L'arthrodèse scapulo-humérale dans l'épaule non neurologique

À propos de 8 cas

Scapulohumeral arthrodesis for non-neurological shoulder : a study of 8 cases

F. Lacombe *, B. Coulet *, M. Chammas *, Y. Allieu **

* Service de Chirurgie Orthopédique 2 et de Chirurgie de la Main, CHU de Montpellier, Hôpital Lapeyronie, 191, avenue Doyen-Gaston-Giraud, 34295 Montpellier Cedex 5.

** Institut Montpelliérain de la Main et du Membre Supérieur, 1133, rue des Bouisses, 34000 Montpellier.

ABSTRACT

Purpose of the study

Scapulohumeral arthrodesis is mainly used for the treatment of sequelar injury after brachial plexus palsy. Indications are however controversial and limited to patients with non-neurological shoulders. We report a series of eight shoulder arthrodeses performed on non-neurological shoulders in order to determine and detail the current role of this procedure.

Patients and methods

The series included eight patients, five men and three women, mean age 47 years (23-87). The dominant side was operated on in two patients and the non-dominant side in six. Seven patients had had at least one shoulder procedure prior to arthrodesis. Arthrodesis was performed for foreign body reaction on a tendon prosthesis in one patients, posttraumatic head necrosis in two, off-centered degenerative joint disease with full thickness rotator cuff tear in three, and multi-directional instability on degenerative joint disease in two. Arthrodesis was performed via a posterior approach in all patients but one using screw fixation associated with external fixation left in place for 2.5 months on average.

Results

All patients except one were satisfied with the outcome (basically because of pain relief). Mean active motion was 75° flexion, 65° abduction (arthrodesis at 20° flexion, 25° abduction and 30° internal rotation). Two groups were identified to analyse the absolute Constant score. The score improved 16 points (from 24 to 40) in the group of patients without instability (pain score improved from 3 to 13) and decreased 14 points (from 66 to 52) in the group with instability (due to decreased motion, the mean motion score declining from 38 to 14). Complications included one radial palsy, one nonunion, and one gravity edema of the upper limb.

Discussion and conclusion

Shoulder arthrodesis is more than a salvage method to reduce pain and gain stability. The objective should be to recover useful function (hand-mouth, hand-perineum, brachio-thoracic function). It should be used when prosthetic arthroplasty is not possible (infectious arthritis, advanced degenerative disease in young subjects, loss of glenoid bone stock, failure after treatment of multidirectional instability with degenerative disease). Shoulder arthrodesis still has rare indications because of the predictability of sustained outcome.

Key words: Shoulder, arthrodesis, glenohumeral, arthroplasty.

RÉSUMÉ

L'arthrodèse scapulo-humérale trouve sa principale justification dans les séquelles de paralysies du plexus brachial. Elle reste, par contre, une intervention d'indication controversée et limitée dans le cadre des étiologies non neurologiques. Nous rapportons une série de 8 arthrodèses d'épaule dans des étiologies non neurologiques, afin de déterminer et préciser la place de cette intervention de nos jours. Il s'agissait d'une série de 8 patients, 5 hommes et 3 femmes d'âge moyen 47 ans (23-87). Le côté opéré a été 2 fois le côté dominant et 6 fois le non dominant. 7 des patients avaient eu au moins une inter-

Tirés à part : M. CHAMMAS, à l'adresse ci-dessus.

E-mail : m-chammas@chu-montpellier.fr

Acceptation définitive le : 19 mai 2005

vention chirurgicale au préalable. L'arthrodèse a été réalisée une fois pour une réaction à corps étranger sur tendon prothétique de coiffe, 2 fois pour ostéonécrose céphalique post-traumatique, 3 fois pour omarthrose excentrée avec rupture massive de coiffe, et 2 fois pour omarthrose avec instabilité multidirectionnelle. Dans tous les cas, sauf un, l'arthrodèse a été réalisée par voie postérieure avec pour ostéosynthèse un vissage interne associé à un fixateur externe laissé en place en moyenne 2 mois et demi.

Tous les patients, sauf un, étaient satisfaits du résultat de l'intervention (le motif de satisfaction portant essentiellement sur la disparition des douleurs). Les mobilités actives moyennes étaient de 75° en flexion, 65° en abduction (la position moyenne de l'arthrodèse étant de 20° en flexion, 25° en abduction et 30° en rotation interne). Deux groupes ont été individualisés pour l'analyse du score de Constant absolu. Le score a été amélioré de 16 points (24 à 40) pour le groupe des omarthroses sans instabilité (le score de la douleur passant de 3 à 13) et diminué de 14 points (66 à 52) pour le groupe avec instabilité (imputable à la baisse des mobilités, le score moyen des mobilités passant de 38 à 14). Parmi les complications, on retrouvait une paralysie radiale, une pseudarthrodèse, et un œdème déclive du membre supérieur.

