

ARTHROLYSE DU COUDE A CIEL OUVERT

Hôpital Raymond Poincaré
GARCHES

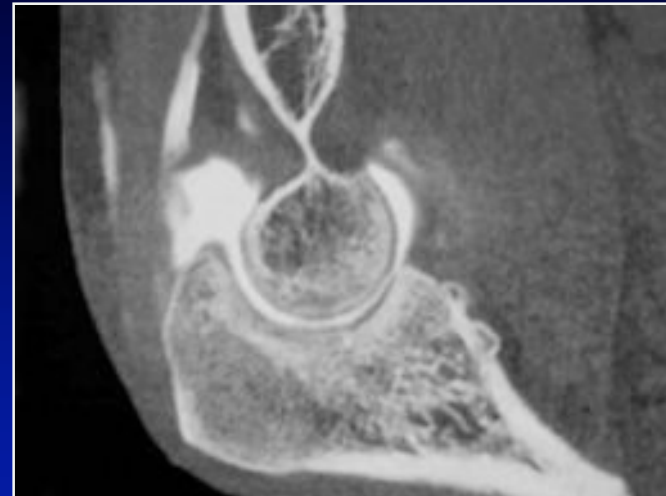
ALTERATION FONCTIONNELLE DU COUDE

- **Raideur**
- Douleur
- Instabilité
- Perte de force

LE COUDE FONCTIONNEL ?

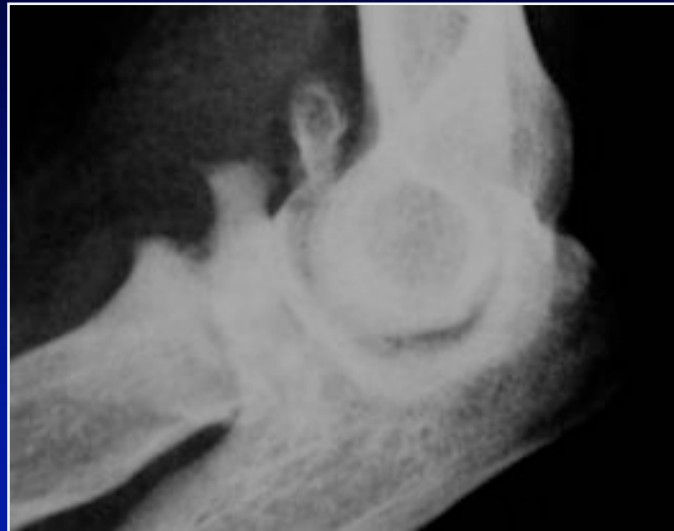
BILAN

- **Clinique**
 - mobilité, retentissement fonctionnel
 - chiffré
- **Radiologique**
 - radios standards
 - clichés dynamiques
 - arthro-scanner



MODALITES ET BUTS DE L'ARTHROLYSE

- Arthrolyse = procédure pas à pas :
 - Libération des freins par une capsulectomie étendue
 - Résection de tous les butoirs
- 1. Amplitudes maximum en per-opératoire
- 2. Préserver de la stabilité
- 3. Inventorier des causes de la raideur



INDICATION ET PRECAUTIONS

Quand ?

Pour quelle raideur ?



ETATS CARTILAGINEUX ET OSSEUX

Raideur extrinsèque

Raideur intrinsèque



ARTHROLYSE : TECHNIQUE

- Installation
 - décubitus dorsal
 - garrot
 - tablette



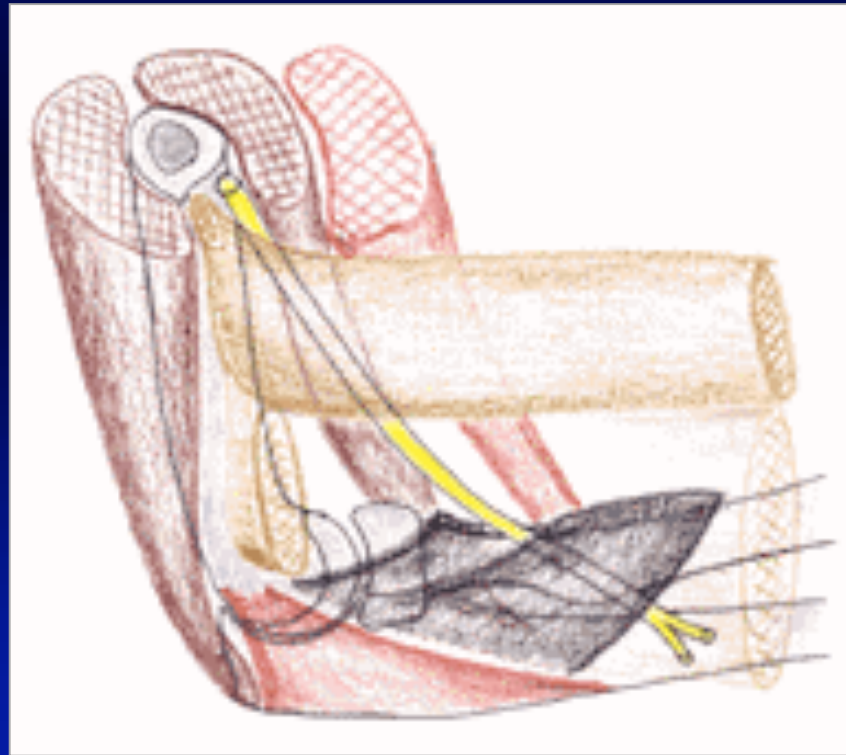
ARTHROLYSE : TECHNIQUE

- Voies d 'abord latérale externe et interne
 - respect chefs moyen des épicondyliens et épitrochléens
 - exposition complète face antérieure et postérieure de l'humérus

