



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Mémoire original

Résultats fonctionnels et retour au sport après traitement chirurgical des tendinopathies d'insertion d'Achille : approche chirurgicale adaptée au degré d'atteinte tendineuse[☆]



Functional outcomes and return to sports after surgical treatment of insertional Achilles tendinopathy: Surgical approach tailored to the degree of tendon involvement

Alexandre Hardy^{a,*}, Romain Rousseau^a, Samir-Pierre Issa^a, Antoine Gerometta^a, Hugues Pascal-Moussellard^a, Benjamin Granger^b, Frédéric Khiami^a

^a Service de chirurgie orthopédique et traumatologie du Sport, CHU de La Pitié-Salpêtrière, 47–83, boulevard de l'hôpital, 75013 Paris, France

^b Département de bio statistique et de santé publique, CHU de La Pitié-Salpêtrière, 47–83, boulevard de l'hôpital, 75013 Paris, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :
Reçu le 22 mars 2017
Accepté le 22 mai 2018

Mots clés :

Achille
Tendinopathie insertion
Maladie de Haglund
Cheville
Tendon calcanéen

RÉSUMÉ

Introduction. – La tendinopathie d'insertion d'Achille est un terme générique qui inclue de nombreuses formes lésionnelles. Le traitement conservateur est moins efficace que dans les lésions corporales, mais il n'existe pas de consensus concernant le type de prise en charge chirurgicale.

Hypothèse. – La chirurgie de la tendinopathie d'insertion d'Achille adaptée à la sévérité de l'atteinte tendineuse permettrait d'obtenir un résultat fonctionnel satisfaisant.

Matériel et méthodes. – Quarante-six patients ont été inclus, d'un âge moyen de $44,1 \pm 11,4$ ans, leur score AOFAS moyen en préopératoire était de $62,2 \pm 11,7$. La durée d'évolution moyenne de leurs symptômes avant chirurgie était de $33,1 \pm 24$ mois. Les critères d'inclusion étaient une douleur à l'insertion du tendon ainsi qu'un échec d'un traitement médical de 6 mois minimum. L'atteinte tendineuse était évaluée en pré opératoire par une IRM, et confirmée en peropératoire après débridement des lésions. Les patients ont tous été traités par résection de l'anomalie calcanéenne. En fonction de l'importance de l'atteinte tendineuse, un débridement ou une désinsertion/réinsertion ont été associés. Le recul minimum était de 12 mois.

Résultats. – Aucun patient n'a été perdu de vue au cours du suivi. Le recul moyen était de $33 \pm 13,5$ mois. Le score AOFAS moyen en postopératoire était de $93,7 \pm 7,3$ au dernier recul. Les scores ATRS et VISA-A au dernier recul étaient de $89,2 \pm 4,1$ et $89 \pm 3,2$. Le niveau sportif était identique ou amélioré dans 71,7 % des cas. L'augmentation de la dorsiflexion passive préopératoire était statistiquement corrélée à l'importance de l'atteinte tendineuse.

Conclusion. – La chirurgie des tendinopathies d'insertion d'Achille procure de bons résultats fonctionnels ainsi qu'un taux satisfaisant de reprise des activités physiques lorsque la prise en charge chirurgicale est adaptée à la sévérité de l'atteinte tendineuse.

Niveau de preuve. – IV.

© 2018 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

DOI de l'article original : <https://doi.org/10.1016/j.otsr.2018.05.003>.

[☆] 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.

Adresse e-mail : Alexandre.hardy@me.com (A. Hardy).

<https://doi.org/10.1016/j.rcot.2018.05.014>

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

1. Introduction

Les tendinopathies d'Achille peuvent être divisées en deux groupes : les lésions corporales et les lésions d'insertion. Si les tendinopathies d'insertion semblent être moins fréquentes (20 à 25 %) [1], elles relèvent toutefois plus souvent d'un traitement chirurgical dans 53 % [2] à 89 % des cas [3]. Plusieurs techniques chirurgicales ont été décrites et semblent donner des résultats satisfaisants. Si la résection de la tubérosité postéro-supérieure du calcaneum semble être consensuelle en faisant exception de la technique d'ostéotomie de Zadek, la place des traitements associés est moins claire. Ils peuvent comporter un débridement, une ostéotomie calcanéenne, un renforcement local par une autogreffe ou encore une désinsertion-réinsertion tendineuse [4,5].

De nombreuses études ont cherché une corrélation entre la clinique et la présence d'une anomalie morphologique osseuse calcanéenne postéro-supérieure. Plusieurs analyses radiologiques ont été décrites sur la hauteur du calcaneum, l'angle de Chaveau et Liet [6], l'angle de Fowler-Phillip [7], les *parallel pitch lines* [8], les lignes de Heneghan et Pavlov [9] et la taille de l'anomalie du calcaneus [10]. Aucune n'a démontré une corrélation évidente entre la taille de cette anomalie osseuse et l'impotence fonctionnelle. Nous avons donc choisi de nous focaliser sur l'analyse de l'atteinte tendineuse pour adapter notre traitement.

L'hypothèse était que la chirurgie de la tendinopathie d'insertion d'Achille adaptée à la sévérité de l'atteinte tendineuse pourrait permettre d'obtenir un bon résultat fonctionnel. Le but principal de cette étude était d'évaluer les résultats fonctionnels post opératoires lorsque la technique chirurgicale était spécifique au type d'atteinte tendineuse.

