



ROYAUME DU MAROC
UNIVERSITE MOHAMMED V DE RABAT
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
RABAT



Année 2021

N°: MS1442021

Mémoire de fin d'études

Pour L'obtention du Diplôme National de Spécialité en
CHIRURGIE TRAUMATOLOGIQUE ET ORTHOPÉDIE

Intitulé

Synthèse d'un article portant sur une étude qui compare la procédure type Latarjet chez des patients avec une première luxation par rapport à un groupe de patients avec une luxation récidivante

Présenté par :
Docteur NABIL OUZZANI
Email : milan_safin7@hotmail.com

Sous la direction du
Professeur **MOULAY OMAR LAMRANI**

SOMMAIRE

Introduction	P: 4
MÉTHODES :	P: 6
Technique chirurgicale	P: 7
Gestion postopératoire :	P: 7
Évaluation au dernier suivi	P: 7
RÉSULTATS.....	P: 8
DISCUSSION.....	P: 10
CONCLUSION.....	P: 13
REFERENCES.....	P: 14
RESUME:	P: 19
Summary:	P: 20
ملخص	p : 21

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier toutes les personnes qui, de près ou de loin, ont participé à ma formation durant ces 5 années passées à la clinique universitaire de traumatologie et de chirurgie orthopédique du CHU IBN SINA.

Tout d'abord, je tiens à remercier mon chef de service, le professeur *Berrada Mohammed Saleh*, pour son accueil, sa patience, sa disponibilité et ses conseils, tout en m'accordant sa confiance et une large indépendance.

Je remercie également les professeurs *Lamrani Moulay Omar et Kharmaz Mohamed* pour le partage de leurs connaissances et expériences, leurs disponibilité, leurs conseils, leur rigueur et leur sens du devoir bien fait m'ont guidé tout le long de mon parcours. Trouvez ici, l'expression de ma profonde reconnaissance.

J'adresse mes sincères remerciements aux professeurs *Bassir Reda-Allah, Boufettal Monsef et Mekkaoui Jalal*. Leurs paroles, leurs écrits, leurs conseils et leurs critiques ont guidé mes réflexions durant tout mon cursus. Je les remercie également pour tous les efforts consentis pour nous offrir une formation de qualité.

Je remercie les professeurs *Boussouga Mostapha et Bouabid Salim* pour leur accueil, leur sens du travail bien fait et leur aisance dans la transmission du savoir qui m'a guidé tout le long de mon parcours de chirurgien. Je remercie également les autres professeurs du service de traumatologie 1 et 2 de l'HMIMV, trouvez ici, l'expression de ma profonde reconnaissance.

Je remercie aussi mes parents mon frère et ma sœur qui représentent tout pour moi et à qui je dis merci d'avoir existé pour que je vous aime.

A mes amis je dis votre soutien et vos encouragements m'ont toujours aidé. Vous m'avez toujours supporté et compris ; les remerciements ne suffisent point pour vous exprimer ce que vous représentez pour moi.

Introduction :

L'articulation gleno huméral est l'articulation la plus instable de l'organisme avec une incidence 42 pour 100 000 personnes/an (11).

Chaque épisode de luxation de l'articulation glèno huméral affecte la qualité du labrum, du complexe capsuloligamentaire et de l'os avec risque accru de récurrence (9, 15,32).

Les lésions type Bankart ont été trouvées chez plus de 95 % des épaules après une luxation (27).

Les autres types de lésions sont les lésions osseuses qui se situent principalement au niveau de la zone antéro inférieure de la glène ainsi que la partie postéro-supérieure de l'humérus.

Les lésions humérales illustrées par Malgaigne surviennent dans 48 % à 91 % des épaules luxées (4,27).

Plusieurs types de chirurgie ont été démontrés pour prévenir le risque de récurrence des luxations antérieures. Elles regroupent à la fois des techniques sur les parties molles et osseuses.

Les deux techniques plus utilisées sont (1) la chirurgie arthroscopique des lésions type Bankart et (2) de chirurgie à ciel ouvert type Latarjet.

De nos jours, la chirurgie type Bankart est la plus utilisée avec plus de 90% des chirurgies primaires pour les instabilités antérieures de l'épaule (3,6).