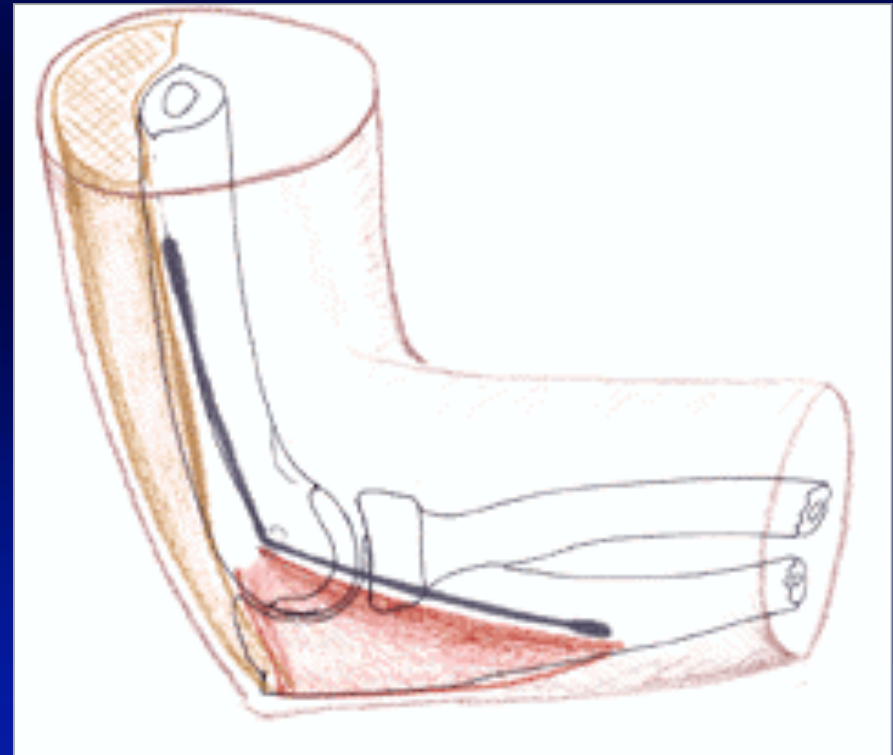


VOIE EXTERNE

- Repères

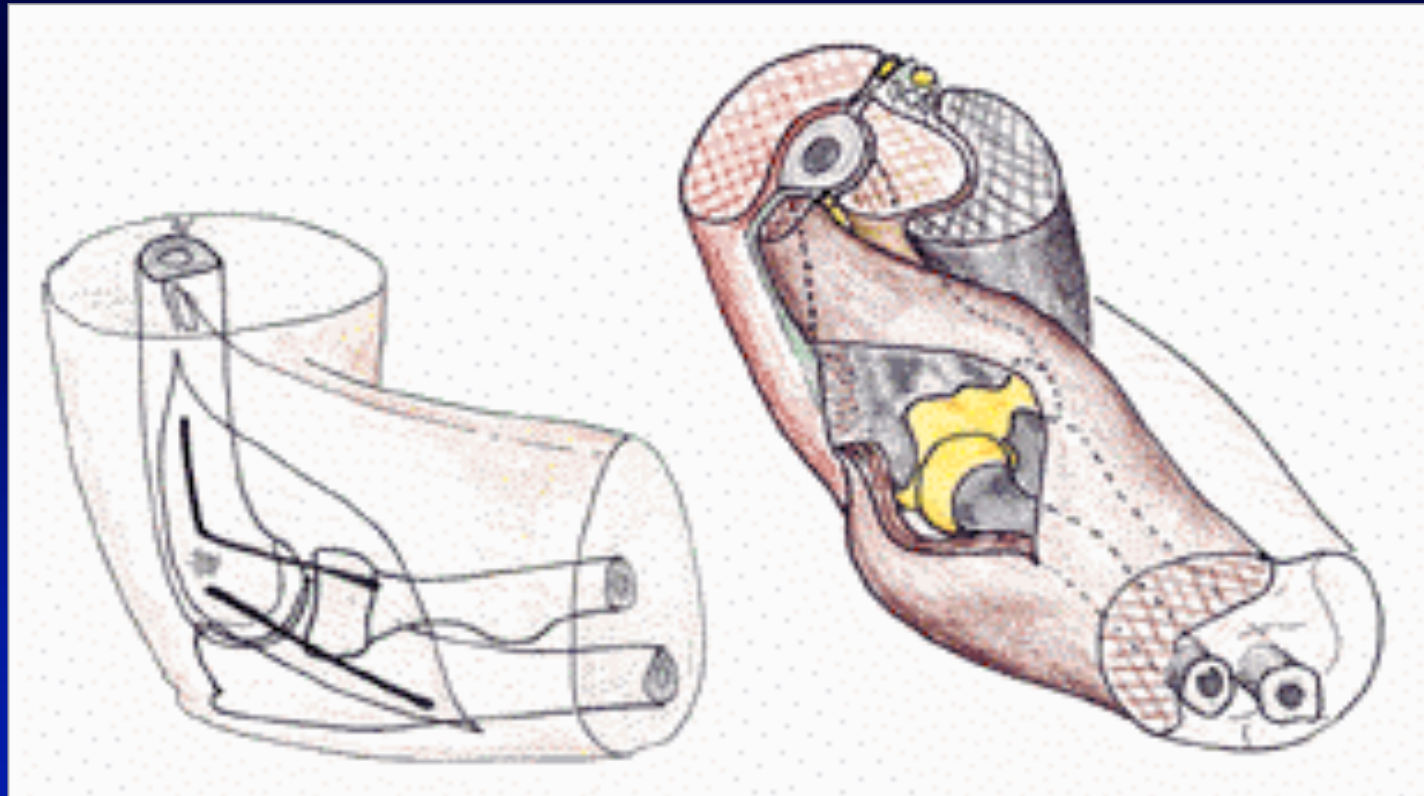


- Incision cutanée

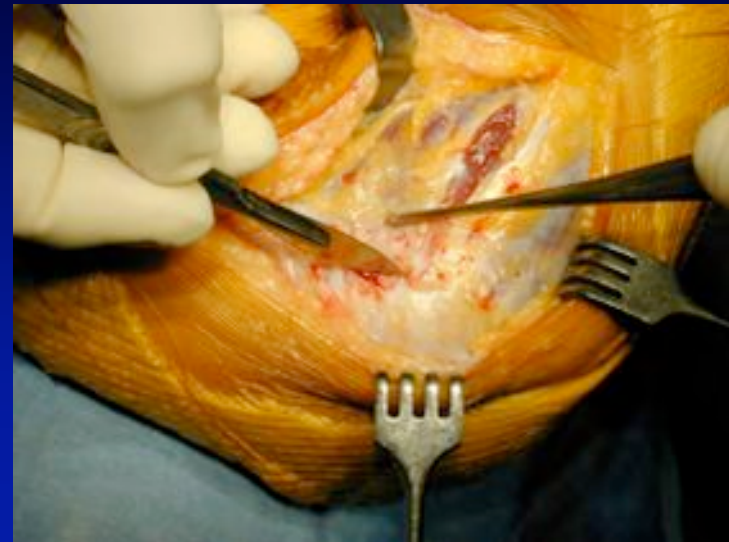
