 à 2 % des douleurs d'épaule [2–5]. Son diagnostic a profité des progrès de l'imagerie par résonance magnétique, autorisant la reconnaissance des signes précoces de souffrance musculaire neurogène [6] ; mais la neurolyse reste toute fois controversée au niveau des incisures suprascapulaire [7] et spinoglénoïdienne [8]. Le traitement de cette compression est maintenant souvent

réalisé de façon endoscopique. La compression du NSS peut avoir lieu au niveau de deux zones anatomiques de la scapula : l'incisure suprascapulaire par le ligament suprascapulaire et l'incisure spinoglénoïdale par le ligament spinoglénoïdal. La neurolyse au niveau de l'incisure suprascapulaire est bien codifiée, décrite la première fois par Bhatia et al. [9] en 2006, avec des résultats satisfaisants rapportés par Lafosse et al. [10] en 2007. La neurolyse du NSS à l'incisure spinoglénoïdale a fait, par contre, l'objet de rares publications [11–14] : toutes les techniques rapportées nous ont semblé complexes et ont motivés ce travail.

L'objectif de l'étude est de rechercher une voie d'abord simple qui pourrait permettre l'accès à l'incisure spinoglénoïdale pour la neurolyse du NSS à l'aide de la dissection et de confirmer sa faisabilité en arthroscopie.

2. Méthodes

Cinq sujets cadavériques frais sans chirurgie ou traumatisme de la région scapulohumérale ont été utilisés (laboratoire d'anatomie,

DOI de l'article original : <http://dx.doi.org/10.1016/j.otsr.2017.04.011>.

[☆] 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.

^{☆☆} Article issu des travaux de la Société d'orthopédie et de traumatologie de l'Ouest (SOO).

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : marc-alexandre.loirat@chu-rennes.fr (M.-A. Loirat).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rcot.2017.07.003>

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

Tableau 1

Caractéristiques de la population des sujets utilisés et manipulations réalisées au laboratoire d'anatomie de l'université de Rennes 1.

	Sexe	Âge (années)	Manipulation
Sujet 1	Femme	92	Dissection
Sujet 2	Femme	88	Arthroscopie
Sujet 3	Homme	63	Arthroscopie
Sujet 4	Femme	88	Arthroscopie
Sujet 5	Femme	70	Arthroscopie

faculté de médecine, université de Rennes 1). Les sujets d'étude étaient des sujets âgés en moyenne $80,2 \pm 12,9$ ans essentiellement de sexe féminin (4/5 sujets) (Tableau 1).

Le premier sujet a permis la dissection de l'épaule pour le repérage du NSS à l'incisure spinoglénoïdale. Pour cela, une large voie d'abord supéro-externe a été réalisée, avec désinsertions des muscles deltoïde, supra-épineux et infra-épineux (Fig. 1). Trois combinaisons associant une voie optique et une voie instrumentale ont alors été simulées pour vérifier leur faisabilité par rapport aux reliefs anatomiques osseux. Des photos ont été réalisées à l'aide d'un appareil photo numérique. La faisabilité arthroscopique des voies d'abord a ensuite été testée sur 8 épaules (4 sujets cadavériques) installés en position demi-assise, à l'aide d'une colonne d'arthroscopie, une boîte d'arthroscopie, un shaver motorisé, une sonde d'électrocoagulation radiofréquence et une arthropompe. La colonne était munie d'un système d'enregistrement HD afin de réaliser des photos et vidéos peropératoires (Annexe 1).

2.1. L'étude à ciel ouvert

Trois combinaisons d'abord arthroscopiques ont été simulées :

- la première testée était celle habituellement utilisée en arthroscopie de l'épaule avec une voie optique postérieure et une voie instrumentale antérieure dans l'intervalle des rotateurs (Fig. 2). Cette configuration n'était pas adéquate pour la libération du NSS, les instruments antérieurs venant buter contre le rebord

