

Mémoire présenté en vue de l'obtention du

DES de Chirurgie Générale

le 25 Septembre 2009 à Poitiers

Par le Dr. Benjamin **GUENOUN**

La résection acromiale dans le traitement
endoscopique du conflit sous-acromial avec un
recul de 12,2 ans.

Théorie Mécanique

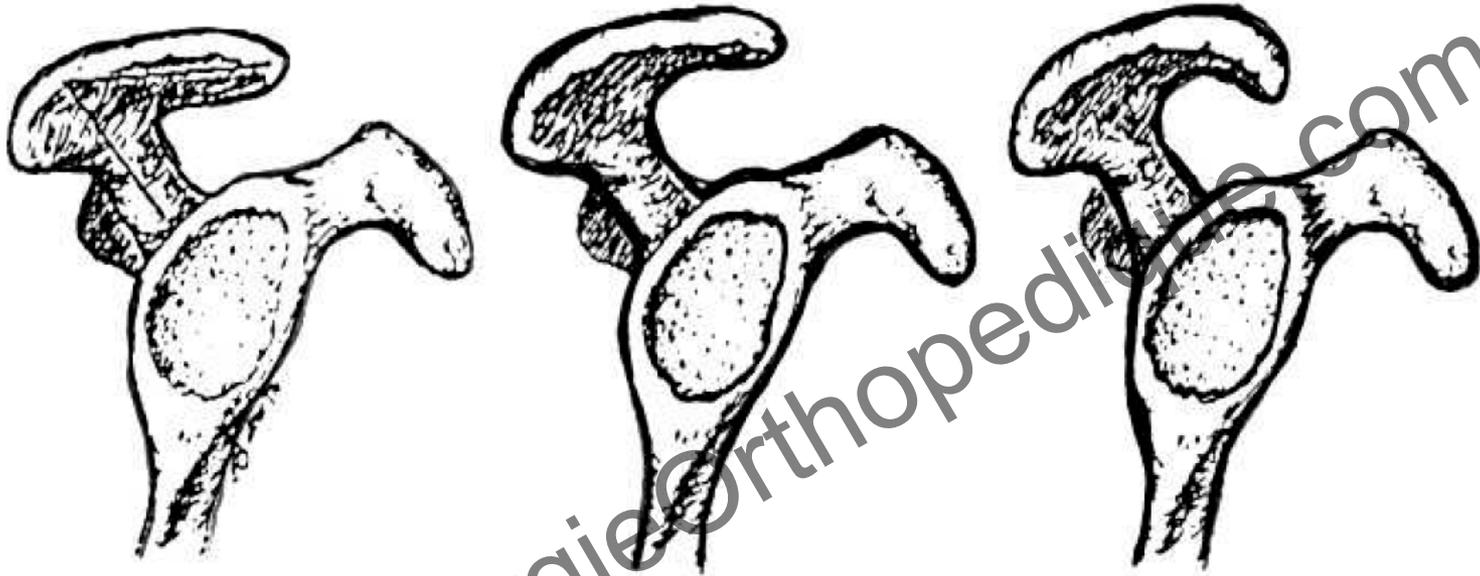
Neer (1972) : « Impingement Syndrom »

Rétrécissement du défilé sous-acromial limitant l'espace dans lequel couissent les muscles de la coiffe des rotateurs.

Neer CS. Anterior acromioplasty for the chronic impingement syndrome in the shoulder: a preliminary report. *J Bone Joint Surg Am* 1972;54-1:41-50.



Théorie Mécanique



Type I : Plat

Type II : Courbe

Type III : Crochet

Type Acromial selon Bigliani et Morrison

Bigliani LU, Morrison DS, April EW. The Morphology of the Acromion and it's relationship to the rotator cuff tears. *Orthop Trans* 1986-10:216

Théorie Dégénérative

Codman (1934):

- Vieillessement du tendon avec transformation des ténocytes en chondrocytes à la partie distale du sus-épineux.
- Zone tendineuse du sus-épineux hypo-vascularisée située à environ 1 cm en dedans de l'insertion tendineuse à sa face profonde.