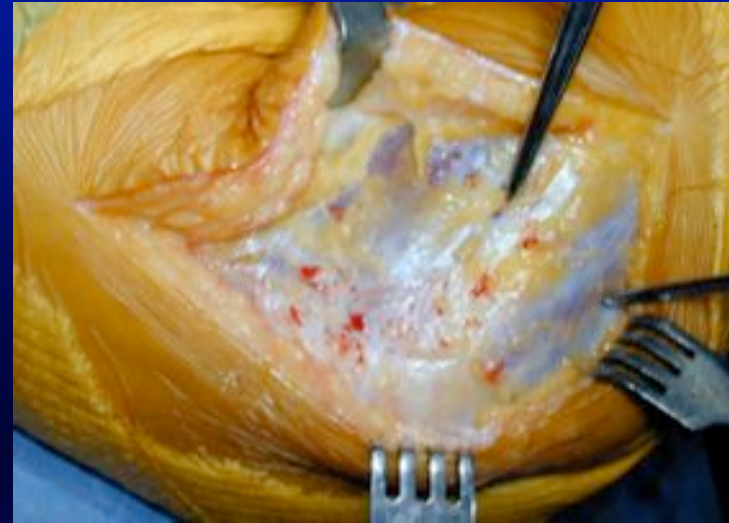


Voie externe

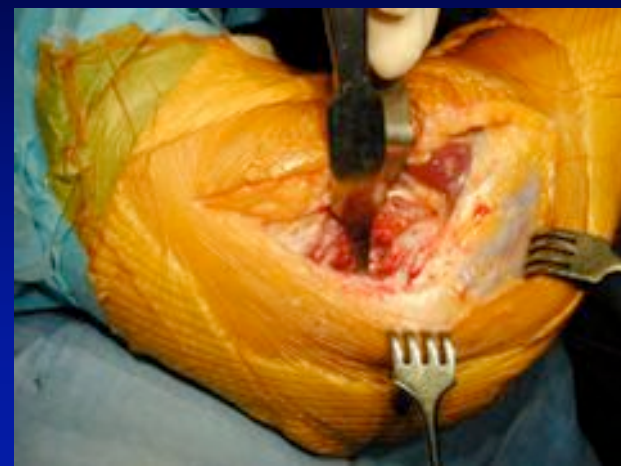
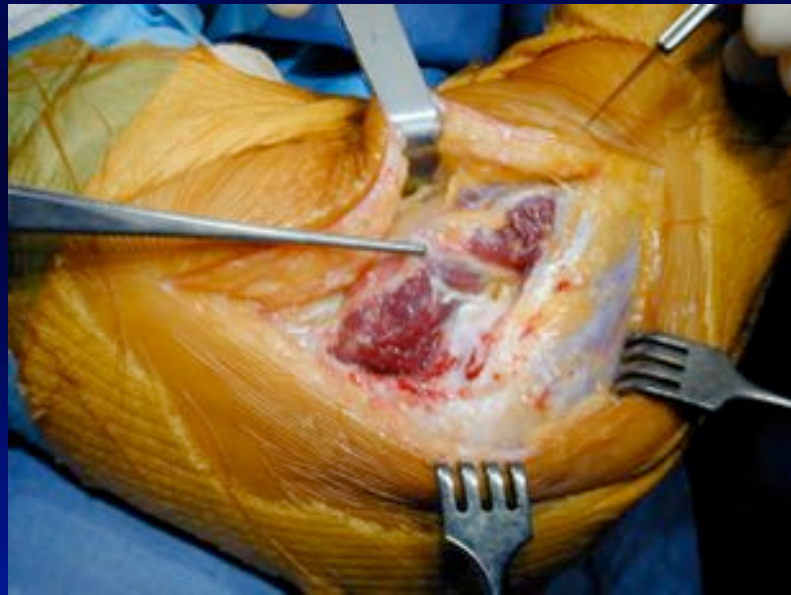
- Fenêtre antérieure
 - protection du nerf radial



