

Traitement chirurgical des ruptures de la coiffe des rotateurs par acromioplastie et sutures à propos de 24 cas.

Résumé : Les auteurs rapportent les résultats du traitement chirurgical des ruptures de la coiffe des rotateurs par acromioplastie systématique associée ou non à une suture. Faute de moyens et de disponibilité, le bilan clinique couplé à la radiographie standard, a constitué la pierre angulaire de l'indication thérapeutique. Les résultats ont été jugés bons selon la fiche d'évaluation utilisée.

Mots clés: Coiffe, acromioplastie, Jobe, conflit, Constant.

Introduction

La coiffe des rotateurs est une véritable glène musculo-tendineuse, qui assure en permanence le recentrage statique et dynamique de la tête humérale. Sa structure anatomique, sa vascularisation particulière et son surmenage fonctionnel rendent son atteinte dégénérative très fréquente.

La rupture de la coiffe des rotateurs est l'une des causes les plus fréquentes de douleur au niveau de l'épaule. Elle représente pour les chirurgiens orthopédistes un motif très fréquent de consultation.

Cette pathologie est malheureusement peu connue dans notre pays, pour preuve l'absence de tous travaux scientifiques se rapportant à cette affection.

La rupture de la coiffe des rotateurs s'est affirmée au cours de ces dernières années comme une entité d'étiologie pluri-factorielle, et depuis que Neer [5] a proposé, il y a trente ans, sa théorie du conflit ou «impingement syndrom» et son corollaire l'acromioplastie, la prise en charge des ruptures de la coiffe des rotateurs s'est considérablement modifiée.

De multiples notions nouvelles sont venues enrichir cette pathologie, ce qui a définitivement fait disparaître la «périarthrite de l'épaule» de la terminologie chirurgicale.

Matériel et Méthodes

Une étude rétrospective d'une série de 24 patients opérés. L'âge moyen est de 52 ans avec des extrêmes allant de 39 à 75ans. Il s'agit de 18 hommes et 6 femmes.

L'indication de la chirurgie a reposé sur un certain nombre de critères à savoir :

L'existence de douleurs sévères et des signes de conflit ainsi que les signes d'atteinte des muscles de la coiffe et notamment le signe de Jobe qui était positif

H.Djoudene⁽¹⁾
R.Atia⁽¹⁾
M.Nouar⁽²⁾

1. Service Orthopédie Traumatologie
CHU Annaba
2. Service Orthopédie Traumatologie
CHU Mustapha Bacha Alger

Adresse pour la correspondance:
Pr H.Djoudene
Service Orthopédie Traumatologie
CHU Ibn Rochd Annaba

dans 16 cas et douloureux chez 8 patients.

Les radiographies standards, n'ont pas constitué un élément déterminant dans l'indication opératoire, les remaniements acromiaux et trochitériens étaient tantôt présents, tantôt absents. Sept patients de la série avaient une arthrographie qui objectivait une opacification de la bourse sous acromiale dans tous les cas.

Tous les patients ont bénéficié d'une acromioplastie de décompression associée ou non à une réparation de la coiffe soit par suture simple ou bien par une réinsertion trans-osseuse dans la majorité des cas. La plastie du biceps a été réalisé 5 fois et celle du sous scapulaire (Cofield 2) une seule fois. L'évaluation de nos résultats a été faite selon le score de Constant.

Technique opératoire

1- L'acromioplastie: Décrite par Neer[5] en 1972 et adoptée par Mansat[1]. Ces auteurs considèrent que le conflit se situe essentiellement au niveau du bord antérieur de l'acromion et du ligament acromio-coracoïdien. Ils proposent une résection de la partie antérieure et inférieure de l'acromion associée à une section, voire une résection du ligament acromio-coracoïdien. Si une lésion de la coiffe existe, celle-ci sera réparée de manière hermétique pour rétablir sa force et obtenir donc une étanchéité articulaire. Ce qui assurera une bonne nutrition du cartilage et une prévention à long terme des phénomènes arthrosiques.

Nous allons décrire la technique telle qu'elle a été faite par Neer et telle que nous l'utilisons dans le service. Le patient est installé en position demi-assise sur une table à épaule, ou mieux inclinée à 45° sur l'horizontal. Le membre supérieur et la racine de

Conclusions

Notre série, malgré quelle soit modeste a permis de vérifier les données de la littérature concernant les méningiomes. Les moyens d'imageries modernes permettent d'avoir un bilan précis de la tumeur.