Matériel

- Étude rétrospective, monocentrique.
- 45 Épaules opérées entre novembre 1993 et mars 1996.
- À la dernière révision : 23 non inclus (décès, perdu de vue, refus).
- Population : Femmes 54,5 % (12)/Hommes 45,5 % (10).
51,1 ans d'âge moyen (38,7 -72,8 ans).
Activité préopératoire : Activité de force 54,5 %.
Activité modérée 13,6 %.
Sédentaire 31,9 %.
- Intervention : Technique endoscopique de résection acromiale sans geste de réparation de la coiffe quel que soit l'état peropératoire de la coiffe.
- Pathologies : 14 Coiffes indemnes.
3 Ruptures complètes de coiffe.
5 ruptures partielles dont 3 profondes.

Méthode

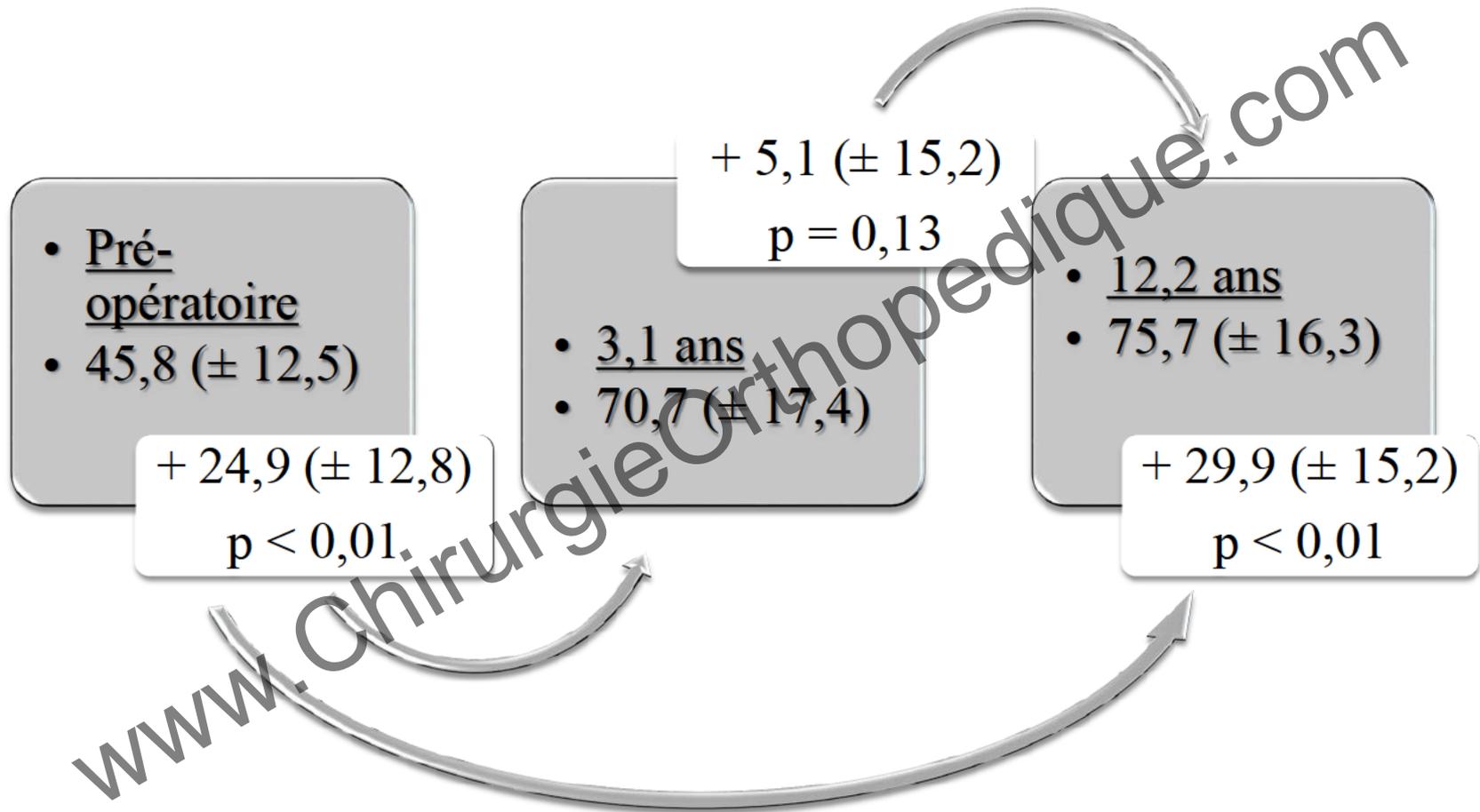
- Examen clinique complet et systématique incluant signes de conflit sous-acromiaux et acromio-claviculaire (NEER, YOCUM, HAWKINS) et les signes de tendinopathie (JOBE, PALM-UP, GERBER)
- Fiche de Constant :
 - Douleur 15 points
 - Niveau d'activité subjective 20 points
 - Mobilité active indolore 40 points
 - Force musculaires 25 points
- Utilisation différentielle entre épaule malade et épaule controlatérale (si saine) :