Voie externe : fenêtre antérieure

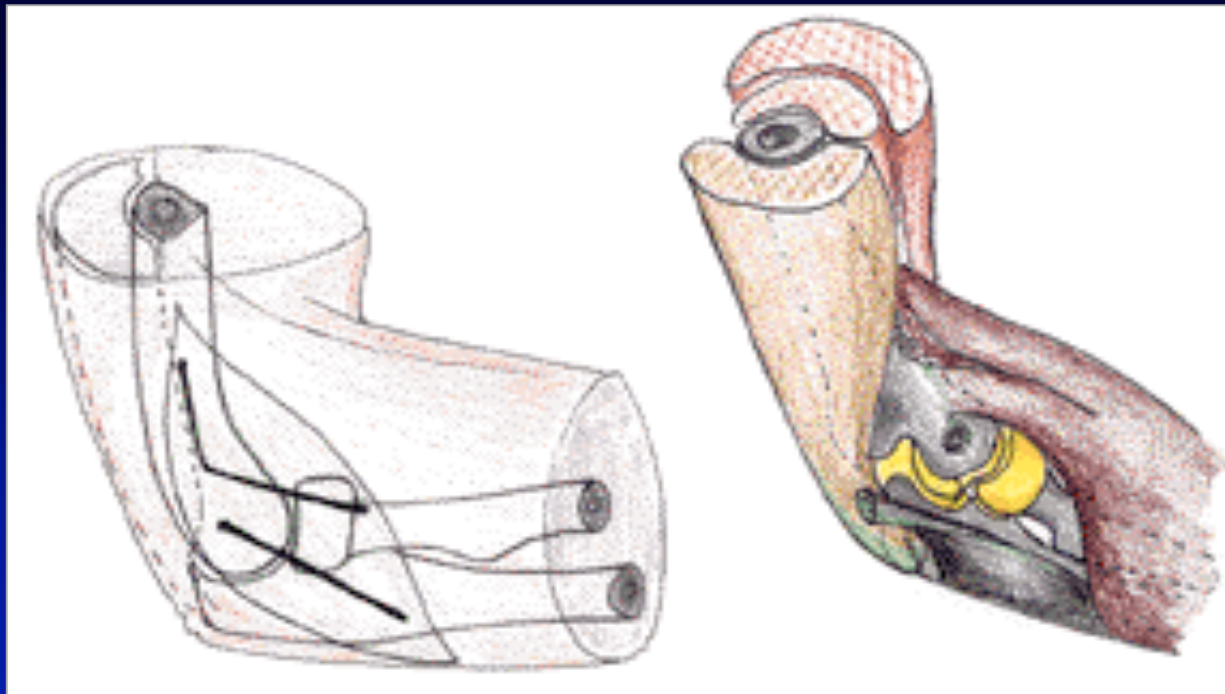


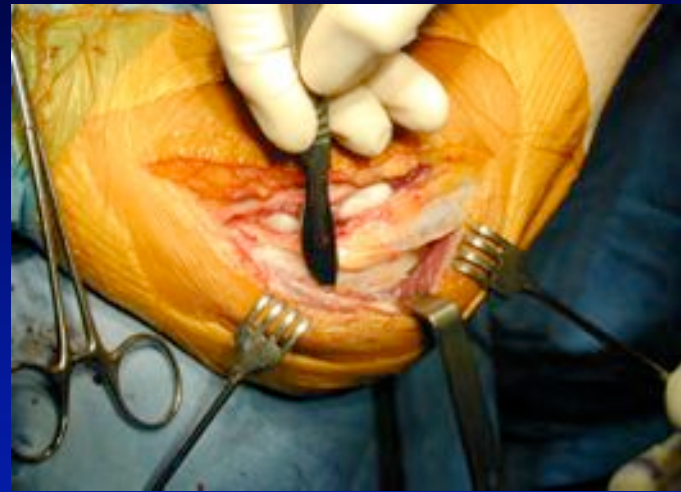
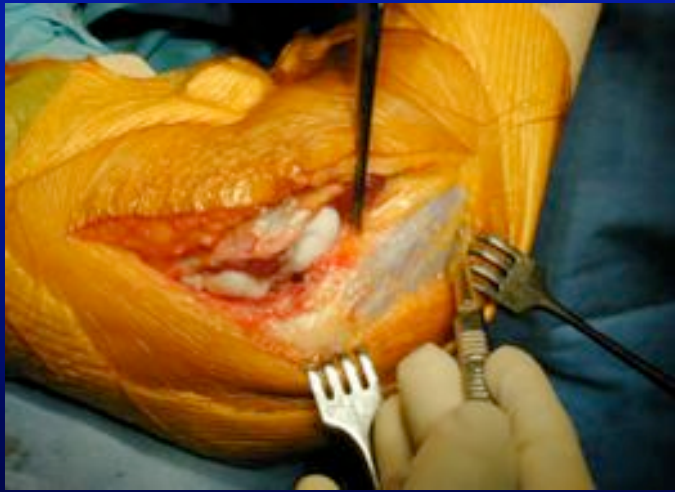
Abord de toute la capsule antérieure