L'arthrodèse d'épaule n'est pas qu'une intervention dont les objectifs sont limités à l'obtention de l'indolence et de la stabilité. Elle doit pouvoir assurer une récupération fonctionnelle utile (main-bouche, main-périnée et pince brachio-thoracique). Sa place se situe donc, là où l'arthroplastie prothétique trouve ses limites (arthrites infectieuses, omarthrose évoluée chez le sujet jeune, perte du stock osseux glénoïdien et échec de traitement des instabilités multidirectionnelles avec arthrose). Sa prédictibilité et sa constance en terme de résultat, nous font pencher pour ce type d'intervention dans ces indications qui restent rares.

Mots clés : Épaule, arthrodèse, gléno-humérale, arthroplastie.

INTRODUCTION

Que ce soit en pathologie traumatique ou dégénérative de l'épaule, les progrès techniques de ces dernières décennies semblent avoir consacré l'arthroplastie prothétique.

L'arthrodèse scapulo-humérale est apparue dès lors à contre courant des techniques modernes d'arthroplastie [Neer *et al.* (1), Cofield (2), Mansat (3), Sperling *et al.* (4)]. La place était donnée à la récupération fonctionnelle maximale.

Malgré cela, il n'en reste pas moins vrai que la prothèse d'épaule ne peut avoir que des ambitions limitées sur le plan fonctionnel dans certaines pathologies. Elle reste également un pari risqué sur le long terme chez les sujets jeunes [Burroughs *et al.* (5)], à l'inverse de l'arthrodèse, dont les résultats ont l'avantage d'être acquis de façon durable [Cofield et Briggs (6), Clare *et al.* (7)].

Ainsi, si pour l'heure, l'arthrodèse scapulo-humérale trouve sa principale justification dans les séquelles de paralysies du plexus brachial [Chammas *et al.* (8)], elle reste, en revanche, une intervention d'indication limitée et controversée dans le cadre des étiologies non neurologiques. Afin de déterminer et préciser la place de cette intervention de nos jours, nous rapportons une série de 8 arthrodèses d'épaule dans des étiologies non neurologiques et non tumorales.

PATIENTS ET MÉTHODES

Entre 1986 et 2001, 8 arthrodèses scapulo-humérales, pour des étiologies non neurologiques, ont été réalisées dans notre service (*tableau I*). Tous les patients, sauf un, ont été revus. Pour ce dernier, les données présentes dans le dossier médical étaient suffisantes pour qu'elles soient exploitables. La série comprenait donc, 5 hommes et 3 femmes. L'âge moyen lors de l'arthrodèse était de 47 ans (de 23 à 87 ans). Le côté opéré a été 2 fois le dominant et 6 fois le non domi-

nant. 7 des patients avaient eu au moins une intervention chirurgicale au préalable (moyenne de 1,9).

Deux groupes ont été individualisés pour cette étude. Le premier groupe correspondait aux patients qui présentaient une omarthrose sans instabilité et le second aux patients qui présentaient une omarthrose secondaire à une instabilité. Dans le premier groupe, l'arthrodèse a été réalisée une fois pour destruction articulaire sur tendon prothétique de coiffe, 2 fois pour ostéonécrose céphalique post-traumatique chez des sujets jeunes et 3 fois pour omarthrose excentrée avec rupture massive de coiffe. Les mobilités moyennes pré-opératoires de ce groupe étaient de 50° en flexion, 40° en abduction, et 10° en rotation externe. Dans le second groupe, l'arthrodèse a été réalisée les 2 fois pour omarthrose avec instabilité multidirectionnelle. Les deux patients avaient été opérés de leur instabilité à plusieurs reprises dans d'autres centres sans succès. Une instabilité multidirectionnelle aggravée d'une omarthrose persistait, et ce, malgré 1 butée postérieure pour l'un et, 2 butées antérieures plus 1 postérieure pour l'autre (*fig. 1*). Dans ce groupe les mobilités pré-opératoires étaient considérées comme normales.

Pour tous les patients, lors des consultations pré-opératoires, la principale doléance portait sur les douleurs.

Technique opératoire

Dans tous les cas, sauf un, l'arthrodèse a été réalisée par voie postérieure en décubitus latéral. L'innervation du muscle deltoïde était préservée en détachant de l'acromion les faisceaux postérieur et moyen du muscle, pour assurer un galbe esthétique de l'épaule. L'ostéosynthèse a été mixte dans tous les cas. Elle comprenait un vissage interne en compression, associée à la mise en place d'un fixateur externe de type Hoffmann [Vidal *et al.* (9), Nagano *et al.* (10), Kocialkowski et Wallace (11)] avec mise en place des fiches à foyer ouvert. Les repères utilisés pour estimer la position de l'arthrodèse au cours de l'intervention étaient l'horizontale, le plan coro-

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/9358094>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/9358094>

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