	Excellent	Très Bon	Bon	Moyen	Mauvais
Différentielle	≤ 5	≤ 10	≤ 20	≤ 30	> 30

- Bilan Imagerie : Radiographie standard (Épaule de face, profil de Lamy, incidence acromiale de face (Liotard)), +/-IRM si suspicion de lésion de coiffe.



Résultats : Score de Constant



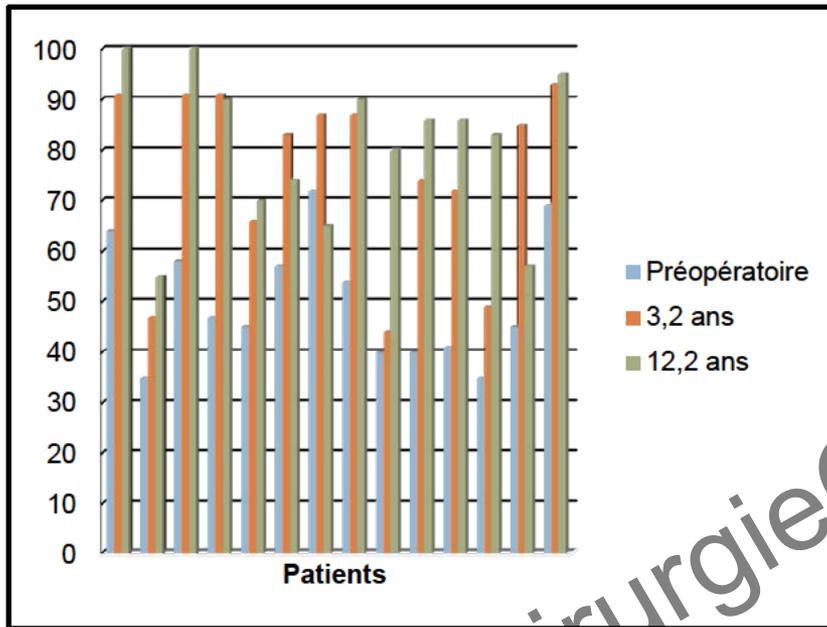
Résultats radiologiques

	Préopératoire	3,2 ans	12,2 ans
PLAT	3 (13,6%)	12 (54,6%)	7 (31,8%)
COURBE	14 (63,7%)	9 (40,9%)	6 (27,3%)
CROCHET	5 (22,7%)	1 (4,5%)	9 (40,9%)