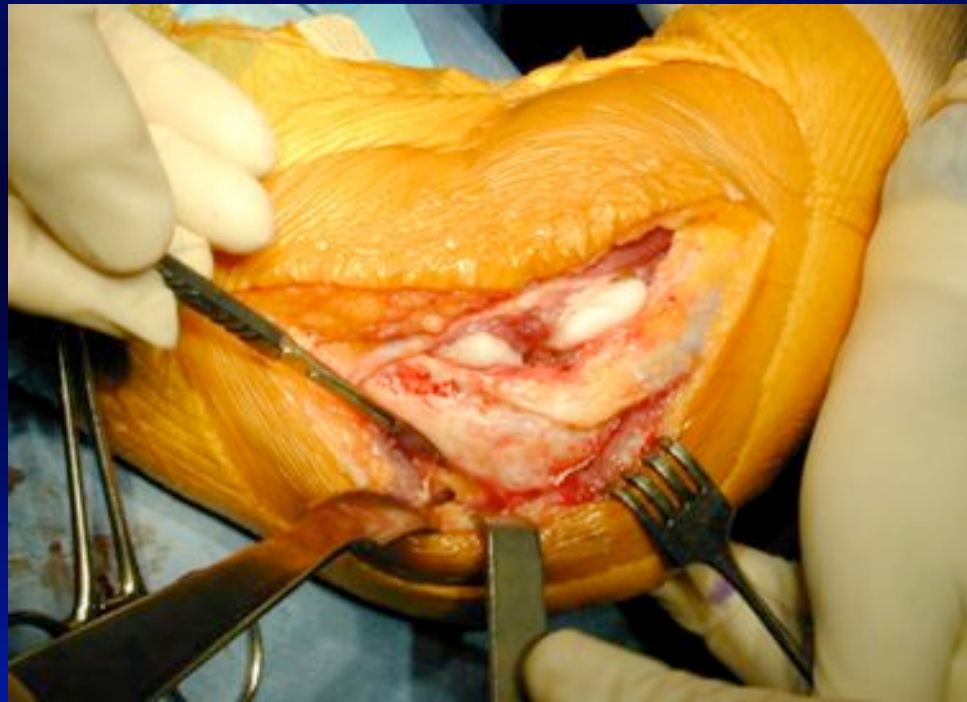
Voie externe

- Fenêtre postérieure
 - continuité triceps-anconé



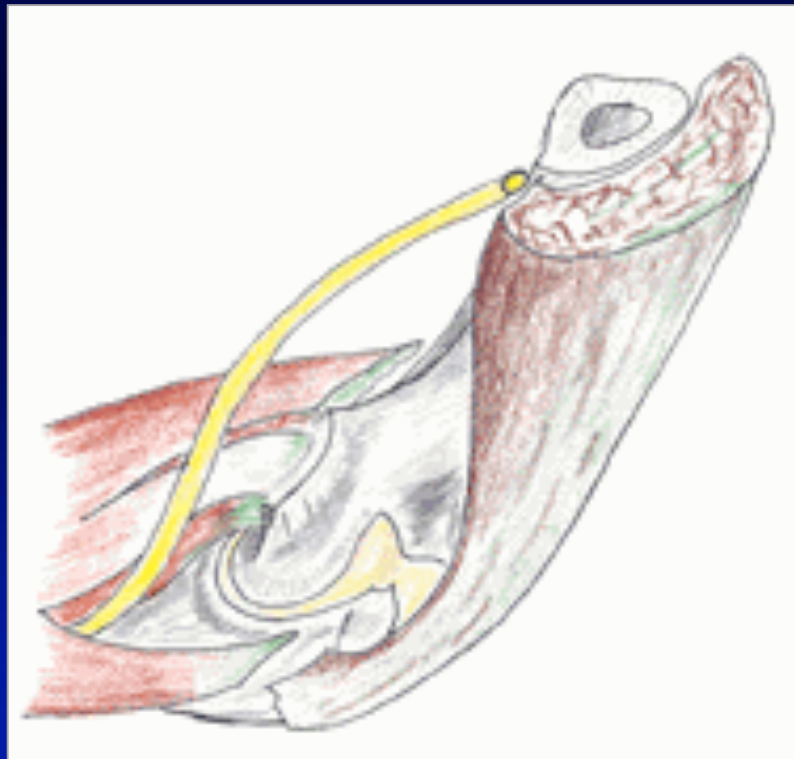


Fenêtre postérieure et capsulectomie postérieure

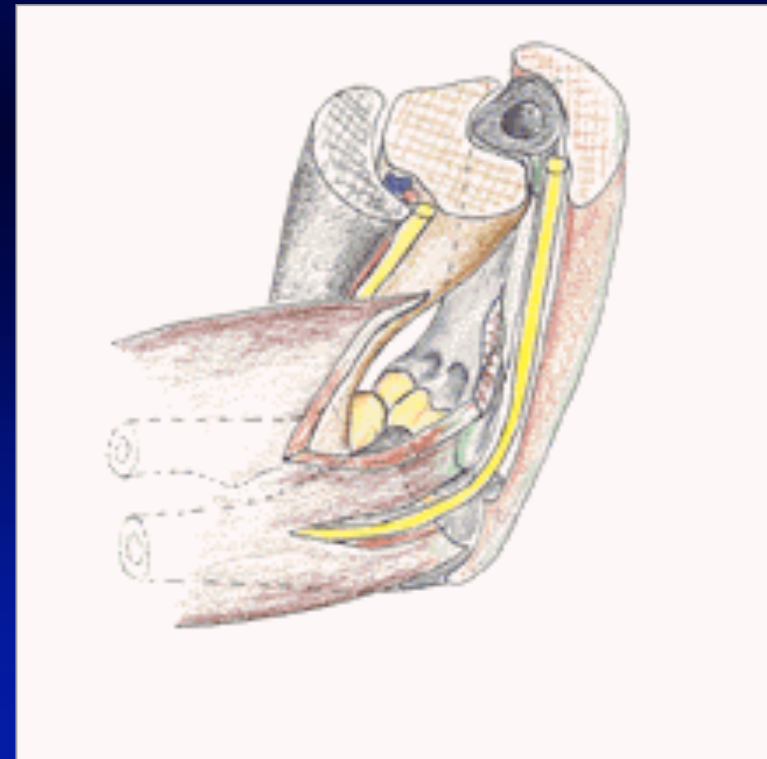


Voie interne

- Fenêtre antérieure



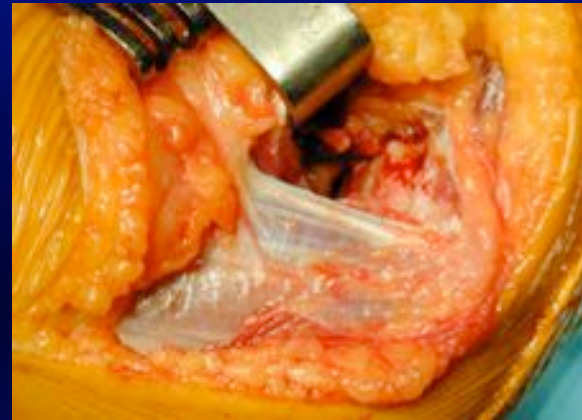
