

Résultats de la ténotomie arthroscopique du chef long du biceps brachial dans les ruptures transfixiantes de la coiffe des rotateurs non réparées

À propos de 40 cas

Clinical results of arthroscopic tenotomy of the long head of the biceps brachii in full thickness tears of the rotator cuff without repair: 40 cases

C. Maynou, N. Mehdi, X. Cassagnaud, S. Audebert, H. Mestdagh

Service d'Orthopédie A, CHRU de Lille, 2, avenue Oscar-Lambret, 59037 Lille Cedex.

ABSTRACT

Purpose of the study

Appropriate treatment of irreparable rotator cuff tears in patients without osteoarthritic shoulder joints remains a subject of debate. Medical treatment, a substitution muscle flap, and palliative arthroscopic treatment have been proposed. Arthroscopic tenotomy of the long head of the biceps brachii is warranted because this tendon is often the cause of part or all of the pain. If there is a full thickness tear of the rotator cuff, the exposed tendon of the long head of the biceps brachii can, because of its anterosuperior position, become impinged against the acromial vault during forward flexion. The purpose of this work was to evaluate the mid-term clinical and radiological results of arthroscopic tenotomy of the long head of the biceps brachii during treatment of full thickness tears of the rotator cuff.

Material and methods

The series included 40 shoulders operated on for tenotomy alone (n = 32) or in combination with acromioplasty (n = 8). The long head of the biceps brachii was in place in 23 shoulders (58%), displaced in seven and subluxed in five. The position was not determined in five. At last follow-up, the mean rough Constant score was 58 points, giving a gain of 20 points. The gain for pain was +7.1 points, +6.4 points for activity, and +6.6 points for motion. After the operation, muscle force for elbow flexion-supination was decreased 40% compared with an age-, sex- and dominance-matched control group. 86% of the patients were satisfied with the outcome and only two patients were disappointed by the asymmetry of arm muscle volume. Radiographically, at last follow-up there were no signs of superior excentration of the humeral head and the subacromial space, which measured 7.38 mm preoperatively was 7.19 mm postoperatively. Likewise only two shoulders progressed to excentered osteoarthritis at 41 and 72 months.

Discussion

Mid-term results of arthroscopic tenotomy of the long head of the biceps brachii are satisfactory. The technique is simple and has limited functional consequences. The procedure has an undeniable impact on pain and has allowed a 34% gain in anterior flexion of the shoulder. Complementary acromioplasty was not found to provide a supplementary benefit in this series. Nevertheless, the degradation of the result in one female patient at six years suggests we should be prudent concerning the long-term benefit of this procedure which should be reserved for irreparable tears in patients with minimal functional demands.

Key words: Tenotomy, rotator cuff, long head of the biceps brachii.

Tirés à part : C. MAYNOU, à l'adresse ci-dessus.

E-mail : c-maynou@chru-lille.fr

Acceptation définitive le : 5 octobre 2004

RÉSUMÉ

Le but de ce travail était d'évaluer les résultats cliniques et radiologiques à moyen terme des ténotomies arthroscopiques du chef long du biceps brachial dans le traitement des ruptures jugées irréparables de la coiffe des rotateurs.

La série se composait de 40 épaules opérées d'une ténotomie isolée dans 32 cas et associée à une acromioplastie dans 8 cas. Le recul moyen était de 30 mois.

La rupture de la coiffe intéressait le seul supra-épineux dans 11 cas, le supra-épineux et l'infra-épineux dans 12 cas, le supra-épineux et le subscapularis dans 9 cas et les trois tendons dans 8 cas.

À la révision, le score de Constant brut moyen était de 58 points soit un gain de 20 points. Le gain concernait la douleur (+ 7,1 points), le niveau d'activité (+ 6,6 points) et la mobilité (+6,4 points). Seule la force musculaire en flexion-supination du coude était diminuée par l'intervention puisque les mesures réalisées sur les patients opérés révélaient une diminution de 40 % comparativement à une série témoin appariée à l'âge, au sexe et en tenant compte de la dominance du membre.

L'analyse radiographique au recul ne révélait pas de tendance générale à l'excentration supérieure de la tête humérale ou au développement d'une omarthrose secondaire. Toutefois, 2 patients, au recul de 41 et de 72 mois, avaient développé une arthrose excentrée.