Mais en Europe, 72 % des orthopédistes préfèrent l'opération type Latarjet comme chirurgie primaire de l'instabilité (28).

Chez les patients avec un risque élevé de récurrence, le taux d'instabilité de l'épaule peut dépasser 70 % après une primo luxation antérieure traitée orthopédiquement (21).

Il a été prouvé que la stabilisation de l'épaule par chirurgie chez les personnes ayant subi un épisode de luxation traumatique antérieure diminue le risque de récurrence de 71,3 % à 17,5 % (21).

La reprise du sport est évaluée de 72% à 94% après la chirurgie alors que chez les patients non opérés elle est évaluée de 51% à 57% (14,25).

Le nombre préopératoire de luxations s'avère être un facteur primordial influençant les résultats après la réparation de Bankart avec plus de luxations préopératoires corrélées avec des taux de récurrence quatre fois plus élevée et six fois plus de reprises chirurgicales (22).

L'hypothèse la plus probable est la détérioration labrale après de multiples épisodes de déboîtement de l'épaule.

En parallèle, l'opération type Latarjet n'a pas pour but de réparer les composantes anatomiques mais d'augmenter la partie antéro-inférieure de la glène avec un effet stabilisateur de l'épaule par l'effet de du tendon conjoint, du muscle sous-scapulaire (7,31) et avec effet d'un bloc osseux (2,23).

L'objectif de cette étude était de comparer les résultats cliniques des patients ayant bénéficié d'une chirurgie type Latarjet après un seul épisode de luxation antérieure de l'épaule comparé à un groupe de patients ayant bénéficié de la même chirurgie mais après plusieurs (2) épisodes chez une vaste série de patients.

L'hypothèse est que le nombre préopératoire d'épisodes de luxation n'influencerait pas les résultats après une chirurgie type Latarjet.

MÉTHODES :

Une étude rétrospective a été réalisée et validée par un comité d'examen institutionnel.

Les sujets inclus avaient bénéficié d'une chirurgie primaire type Latarjet pour luxation antérieure récidivante de l'épaule entre 2014 et 2016 dans des centres de chirurgie.

Les patients âgés de plus de 18 ans au moment de la chirurgie avec un minimum de deux ans de suivi ont été tracés à l'aide d'une base de données informatisée qui contient les fichiers de tous les patients ayant bénéficié d'une chirurgie pour instabilité de l'épaule dans des établissements.

Les patients qui n'ont pas été retenus sont ceux qui avaient une épaule pathologique controlatérale avant l'acte chirurgical incluant les luxations postérieures, luxation multidirectionnelle, tendinopathie de la longue portion du biceps ou une rupture de la coiffe des rotateurs.

La première recherche a objectivé 441 patients, douze d'entre eux n'ont pas été retenus car ils n'étaient pas en mesure d'assimiler correctement le travail demandé, laissant 429 patients disponibles pour l'étude.

Les dossiers médicaux de tous les patients retenus ont été examinés par des praticiens hospitaliers.

Ces derniers ont analysé plusieurs données, à savoir : caractéristiques du patient, nombre de luxation avant l'intervention, hyperlaxité de l'épaule, niveau et type de sport ainsi que le score de l'instabilité.

L'hyperlaxité de l'épaule a été définie comme décrit par Balg et Boileau (1) et Coudane et al (8) comme une rotation externe passive supérieure à 85° ou un résultat de test de Gagey supérieur à 95°.
(12)

Technique chirurgicale : Tous les actes chirurgicaux ont été réalisés par des praticiens hospitaliers spécialistes dans la chirurgie du membre supérieur.

Trois procédés chirurgicaux différents ont été réalisés selon l'habitude du praticien : Une chirurgie mini invasive utilisant deux vis spongieuses basées sur la procédure de Latarjet telle que décrite par Walsh (30).

Une technique arthroscopique telle que décrite par Lafosse et al (19) ainsi qu'une technique arthroscopique utilisant deux boutons corticaux associé à une réparation Bankart (29).

Gestion postopératoire : Le protocole après l'opération consistait à la mise en place d'une écharpe coude au corps durant la première semaine après la chirurgie.

Dès la deuxième semaine, les patients sont encouragés à débiter une rééducation assistée durant trois semaines.

Un mois après la chirurgie, les patients ont été adressés à un kinésithérapeute afin de débiter une mobilisation active en antépulsion et en rotation externe.