- Fenêtre postérieure



Fenêtre postéro-interne



Fenêtre antéro-interne



Arthrolyse

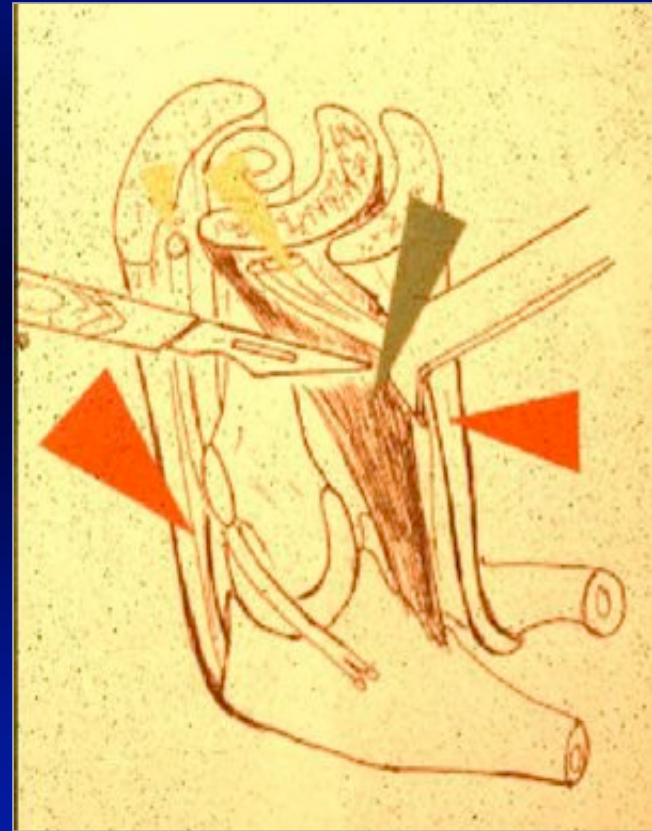
- Gestes d'arthrolyse systématiques : suppression des freins et des butoirs
 - capsulectomie antérieure et postérieure totale
 - résection calcifications et corps étrangers