Les résultats à moyen terme de la ténotomie arthroscopique du chef long du biceps brachial sont satisfaisants au prix d'un geste techniquement simple aux conséquences fonctionnelles limitées.

Toutefois, la dégradation du résultat chez une patiente au recul de 6 ans doit nous rendre prudent sur le bénéfice à long terme de cette intervention.

Mots clés : Ténotomie, coiffe des rotateurs, chef long du biceps brachial.

INTRODUCTION

Le traitement des ruptures irréparables de la coiffe des rotateurs à l'épaule reste discuté se partageant entre un traitement exclusivement médical ou une orientation chirurgicale faisant appel à des procédés palliatifs, voire à l'utilisation de lambeaux locaux.

La ténotomie arthroscopique du chef long du biceps trouve sa justification dans la suppression du substrat douloureux que constitue ce tendon siège d'un processus inflammatoire et dégénératif consécutif au conflit avec le ligament acromio-coracoïdien et/ou l'acromion lorsqu'il est agressif.

Le tendon du long biceps peut rentrer en conflit avec la voûte acromiale dans les mouvements d'élévation du membre supérieur notamment si la coiffe des rotateurs est massivement rompue [Burns et Whipple (1), Neviasser *et al.* (2)] en raison de sa situation antéro-supérieure.

Si l'indolence procurée par la rupture spontanée du chef long du biceps brachial est une notion connue de longue date [Carroll et Hamilton (3)], la fonction du biceps et le retentissement clinique de la ténotomie sont discutés par de nombreux auteurs.

Si les fonctions de flexion du coude et de supination de l'avant-bras prêtent peu à discussion, le rôle du long biceps dans la cinématique gléno-humérale reste controversé. Il serait stabilisateur dynamique de l'articulation gléno-humérale pour Itoi *et al.* (4) et Rodosky *et al.* (5), alors que Kumar *et al.* (6) et Sethi *et al.* (7) lui reconnaissent un rôle d'abaisseur de la tête humérale.

Warner et Patrick (8) lui attribuent une fonction stabilisatrice de la tête humérale dans les mouvements d'abduction. Pour Post et Benca (9), la longue portion fonctionne comme un fléchisseur et un rotateur interne de l'épaule. Des travaux expérimentaux ont également montré qu'il stabilise la tête humérale en face de la glène dans un plan antéro-postérieur [Itoi *et al.* (4), Glousman *et al.* (10), Gowan *et al.* (11)].

Le but de cette étude rétrospective était d'évaluer les résultats cliniques et radiologiques à moyen terme des ténotomies arthroscopiques du chef long du biceps en présence d'une rupture transfixiante de la coiffe des rotateurs.

Le retentissement clinique de la ténotomie sur la force en flexion-supination de l'avant-bras a été analysé selon une méthodologie clinique précise appliquée aux patients opérés et à une série de sujets témoins appariés à l'âge, au sexe et à la dominance du membre.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

Notre étude analysait une série continue de 38 patients soit 40 épaules atteintes d'une rupture transfixiante symptomatique de la coiffe des rotateurs sans pincement gléno-huméral et n'ayant jamais subi d'interventions chirurgicales préalables sur l'épaule intéressée.

La série était constituée de 17 hommes et de 21 femmes d'un âge moyen de 62,5 ans (extrêmes : 44 et 76 ans) le jour de l'intervention.

Le côté droit était concerné 27 fois et l'épaule gauche 13 fois. Le côté dominant était opéré dans 77,5 % des cas.

La durée d'évolution des symptômes était en moyenne de 5 ans. Tous les patients ont préalablement bénéficié d'un traitement médical d'une durée minimale de 6 mois associant de façon variable des médicaments antalgiques et anti-inflammatoires, des infiltrations (4 infiltrations en moyenne sur 28 patients) ou une rééducation prolongée (20 patients).

Tous les patients ont bénéficié d'une ténotomie arthroscopique du chef long du biceps brachial (deux fois bilatérale) associée dans 8 cas à une acromioplastie.

L'intervention chirurgicale était réalisée par voie arthroscopique en décubitus latéral et sous anesthésie générale. L'arthroscope était introduit par voie postérieure, l'exploration endo-articulaire confirmait dans tous les cas la rupture

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/9358544>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/9358544>

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