Évaluation au dernier suivi : Les patients retenus après l'analyse des dossiers médicaux ont été contacté par différents moyens (téléphone, mail et courrier) et ont leur a demandé de bien vouloir répondre à un questionnaire afin d'évaluer la fonction et l'instabilité de leur épaule.

Le questionnaire évaluait le nombre d'épisodes avant l'opération, le temps entre le premier épisode et l'opération, la récurrence de luxation, la reprise chirurgicale ainsi que les scores de Walch-Duplay (30) et l'échelle visuelle analogique (EVA).

RÉSULTATS

Caractéristiques des patients : Un total de 310 épaules a été inclus pour l'analyse avec un suivi entre 3,4 +- 0,8 ans. La plupart d'entre eux étaient des jeunes à prédominance masculine (27,8 ans) (85,4 %) qui exerçaient un sport compétitive (33,1 %) ou un sport de loisir (58,8%).

Le type de sport exercé était un sport de contact 43,9% ou sport aérien forcé dans 16,9% des cas.

Des taux élevés des lésions osseuses ont été observés au niveau huméral (71,8 %) ou glénoïdien (76,3 %).

Le score moyen de l'indice de gravité de l'instabilité était de 4,9 +- 2,0 points.

Les patients ont attendu en moyenne 41,3 +- 65,1 mois entre le premier épisode et l'acte chirurgical.

En ce qui concerne les deux groupes, 84 patients ont été intègres dans le groupe primo-luxation et 226 dans le groupe des luxations récidivantes.

Chez le groupe des luxations récidivantes, le nombre moyen d'épisodes de luxations objectivés par le patient avant la chirurgie était de 8,9 +- 12,2.

Ces deux groupes sont comparables concernant le côté atteint, la technique chirurgical utilisée, le sexe, l'indice de masse corporelle (IMC), le type d'activité sportive, et les niveaux de participation au sport.

On retrouve un taux plus élevé d'atteinte osseuse dans le groupe des luxations récidivantes au niveau de l'humérus (80,6% vs 53,9%) ou la cavité glénoïdienne (79,9 % vs 68,5 %), ainsi qu'un Score de l'indice de gravité de l'instabilité (5,1 +- 1,8 contre 4,4 +- 2,3).

La période moyenne entre le premier épisode de luxation et l'acte chirurgical était plus longue dans le groupe des luxations récidivantes (51,7 +- 68,5 mois contre 12,6 +- 43,8 mois).

Le taux de récurrence et de reprise chirurgicale était presque identique entre les groupes : 4,8 % dans le groupe luxation pour la première fois contre 3,8 % chez le groupe des luxations récidivantes.

La principale raison de la reprise chirurgicale était le démontage du matériel dans 56% des cas.

Le général Walch-Duplay marque enfin suivi étaient également comparables entre les 2 groupes.

L'EVA de la douleur après la chirurgie était plus élevée chez le groupe primo-luxation comparés au groupe des luxations récidivantes (1,8 +- 2,3 contre 1,2 +- 1,7).

DISCUSSION

La principale conclusion de cette étude est que le nombre d'épisodes de luxation avant la chirurgie n'affecte pas le taux de récurrence après une chirurgie type Latarjet contrairement à ce qui a été prouvé auparavant après réparation arthroscopique de Bankart(22).

Les taux de récurrence (13) et de reprises chirurgicales(17) illustrés dans ce travail sont similaires à ceux trouvés dans la littérature(5,17).

Les travaux de Balg et Boileau(1) et plus tard de Phadnis et al(26) recommandent de réaliser une chirurgie Latarjet plutôt qu'une chirurgie d'arthroscopie de Bankart chez des patients possédant des scores d'indice de gravité d'instabilité plus élevés.

En effet, comme le Latarjet n'a pas pour but de restaurer l'anatomie initiale, il a donc l'avantage de ne pas se référer à l'état préopératoire du complexe ligamentaire et capsulaire antéro inférieure qui est le plus souvent très endommagé après plusieurs épisodes de luxation.

La deuxième conclusion importante de ce travail est une plus faible douleur post opératoire retrouvée chez les patients appartenant au groupe des luxations récurrentes comparé à ceux au groupe des primo-luxation sur les scores VAS et Walch-Duplay.