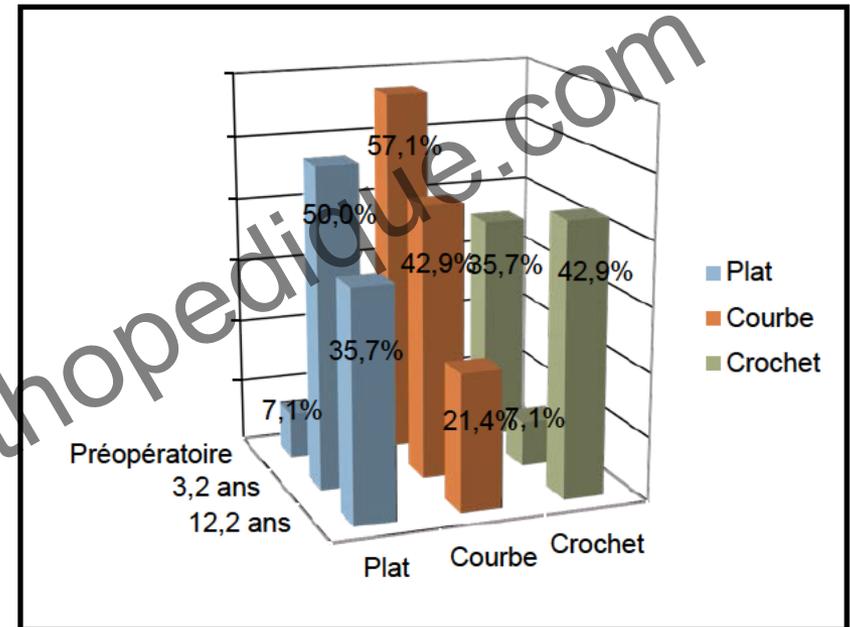
À 3,2 ans, augmentation du nombre d'acromions plats au détriment des acromions courbe et crochet ($p=0,003$).

Au dernier recul, érosion significative des acromions plats pour des acromions crochets ($p=0,009$).

Résultats : Coiffes saines

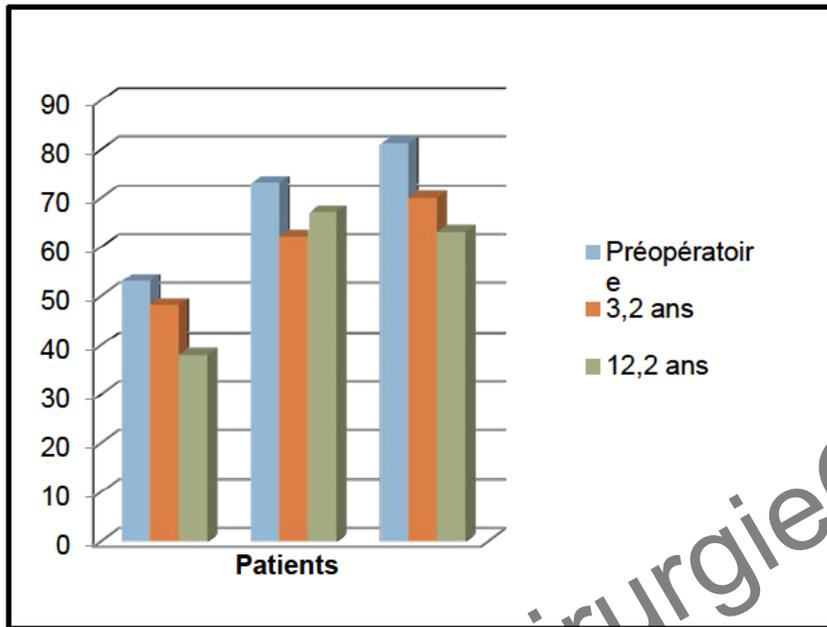


Amélioration moyenne de 30,6 à 12,2 ans.
Résultats satisfaisants dans 80 % des cas.