Bilan per-opératoire

- Amplitudes contre pesanteur
- Stabilité
- État des surfaces articulaires

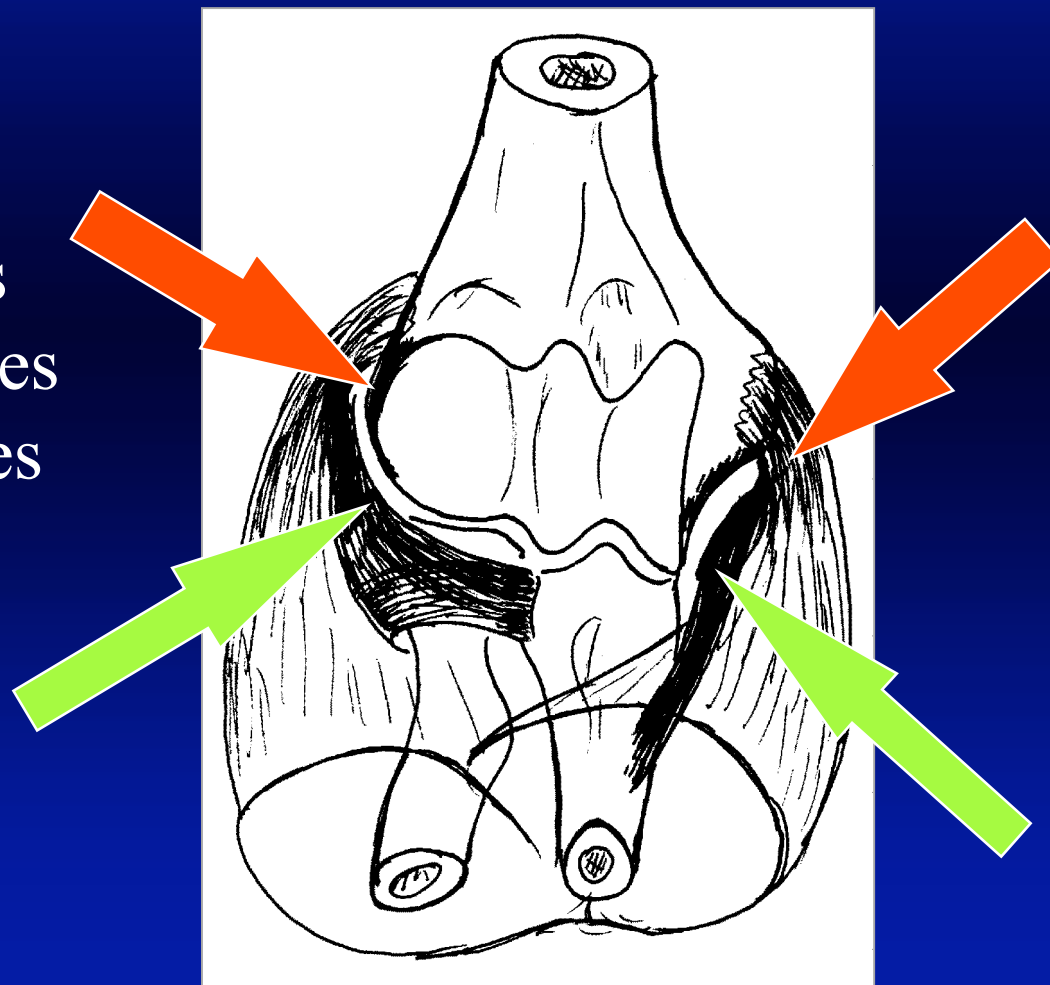
Arthrolyse : gestes à la demande

- Allongement musculaire
 - brachial antérieur uniquement
 - **jamais biceps ni triceps**



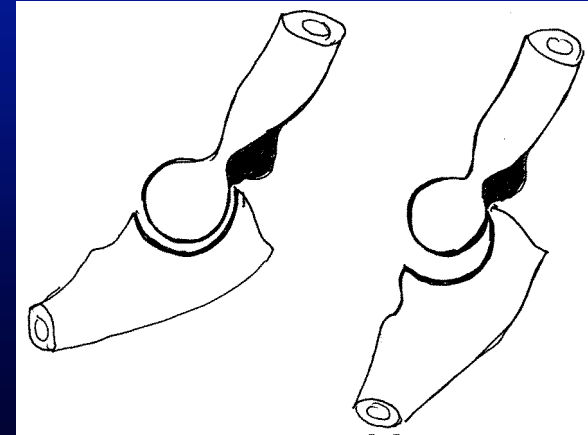
Arthrolyse : gestes à la demande

- section des ligaments latéraux
 - au ras des insertions humérales respect des chefs superficiels des muscles



Arthrolyse : gestes à la demande

- Effet came
 - butées osseuses (fossettes, ostéophytes)



Arthrolyse : gestes à la demande

Laxité ligamentaire pré ou per-opératoire
distracteur articulaire



Arthrolyse

- Soins post-opératoires
 - rééducation posturale initiale puis active aidée
 - poursuivie 3 semaines
 - AINS 21 jours
 - glaçage

Arthrolyse : indications

PAS DE LIMITES PRECISES

- Demande fonctionnelle
- Etat de l 'interligne

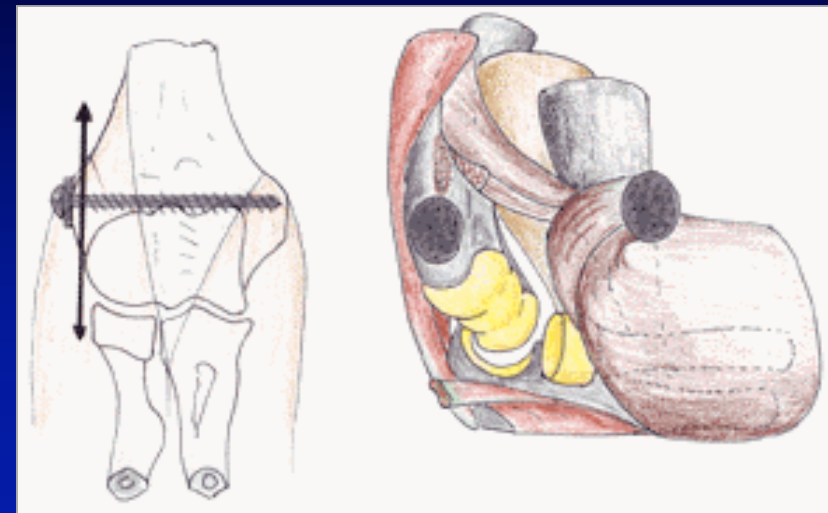
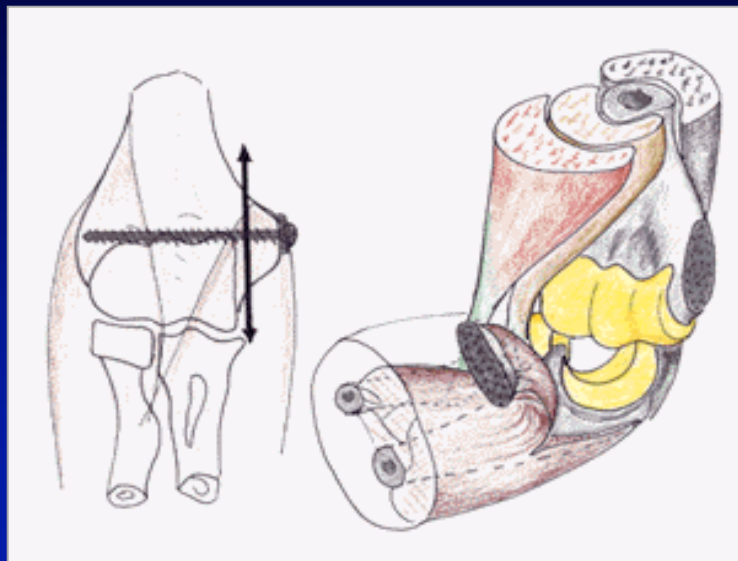
**IL N 'Y A PAS D 'INDICATION DE
MOBILISATION SOUS AG**