Pourtant, la signification clinique de la différence des scores EVA ($1,8 \pm 2,3$ vs $1,2 \pm 1,7$) doit être remise en question.

En effet, les pertes osseuses de la cavité glénoïde sont minimes chez les sujets avec des luxations primaires, ceci pourrait être une hypothèse pour augmenter la douleur post opératoire(34).

Plusieurs études ont démontré que le bloc coracoïdien se remodèle afin de reconstituer les formes initiales de la cavité glénoïde (10,18,24) sous l'impulsion de la biomécanique selon la loi de Wolff.

A la Suite de cette hypothèse, les patients appartenant au groupe primo luxation avec moins de perte osseuse glénoïdienne peuvent avoir subi un remodelage plus important de la greffe osseuse coracoïdienne ainsi qu'une ostéolyse plus remarquée.

L'hypothèse que l'ostéolyse soit la principale cause de la douleur(18) n'a jamais été prouvé.

En revanche, elle peut conduire à un débricolage des vis et entraîner des douleurs par conflit avec le sous scapulaire.

Dans ce travail, le débricolage des vis était la cause la plus fréquente (58,1 %) de reprise chirurgical. Ce travail illustre que la chirurgie type Latarjet doit être proposer avec prudence chez un patient avec une luxation primaire et une cavité glénoïde intacte.

Le taux en terme de récives et de reprises chirurgicales n'est en aucun cas affectés par le nombre de luxation avant l'intervention chirurgical.

Bien au contraire, cela augmente les douleurs postopératoires en raison d'un remodelage plus important du bloc osseux.

La principale limite de ce travail est qu'elle ne montre pas l'influence du nombre de luxations préopératoires sur taux de récive et de reprise chirurgical.

Il a été prouvé par Hovelius et Saeboe(16) que l'arthrose à long terme était plus fréquentes chez les patients présentant plusieurs épisodes de luxation.

Cette étude n'a pas réalisé d'analyse radiologique et cela n'a donc pas été illustré dans le travail.

Ce travail a aussi plusieurs points forts. Il analyse un large nombre de patients ainsi que divers techniques chirurgicales effectuées par plusieurs chirurgiens inclus dans le travail améliorant la généralisation des résultats.

CONCLUSION

Les patients appartenant au groupe des luxations primaires présentent plus de douleurs postopératoires comparées aux patients appartenant au groupe des luxations récidivantes.

Cependant, le nombre de luxations avant la chirurgie n'a pas affecté le taux de reprises chirurgicales et d'instabilité après l'opération type Latarjet.

REFERENCES

1. Balg F, Boileau P. The Instability Severity Index Score. A simple preoperative score to select patients for arthroscopic or open shoulder stabilisation. *J Bone Joint Surg Br.* 2007;89(11):1470-1477.
2. Barrett Payne W, Kleiner MT, McGarry MH, Tibone JE, Lee TQ. Biomechanical comparison of the Latarjet procedure with and without a coracoid bone block. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc.* 2016;24(2):513-520.
3. Berendes TD, Pilot P, Nagels J, Vochteloo AJH, Nelissen RGHH. Survey on the management of acute first-time anterior shoulder dislocation amongst Dutch public hospitals. *Arch Orthop Trauma Surg.* 2015;135(4):447-454.
4. Calandra JJ, Baker CL, Uribe J. The incidence of Hill-Sachs lesions in initial anterior shoulder dislocations. *Arthroscopy.* 1989;5(4):254-257.
5. Cerciello S, Corona K, Morris BJ, Santagada DA, Maccauro G. Early outcomes and perioperative complications of the arthroscopic Latarjet procedure: systematic review and meta-analysis. *Am J Sports Med.* 2019;47(9):2232-2241.
6. Chong M, Karataglis D, Learmonth D. Survey of the management of acute traumatic first-time anterior shoulder dislocation among trauma clinicians in the UK. *Ann R Coll Surg Engl.* 2006;88(5):454-458.
7. Clavert P, Kempf J-F, Kahn J-L. Biomechanics of open Bankart and coracoid abutment procedures in a human cadaveric shoulder model. *J Shoulder Elbow Surg.* 2009;18(1):69-74.