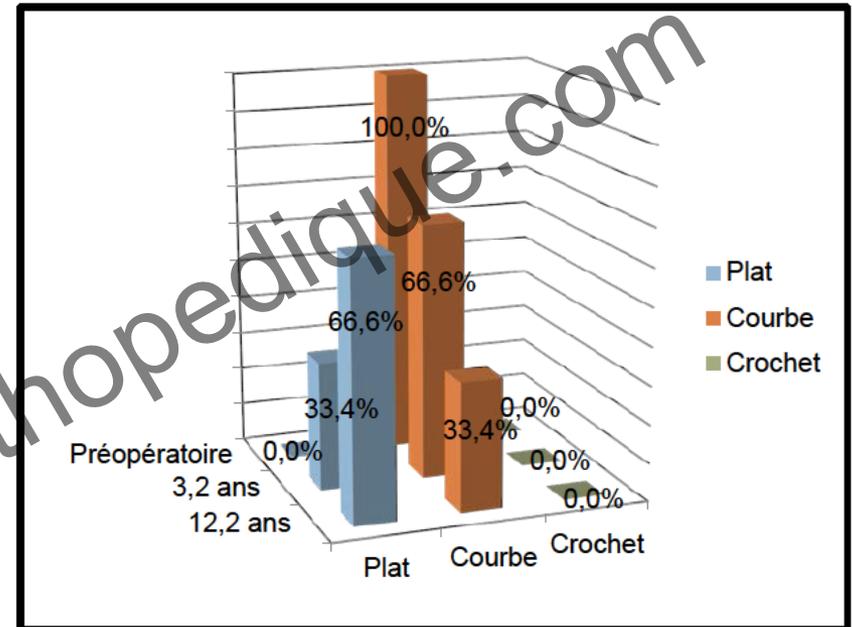


Évolution générale d'un acromion courbe ou crochet vers un acromion plat ou crochet.

Résultats : Ruptures complètes

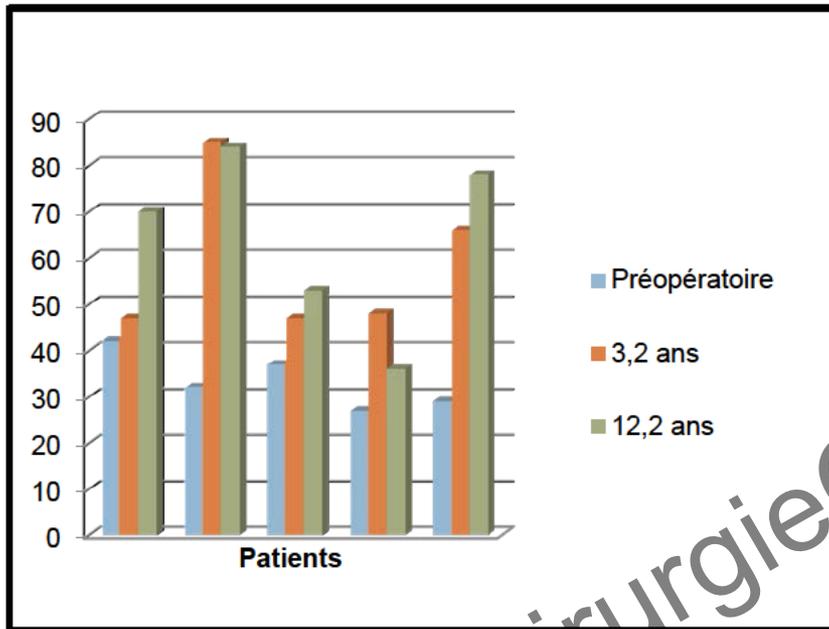


Amélioration moyenne de 25,0 à 12,2 ans.
Résultats satisfaisants dans 66 % des cas.