La bénignité histologique des méningiomes dans la majorité des cas, fait de l'exérèse chirurgicale, l'obligation thérapeutique. La qualité de survie dépend de l'état clinique préopératoire, de la localisation et de la taille tumorale.

Malgré les effort déployés en matière de santé public, la précocité du diagnostic, un certain nombre de cas nous échappe encore.

L'amélioration de nos résultats et la diminution de la mortalité, ne seront plus significatives qu'en rapport avec le perfectionnement du plateau technique dans tous les services de neurochirurgie, de radiologie et des moyens suffisants en anesthésie-réanimation.

Bibliographie

1. Abu Salih HS, El Banhawt A. *Meningiomas in Sudan*. Afr J Med Sci, 1973; 4: 227-230.
2. Alaywan M, Sindou M. *Facteurs pronostiques dans la chirurgie des méningiomes intracrâniens. Rôle de la taille de la tumeur et de sa vascularisation artérielle d'origine piemérienne. Étude sur 150 cas*. Neurochirurgie 1993; 39: 337-347.
3. Alliez B, Gueye M, Ducolombier A. *Contribution à l'étude des PEIC au Sénégal*. Médecine et Armées, 1984; 12: 633-671.
4. Colomb H, Quenum C, Girard PL, Dumas M, Lemercier G, S Arrat H. *Processus expansifs intra-crâniens au Sénégal*. Afr J Med Sci 1973; 4: 143-149.
5. Badiane S.B, Sakho Y, Ba M.C, Gueye E.M, Ndiaye M.M, Gueye M. *méningiomes intracrâniens expériences dakaroise à propos de 79 cas*. Neurochirurgie 1999; 45 n° 2, 134-138
6. Cushing M, Eisenhardt L. *Meningiomas*. Springfield (Ill) USA : C. Thomas, ed: 785.
7. Djindjian M, Raulo Y, Gaston A, Decq P, Gabriel-cordonnier E, Poirier I, Keravel Y. *Méningiomes intra-extra-crâniens de la voûte*. Neurochirurgie, 1995; 41: 329-336.
8. Dumas M, Girard PL, Collomb H. *Méningiomes intracrâniens au Sénégal*. Afr J Med Sci, 1976; 4: 251-258.
9. Figarella-Branger D., Bouvier-Labit C., Li prandi A., Pelissier J-F. *Facteurs pronostiques dans les méningiomes*. Annales de pathologie 2000; 438-447.
10. Froman C, Van Dellen J, Lipschitzr. *Experience with meningiomas in the Transvaal African*. Afr J Med Sci, 1973; 4: 282-292.
11. Giordano C, Lamouche P. *Méningiomes en Côte d'Ivoire*. Afr J Med Sci, 1973; 4: 259-263.
12. Jan M, Velut S. *Méningiomes intra crâniens Sarcomes méningés Mélanomes méningés primitifs*. EMC, Neurologie, 17251 A, 1991 21 P.
13. Karnofsky D.A, Abelmann W.H, Craver L.F. *The use of nitrogen mustards in the palliative treatment of carcinoma, with particular reference to bronchogenic carcinoma*. Cancer 1948; 1: 634-656.
14. Mac Carty C.S, Taylor W.F. *Intracranial meningiomas: experiences at the Mayo Clinic*. Neurol Med Chir 1979; 19: 569-574.
15. Makang M, Dumas M, Girard PL. *Méningiomes malins (à propos d'une observation)*. Bull Soc Med Afr Neurochir Langue Fr, 1971; 16: 392-397.
16. Odeku EL, A Deloye A. *Cranial meningiomas in the Nigerian African*. Afr J Med Sci, 1973; 4: 275-287.
17. Paillas JE. *Les tumeurs cérébrales*. Paris : Masson, 1982.
18. Philippou J. *Les méningiomes récidivants*. Neurochirurgie, 1986; 32 suppl. 1.
19. Simpson D. *The recurrence of intracranial meningiomas*. J Neurol Neurosurg Psychiatr 1957; 20: 22-39.