8. Coudane H, Walch G, Sebesta A. Chronic anterior instability of the shoulder in adults. Methodology [in French]. *Rev Chir Orthop Reparatrice Appar Mot.* 2000;86(suppl 1):94-95.
9. Dickens JF, Slaven SE, Cameron KL, et al. Prospective evaluation of glenoid bone loss after first-time and recurrent anterior glenohumeral instability events. *Am J Sports Med.* 2019;47(5):1082-1089.
10. Di Giacomo G, de Gasperis N, Costantini A, De Vita A, Beccaglia MAR, Pouliart N. Does the presence of glenoid bone loss influence coracoid bone graft osteolysis after the Latarjet procedure? A computed tomography scan study in 2 groups of patients with and without glenoid bone loss. *J Shoulder Elbow Surg.* 2014;23(4):514-518.
11. Enger M, Skjaker SA, Melhuus K, et al. Shoulder injuries from birth to old age: a 1-year prospective study of 3031 shoulder injuries in an urban population. *Injury.* 2018;49(7):1324-1329.
12. Gagey OJ, Gagey N. The hyperabduction test. *J Bone Joint Surg Br.* 2001;83(1):69-74.
13. Garcia JC, do Amaral FM, Belchior RJ, de Carvalho LQ, Markarian GG, Montero EF de S. Comparative systematic review of fixation methods of the coracoid and conjoined tendon in the anterior glenoid to treat anterior shoulder instability. *Orthop J Sports Med.* 2019;7(1):2325967118820539.
14. Gigis I, Heikenfeld R, Kapinas A, Listringhaus R, Godolias G. Arthroscopic versus conservative treatment of first anterior dislocation of the shoulder in adolescents. *J Pediatr Orthop.* 2014;34(4):421-425.

15. Habermeyer P, Gleyze P, Rickert M. Evolution of lesions of the labrum-ligament complex in posttraumatic anterior shoulder instability: a prospective study. *J Shoulder Elbow Surg.* 1999;8(1):66-74.
16. Hovelius L, Saeboe M. Neer Award 2008: arthropathy after primary anterior shoulder dislocation—223 shoulders prospectively followed up for twenty-five years. *J Shoulder Elbow Surg.* 2009;18(3):339-347.
17. Hurley ET, Jamal MS, Ali ZS, Montgomery C, Pauzenberger L, Mullett H. Long-term outcomes of the Latarjet procedure for anterior shoulder instability: a systematic review of studies at 10-year follow-up. *J Shoulder Elbow Surg.* 2019;28(2):e33-e39.
18. Kee YM, Kim JY, Kim HJ, Sinha S, Rhee Y-G. Fate of coracoid grafts after the Latarjet procedure: will be analogous to the original glenoid by remodelling. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc.* 2018;26(3): 926-932.
19. Lafosse L, Lejeune E, Bouchard A, Kakuda C, Gobezie R, Kochhar T. The arthroscopic Latarjet procedure for the treatment of anterior shoulder instability. *Arthroscopy.* 2007;23(11):1242.e1-5.
20. Latarjet M. Technic of coracoid preglenoid arthroereisis in the treatment of recurrent dislocation of the shoulder [in French]. *Lyon Chir.* 1958;54(4):604-607.
21. Longo UG, van der Linde JA, Loppini M, Coco V, Poolman RW, Denaro V. Surgical versus nonoperative treatment in patients up to 18 years old with traumatic shoulder instability: a systematic review and quantitative synthesis of the literature. *Arthroscopy.* 2016;32(5): 944-952.