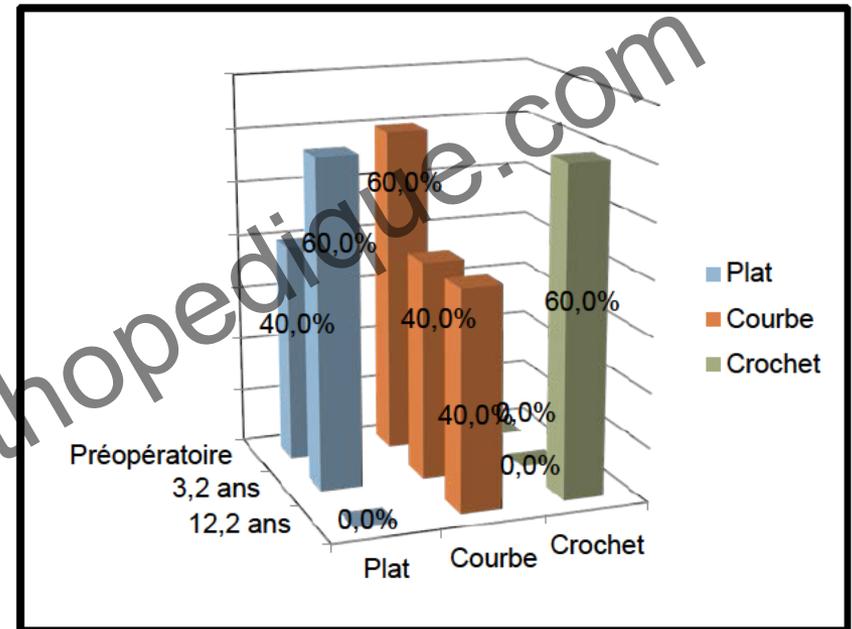


Évolution générale d'un acromion courbe
vers un acromion plat.

Résultats : Ruptures partielles



Score mauvais de 64,2 malgré une amélioration moyenne de 30,8 à 12,2 ans.



Évolution générale d'un acromion courbe et plat vers un acromion courbe et crochet.

Résultats : Facteurs cliniques

- Facteurs favorisant le Score de Constant :
 - ✓ Sexe : meilleurs résultats chez les hommes.
 - ✓ Latence opératoire : plus elle est importante, plus le score sera faible.
 - ✓ État de la coiffe en peropératoire : meilleurs résultats avec une coiffe indemne.
- Facteurs n'influençant pas les résultats : âge, cote, activité, éléments cliniques, valeur fonctionnelle de l'épaule opposée.
- Reprise des activités plus précoce chez les patients n'exerçant pas une activité manuelle.



Résultats : Facteurs morphologiques

- Aucune relation entre le débord acromial et le score initial de Constant.
- Résection acromiale (diminution du débord acromial) statistiquement significative.
- Aucune corrélation entre l'importance de la résection et l'amélioration du score fonctionnel de Constant, et le délai de reprise des activités.
- Pas de liaison significative entre la morphologie acromiale et la valeur fonctionnelle de l'épaule.
- Morphologie acromiale pas significativement différente en fonction de l'état de la coiffe.



Critique de la série

- Faible population (22 épaules).
- Mesures radiologiques difficiles et peu reproductibles.
- Recul important (12,2 ans de moyenne).
- Score clinique de Constant reproductible et reconnu.
- Basée sur une étude prospective.



Discussion

Coiffe saine :

Résultats satisfaisants entre 78 % et 90 % selon les séries.
Intérêt certain de la voie endoscopique (une reprise plus précoce de toute activité professionnelle).

Rupture de coiffe :

Attitude thérapeutique non uniforme : selon équipe, +/- réparation de la coiffe avec pour argument une récupération de la force musculaire et une continuité de la réparation (non retrouvé par toutes les équipes).

Discussion : Résection acromiale

Pas de corrélation entre l'amélioration clinique et les modifications de la morphologie acromiale.

Doute sur le caractère constitutionnel du bec acromial et son rôle dans la pathogénie du conflit.

Etiopathogenecité la plus probable : ischémie musculaire, favorisée par l'hyper sollicitation et le vieillissement de l'épaule.

Conclusion

Indications chirurgicales fonction des lésions associées au conflit :

- Sans rupture de coiffe : acromioplastie endoscopique (90 % de bons résultats à plus de 10 ans de recul).
- Avec rupture de coiffe complète, transfixiante : +/- suture de coiffe fonction étendue de ou des lésions, âge, activité, mobilité de l'épaule, force motrice, trophicité musculaire, compliance du patient.

Si pas d'indication de suture 70 % de résultats satisfaisants à 12,2 ans

Pas de corrélation entre l'importance de la résection et la qualité du résultat clinique objectif.

La bursectomie sous acromiale élément déterminant de la diminution de la douleur.