2. Patients et méthode

2.1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective, monocentrique et mono-opérateur. Les patients étaient inclus entre novembre 2007 et mai 2014 et une évaluation clinique était réalisée au recul minimum de 12 mois.

2.2. Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion étaient une douleur à l'insertion du tendon d'Achille, une IRM confirmant la tendinopathie d'insertion et l'échec d'un traitement médical d'au moins six mois [11] comportant repos pendant au moins six semaines, anti-inflammatoire non stéroïdien, ondes de choc, orthèses, massages transverses profonds, étirements et exercices excentriques en kinésithérapie. Parmi les patients inclus, il nous est apparu important d'inclure les patients souffrant d'une rupture d'Achille à l'insertion, aiguë compliquant une tendinopathie chronique connue et suivie.

Les critères d'exclusion étaient : un antécédent chirurgical sur le tendon d'Achille, une pente calcanéenne supérieure à 30° faisant préférer une ostéotomie de Zadek.

L'étude a reçu l'approbation du CPP local.

2.2.1. La série

Quarante-six patients ont été inclus, l'âge moyen était de $44,1 \pm 11,4$ ans au moment de la chirurgie. Le côté droit a été affecté dans 27 cas (59 %) et 40 patients étaient des hommes (87 %). Vingt-deux patients (47,8 %) présentaient une activité sportive intense (>2/semaine), 12 (26,1 %) une activité régulière (<2/semaine), 8 (17,4 %) une activité occasionnelle (<1 séance/mois) et 4 (8,7 %) étaient sédentaires. Parmi les patients, 26 (56,5 %) présentaient un IMC normal, 2 (4,4 %) étaient en sous-poids, 14 (30,4 %) en surpoids

Echelle de Blazina

Stade 0	Pas de douleur
Stade 1	Douleur après l'effort disparaissant au repos
Stade 2	Douleur pendant l'effort, disparaissant puis réapparaissant au repos
Stade 3A	Douleur permanente limitant l'entraînement
Stade 3B	Douleur de la vie quotidienne
Stade 4	Rupture sur tendinopathie

Fig. 1. Score de Blazina.

et 4 (8,7 %) obèses. L'ensemble des patients ont eu une IRM préopératoire et un radiologue indépendant a évalué le niveau d'atteinte tendineuse. Le délai moyen entre le début de la symptomatologie et la prise en charge chirurgicale était de $33,1 \pm 24$ mois. La douleur à la montée unipodale était présente chez 28 (62,2 %) patients et 25 (54,4 %) se plaignait de douleur à la course. On retrouvait une augmentation de la flexion dorsale chez 6 (13 %) patients. Le score de Blazina (Fig. 1) en préopératoire était 3A pour 11 (23,9 %) patients, 3B pour 35 (76,1 %). Le score AOFAS (score sur 100) [12] avant la chirurgie était de $62,2 \pm 11,7$ [32 ; 84]. Une augmentation de la dorsiflexion a été observée chez 6 patients (13 %).

2.3. Technique chirurgicale

L'intervention était réalisée en décubitus ventral. La voie d'abord était évaluée en préopératoire en fonction de la sévérité de l'atteinte tendineuse. En cas de conflit isolé ou si l'atteinte tendineuse était inférieure à 50 % du tendon à l'IRM, une incision postéro-médiale était réalisée. Si la lésion tendineuse était plus importante, une voie médiane était réalisée. Une bursectomie, puis une résection de la tubérosité postéro-supérieure du calcaneum était systématiquement réalisées, puis le débridement des parties nécrotiques, des nodules et des calcifications du tendon ainsi que des éventuels ostéophytes postérieurs était effectué. Le bilan lésionnel après le débridement permettait de séparer les patients en 3 groupes selon la sévérité de l'atteinte tendineuse : absence d'atteinte tendineuse, atteinte inférieure à 50 % du volume du tendon et supérieure à 50 % du volume du tendon.

En cas de tendon parfaitement sain, aucun geste complémentaire n'était réalisé. Si le tendon présentait une atteinte inférieure à 50 %, un débridement simple était réalisé, en cas d'atteinte supérieure à 50 %, une désinsertion-réinsertion tendineuse était réalisée dans une tranchée calcanéenne. La réinsertion était effectuée par des sutures trans-osseuses au fil non résorbables par des points en double U inversés.

En cas de débridement, un appui partiel immédiat était autorisé dans une botte de marche pendant six semaines. Lorsqu'une réinsertion était nécessaire, une immobilisation stricte sans appui pendant 6 semaines en équin de 10° était préconisée relayée par une botte de marche avec équin réglable permettant de retrouver progressivement la mobilité articulaire.

2.4. Méthodes d'analyses

Au recul minimum de 12 mois, les patients ont été revus cliniquement par un observateur indépendant. Une évaluation fonctionnelle était réalisée par les scores AOFAS, ATRS (score sur 100) [13], VISA-A (score sur 100) [14] et Blazina (5 stades) [15]. L'examen physique recherchait une douleur à la montée unipodale. Le niveau de reprise sportive et la présence de douleur pendant celle-ci étaient caractérisés. Une évaluation subjective par le patient était répertoriée. Une classification IRM du degré d'atteinte tendineuse a été comparée aux constatations peropératoire.

Les variables quantitatives étaient évaluées selon les données classiques (moyenne, minimum, maximum, écart-type). Les données qualitatives étaient décrites en fonction de la fréquence et du pourcentage. Un test de Fischer était utilisé pour les variables

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8952557>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8952557>

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