22. Marshall T, Vega J, Siqueira M, Cagle R, Gelber JD, Saluan P. Outcomes after arthroscopic Bankart repair: patients with first-time versus recurrent dislocations. *Am J Sports Med.* 2017;45(8):1776-1782.
23. Montgomery SR, Katthagen JC, Mikula JD, et al. Anatomic and biomechanical comparison of the classic and congruent-arc techniques of the Latarjet procedure. *Am J Sports Med.* 2017;45(6):1252-1260.
24. Moroder P, Hirzinger C, Lederer S, et al. Restoration of anterior glenoid bone defects in posttraumatic recurrent anterior shoulder instability using the J-bone graft shows anatomic graft remodeling. *Am J Sports Med.* 2012;40(7):1544-1550.
25. Ochs BG, Rickert M, Schmelzer-Schmied N, Loew M, Thomsen M. Post-traumatic shoulder instability in adolescence [in German]. *Orthopade.* 2005;34(2):152-158.
26. Phadnis J, Arnold C, Elmorsy A, Flannery M. Utility of the Instability Severity Index Score in predicting failure after arthroscopic anterior stabilization of the shoulder. *Am J Sports Med.* 2015;43(8):1983-1988.
27. Taylor DC, Arciero RA. Pathologic changes associated with shoulder dislocations. Arthroscopic and physical examination findings in firsttime, traumatic anterior dislocations. *Am J Sports Med.* 1997; 25(3):306-311.
28. Thomazeau H, Courage O, Barth J, et al. Can we improve the indication for Bankart arthroscopic repair? A preliminary clinical study using the ISIS score. *Orthop Traumatol Surg Res.* 2010;96(8)(suppl): S77-S83.

29. Valenti P, Maroun C, Wagner E, Werthel J-D. Arthroscopic Latarjet procedure combined with Bankart repair: a technique using 2 cortical buttons and specific glenoid and coracoid guides. *Arthrosc Tech*. 2018;7(4):e313-e320.
30. Walch G. La luxation re' cidivante ante'rieure de l'e' paule. *Rev Chir Orthop*. 1991;77(suppl 1):177-191.
31. Yamamoto N, Muraki T, An K-N, et al. The stabilizing mechanism of the Latarjet procedure: a cadaveric study. *J Bone Joint Surg Am*. 2013;95(15):1390-1397.
32. Yiannakopoulos CK, Mataragas E, Antonogiannakis E. A comparison of the spectrum of intra-articular lesions in acute and chronic anterior shoulder instability. *Arthroscopy*. 2007;23(9):985-990.
33. Young AA, Maia R, Berhouet J, Walch G. Open Latarjet procedure for management of bone loss in anterior instability of the glenohumeral joint. *J Shoulder Elbow Surg*. 2011;20(2)(suppl):S61-S69.
34. Alexandre Hardy,* y MD, Vincent Sabatier,z MD, Pierre Laboudie,§ MD, Bradley Schoch,|| MD, Marie Vigan,{ PhD, and Jean-David Werthel,# MD Investigation performed at Ambroise Pare' Hospital, Boulogne, France

Outcomes After Latarjet Procedure Patients With First-Time Versus Recurrent Dislocations

RESUME:

Contexte de l'étude : Le nombre préopératoire de luxations s'avère être un facteur essentiel influençant les résultats après la réparation de Bankart avec plus de luxations préopératoires associé à un taux de récurrence plus élevé et donc plus de reprise chirurgicale. L'hypothèse la plus probable est la détérioration de la qualité du tissu réparé lors de la procédure après maintes luxations. La chirurgie type Latarjet ne répare pas mais augmente la surface antérieure de la glène (34).

But et Hypothèse : L'objectif de l'étude est de rapporter les résultats cliniques des patients opérés avec la technique Latarjet après une luxation versus plusieurs luxations (2).

L'hypothèse est que le nombre préopératoire de luxations n'influencerait pas les résultats cliniques(34).

Méthodes : L'étude a porté sur des Patients âgés de plus de 18 ans opérés (Latarjet) pour instabilité de l'épaule avec un minimum de deux ans de suivi ont été inclus.

Les patients ont répondu à un formulaire évaluant le nombre de luxation avant la chirurgie, délai entre la première luxation et la chirurgie, récurrence de la luxation, reprise chirurgicale ainsi que les scores : Walch-Duplay et (EVA) pour la douleur.

Résultats : Au total ,310 patients ont été inclus avec un suivi moyen de $3,5 \pm 0,9$ ans,84 dans le groupe des primo-luxations et 226 dans le groupe des luxations récurrentes.

Au dernier résultat, il n'y avait pas de différence des taux de récurrence entre les deux groupes alors que L'EVA de la douleur était plus élevée chez le groupe primo-luxation($1,8 \pm 2,3$ vs $1,2 \pm 1,7$).

Conclusion : Les patients appartenant au groupe des luxations primaires présentent plus de douleurs postopératoires comparées à ceux du groupe des luxations récurrentes.

Cependant, le nombre de luxations en pré chirurgie n'a pas affecté le taux de reprises chirurgical après la chirurgie de type Latarjet.