Arthrolyse : indications

- Raideurs extrinsèques
- Raideurs intrinsèques
- Ostéomes

Arthrolyse sur raideur intrinsèque

- Ankylose (fibreuse ou osseuse)
 - Abord trans-épicondylien ou trans-épitrochléen
 - Distracteur articulaire en cas d'instabilité



Arthrolyse sur raideur intrinsèque

- Lésions intrinsèques majeures
 - cal vicieux ou pseudarthrose intra-articulaire :
 - arthrolyse nécessaire à l'abord
 - ostéotomie ou avivement + ostéosynthèse en compression
 - protection par fixateur huméro-cubital et arthrolyse secondaire si synthèse insuffisante

Arthrolyse sur raideur intrinsèque

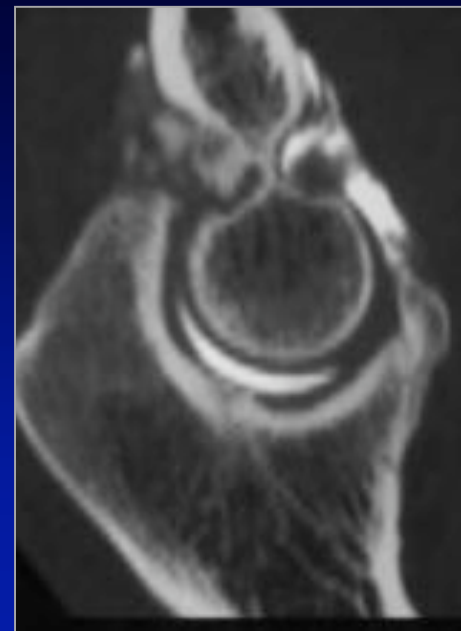
– Lésions des surfaces articulaires :

- arthroplastie modelante : retaille osseuse + distracteur articulaire

Pas d'indication prothétique dans les séquelles de traumatologie

Arthrolyse sur raideur intrinsèque

- Coude sportif d 'hyper-utilisation
- Douleur + déficit Ext° ou flex° < 20° :
 - constructions osseuses péri-cartilagineuses



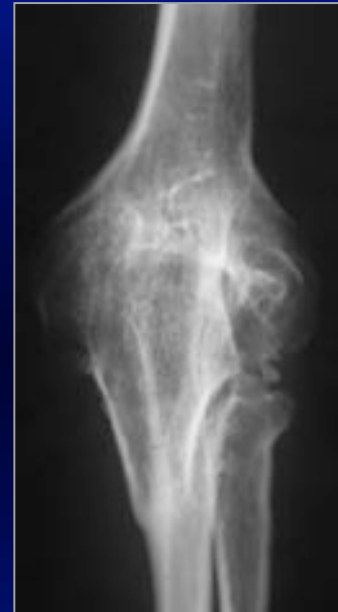
Arthrolyse sur raideur intrinsèque

- Lésions de la tête radiale
 - résection en cas de cal vicieux, de lésions cartilagineuses
 - déstabilisation
 - remplacement prothétique par C.R.F



Arthrolyse sur ostéome

- Post-traumatiques
- Neurologiques :
 - gain fonctionnel potentiel
 - séquelles périphériques du membre (spasticité)
- **Pas de récurrence sur ostéomes matures**



Les séries du service 1992

75 raideurs de 1986 à 1992 (O Mollaret).

- âge moyen = 36 ans
- recul moyen = 13 mois
- mobilité moyenne = 45°
- raideur =
 - très grave (amplitude de 0 à 30°) : 26 cas
 - grave (30 à 60°) : 21 cas
 - modérée (60 à 90°) : 14 cas
 - minime ($> 90^\circ$) : 14 cas

Les séries du service : résultats

- Gain moyen de mobilité : 55°
- Gain relatif : 80% de bons et très bons résultats
 - 2.5% d'aggravation

Les séries du service

J.B.Elis 1999

87 raideurs de coudes avec lésions intrinsèques post-traumatiques (JB Elis)

- recul moyen = 20.8 mois
- âge moyen = 36.8 ans

Les séries du service : résultats 1999

- Mobilité moyenne :
 - FE : 0/26/123 soit 45° de gain
 - PS : 0/24/151 soit 28° de gain
- Gain relatif : 66% de B et TB résultats
- Score fonctionnel (Morrey) : passant de 27 à 69 % de bons et excellents
- 18% de complications

Résultats symposium SFA 2005

139 arthrolyses

- Gestes plus extensifs à ciel ouvert
- Résultats à terme

Gain global meilleur à CO

Flexion supérieure en Arthro

- Un gain même faible \Rightarrow satisfaction

Résultats symposium SFA

- Complications : 13 %
- ATCD d'arthrolyse
 - Mob sous AG, arthrolyse à CO ou Arthro NS
- Délai entre 1^{er} symptômes et arthrolyse
 - Gain de mobilité meilleur entre 6 mois et 2 ans
 - Dégradation après 2 ans (p = 0,04)

CONCLUSION

- Arthrolyse = chirurgie complète, non déstabilisante et suivie d'une rééducation immédiate
- Adaptée aux lésions anatomiques
- Adaptée à la demande fonctionnelle