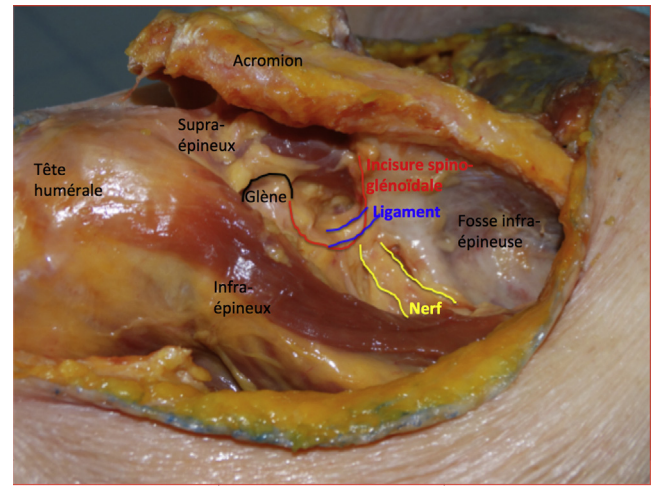


Fig. 1. Vue anatomique postérieure de l'incisure spinoglénoïdale de l'épaule gauche chez le sujet 1.

postérosupérieur de la glène. La voie optique postérieure, en revanche, restait optimale pour la visualisation de l'incisure spinoglénoïdale ;

- la deuxième associait la voie optique postérieure et une voie transtendineuse instrumentale 5 (Fig. 2). L'instrument s'approchait du NSS mais gardait une mobilité limitée par le rebord postérosupérieur glénoïdien et seuls des mouvements verticaux étaient possibles. Cette voie transtendineuse est utilisée dans la technique de Millet et al. [14], les voies instrumentale et optique étant inversées ;
- la troisième combinaison propre à cette étude utilisait une voie optique postérieure habituelle et une voie instrumentale rétrospinale extra-articulaire (Fig. 2). Cette nouvelle voie d'abord offrait un accès direct au NSS à l'incisure spinoglénoïdale sans conflit avec les reliefs osseux scapulaires notamment la glène. Les repères osseux de l'incision cutanée de cette voie

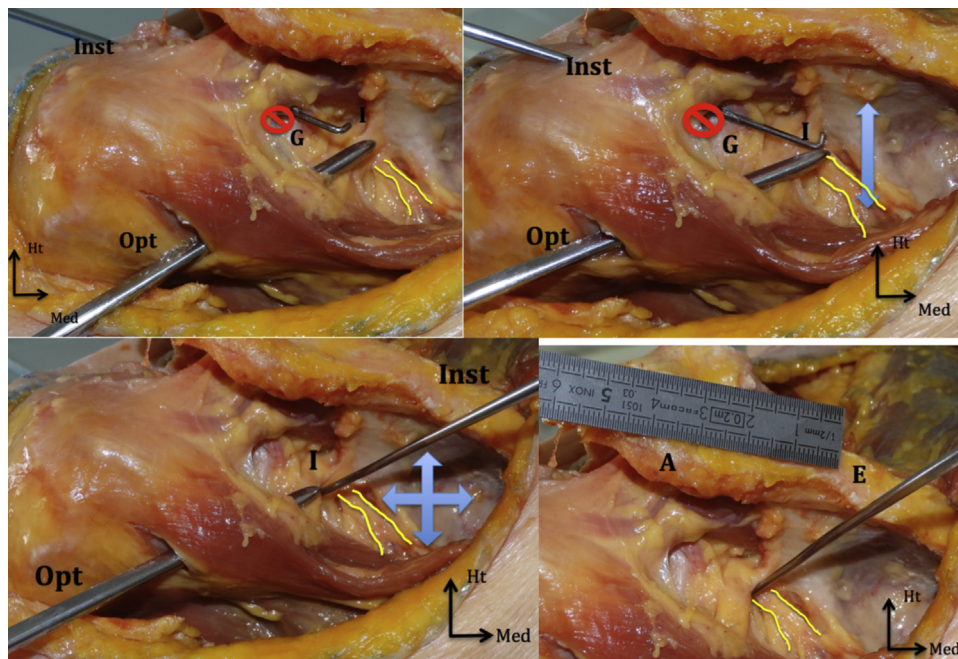


Fig. 2. De gauche à droite et de haut en bas. Première combinaison (voie postérieure optique et voie instrumentale antérieure) ; 2^e combinaison (voie postérieure optique et voie instrumentale latérale) ; 3^e combinaison (voie postérieure optique et voie instrumentale rétrospinale) ; repère osseux à 45 mm du bord postérolatéral de l'acromion. Le signe interdiction signifie l'impossibilité d'accès à l'incisure spinoglénoïdale lié au conflit avec le rebord postérieur de la glène. Les flèches bleues représentent les mouvements possibles dans l'incisure spinoglénoïdale.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8803747>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8803747>

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