Mots clés : Latarjet ; épaule; instabilité; nombre de luxations ; taux de récurrence ; complications ; sport.

Summary:

Background of the study: The preoperative number of dislocations appears to be a key factor influencing the results after Bankart repair with more preoperative dislocations associated with a higher recurrence rate and therefore more revision surgery. The most probable hypothesis is the deterioration of the quality of the tissue repaired during the procedure after numerous dislocations. Latarjet type surgery does not repair but increases the anterior surface of the glenoid (34).

Aim and Hypothesis: The aim of the study is to report the clinical results of patients operated with the Latarjet technique after one dislocation versus several dislocations (2).

The hypothesis is that the preoperative number of dislocations would not influence the clinical results(34).

Methods: The study focused on patients over the age of 18 operated on (Latarjet) for shoulder instability with a minimum of two years of follow-up were included.

The patients answered a form evaluating the number of dislocations before surgery, time between the first dislocation and surgery, recurrence of the dislocation, revision surgery as well as the scores: Walch-Duplay and (EVA) for pain.

Results: A total of 310 patients were included with a mean follow-up of 3.5 ± 0.9 years, 84 in the primary dislocation group and 226 in the recurrent dislocation group.

At the last result, there was no difference in the recurrence rate between the two groups, whereas the pain VAS was higher in the primary dislocation group (1.8 ± 2.3 vs 1.2 ± 1.7).

Conclusion: Patients belonging to the group of primary dislocations present more postoperative pain compared to those of the group of recurrent dislocations.

However, the number of pre-surgery dislocations did not affect the revision rate after Latarjet surgery.

Keywords: Latarjet; shoulder; instability; number of dislocations; recidivism rate; complications; sport.

ملخص:

خلفية الدراسة:

يبدو أن عدد الاضطرابات قبل الجراحة عامل رئيسي يؤثر على النتائج بعد إصلاح Bankart مع المزيد من الاضطرابات قبل الجراحة المرتبطة بمعدل تكرار أعلى وبالتالي المزيد من الجراحة المراجعة. الفرضية الأكثر احتمالاً هي تدهور جودة الأنسجة التي تم إصلاحها أثناء العملية بعد العديد من الاضطرابات. لا تُصلح الجراحة من نوع لاتارجيت السطح الأمامي للحقاني ، ولكنها تزيد من ذلك (34).

الهدف والفرضية:

الهدف من الدراسة هو تقديم تقرير عن النتائج السريرية للمرضى الذين خضعوا لعملية Latarjet بعد خلع واحد مقابل عدة اضطرابات (2).

الفرضية هي أن عدد الاضطرابات قبل الجراحة لن يؤثر على النتائج السريرية (34).

الطريقة:

ركزت الدراسة على المرضى الذين تزيد أعمارهم عن 18 عاماً والذين أجريت لهم عملية جراحية (لاتارجيت) لعدم استقرار الكتف مع متابعة لمدة عامين على الأقل.

أجاب المرضى على استمارة تقييم عدد الاضطرابات قبل الجراحة ، والوقت بين الخلع الأول والجراحة ، وتكرار الخلع ، وجراحة المراجعة بالإضافة إلى الدرجات: Duplay-Walch و (EVA) للألم.

النتائج:

تم تضمين ما مجموعه 310 مريضاً بمتوسط متابعة 0.9 ± 3.5 سنة ، 84 في مجموعة الخلع الأولية و 226 في مجموعة الخلع المتكرر.

في النتيجة الأخيرة ، لم يكن هناك فرق في معدل التكرار بين المجموعتين ، بينما كان الألم VAS أعلى في مجموعة الخلع الأولية (2.3 ± 1.8 مقابل 1.7 ± 1.2).

الخلاصة:

المرضى الذين ينتمون إلى مجموعة الاضطرابات الأولية يعانون من ألم ما بعد الجراحة أكثر من أولئك الذين يعانون من الاضطرابات المتكررة.

ومع ذلك ، فإن عدد الاضطرابات قبل الجراحة لم يؤثر على معدل المراجعة بعد جراحة لاتارجيت.

كلمات مفتاحية: لاتارجيت؛ كتف؛ عدم الاستقرار؛ عدد الاضطرابات معدل النكوص المضاعفات. رياضة.