

DISJONCTIONS ACROMIO-CLAVICULAIRES

TRAITEMENT PAR LIGAMENTOPLASTIE CORACO-CLAVICULAIRE

Pierre MASSART - Clinique Saint Joseph -- 73000 CHAMBERY

Nous avons abandonné depuis 1993 la réparation des disjonctions acromio-claviculaires récentes par sutures ligamentaires et stabilisation articulaire par le procédé du hauban acromio-claviculaire. Outre certaines déceptions engendrées par une cicatrisation ligamentaire trop lâche débouchant sur une instabilité secondaire, le port du matériel d'ostéosynthèse provisoire générant souvent une raideur articulaire assez marquée et nécessitait obligatoirement une seconde intervention pour ablation du matériel.

Nous avons donc opté pour une ligamentoplastie coraco-claviculaire par ligament artificiel selon la technique de Laboureau. De 1993 à 1998, (38 cas) nous utilisions le ligament LIGASTIC (Orthomed) fixé dans la clavicule par des chevilles polyéthylène. Depuis 1999 , nous utilisons les ligaments LARS 20 et 30 fibres ancrés dans la clavicule par des vis d'interférence ; ce montage nous paraît plus solide et plus discret.

Technique :

Peu délabrante, elle utilise un passe-fil spécial qui permet de « cravater » le col de l'apophyse coracoïde. Dans un certain nombre de cas, nous avons utilisé une variante consistant à réaliser un renfort acromio-claviculaire grâce au brin externe de la ligamentoplastie fixé dans un tunnel acromial par une troisième vis d'interférence.

Ce montage, très solide, autorise une mobilisation spontanée immédiate et une reprise des activités professionnelles et sportives précoces.

Matériel d'étude :

Trente patients ont été opérés en 1999 et 2000.

29 hommes et une femme.

Age moyen : 34 ans, extrêmes 18 – 64 ans.

Disjonctions récentes inférieures à deux semaines : 22 cas.

Disjonctions anciennes (de trois semaines à 11 mois) : 8 cas.

- Etiologie :
 - . accidents sportifs : 22 (ski 6, surf des neiges 5, vélo 5, judo 4 , football 2)
 - . divers : 8 dont 4 accidents du travail.
- Lésions :
 - . 24 au stade III avec une expulsion claviculaire clinique et radiologique évidente,
 - . 6 stades II avec une instabilité claviculaire antéro-postérieure importante.
 - . 3 présentaient une fracture associée du ¼ distal de la clavicule
 - . 1 était une récurrence à six mois d'une disjonction traitée par le classique procédé du hauban et victime d'un nouvel accident.

. 1 patient a bénéficié dans le même temps opératoire, d'une réparation de la coiffe antérieurement connue.

- Le ligament posé a été : 27 fois le LARS 20 fibres
3 fois le LARS 30 fibres

Complications :

- pas d'intolérance cliniquement ou radiologiquement décelable,
- pas de débricolage nécessitant une reprise chirurgicale,
- pas d'hématome ni sepsis,
- une parésie du nerf musculo-cutané en cours de régression,
- deux algodystrophies rapidement résolutive sous traitement médical,
- deux raideurs de l'épaule étiquetées capsulite, ayant nécessité une rééducation fonctionnelle.

Résultats :

Recul moyen à la révision : 4,2 mois (un à sept).
24 patients ont été revus, 6 ont été suivis dans une autre formation.

Résultats subjectifs :

- . sur 24 patients analysés, 14 sont totalement indolores, 10 présentent encore à court terme quelques douleurs aux efforts importants, mais plus le recul est grand, plus les douleurs sont rares et modérées.
- . la récupération des amplitudes a été complète dans tous les cas ; 7 fois, elle a été retardée dont les deux algodystrophies et les deux « capsulites » .

Résultats objectifs :

- . la stabilité jugée sur l'existence d'un tiroir antéro-postérieur était parfaite 23 fois, un discret tiroir a été retrouvé 1 fois.
- . sur le plan radiologique, la réduction était jugée parfaite 18 fois, avec un décalage inférieur à 0,5 cm 5 fois, avec un décalage supérieur à 0,5 cm 1 fois.

La reprise du travail s'est toujours faite dans des conditions normales avec une durée moyenne d'arrêt de travail de 2,3 mois (de 0 à 5 mois).

Le résultat a été jugé par l'opérateur :
excellent 10 fois
bon 12 fois
moyen 2 fois

Soit 22 résultats satisfaisants sur 24 patients revus.

Les 2 résultats moyens correspondent, pour l'un à une persistance de douleurs modérées associées à une lyse claviculaire distale, pour l'autre au patient qui a associé une parésie du musculo-cutané à un enraidissement douloureux de l'épaule transitoire.

CONCLUSION :

Nous avons trouvé dans l'utilisation de la ligamentoplastie coraco-claviculaire, une technique simple et fiable pour les réparations des disjonctions acromio-claviculaires récentes ou anciennes.

Le gain par rapport aux techniques de réparation conventionnelle se traduit par une quasi-constance des résultats et une diminution du temps d'arrêt de travail et d'activité sportive.
