

NOUS AVONS LU POUR VOUS

La chimiothérapie des ostéosarcomes peut réduire significativement la densité osseuse avec un risque de fracture

Bone mineral density in long term survivors of highly malignant osteosarcoma
G. Holzer, P. Krepler, M.A. Koschat, S. Grampp, M. Dominkus, R. Kotz
J. Bone Joint Surg (Br), 2003, 85, 231-237.

Le MTX utilisé à haute dose est toxique pour les cellules néoplasiques mais inhibe aussi l'activité des ostéoblastes sains, aboutissant dans la leucémie à l'ostéopathie au MTX (douleur, fracture sans traumatisme). L'objectif de ce travail est l'étude de l'effet à long terme sur la densité minérale osseuse (DMO) de l'utilisation de méthotrexate à haute dose dans le traitement de sarcomes ostéogènes. L'étude porte sur 58 patients. L'âge moyen des sujets étudiés était 31 ± 4 ans, 16 ± 2 ans après traitement de leur maladie. Il s'agissait d'une tumeur du fémur (31), du tibia (13), de l'humérus proximal (3), de côte (1). Cinq patients avaient des métastases lors du traitement initial. Le membre a été conservé avec une endoprothèse dans 31 cas, neuf patients ont eu une intervention de Van Ness, une amputation a été réalisée pour trois patients. La DMO était évaluée sur le fémur non opéré et le rachis lombaire, au moyen d'une absorptiométrie biphotonique. Différents traitements poursuivis par la suite étaient susceptibles d'interférer avec le métabolisme phosphocalcique tels que des traitements hormonaux chez les femmes. Étaient pris en compte : le mode de vie, les antécédents et éventuels traitements des sujets et le dosage d'un certain nombre d'hormones impliquées dans le métabolisme phosphocalcique. Le degré de déminéralisation était établi en accord avec le score de la WHO.

La DMO de ce groupe de sujets était inférieure à celle d'une population témoin de même âge. Dix patients étaient ostéoporotiques, 21 ostéopéniques et 17 normaux. Dix-huit patients ont présenté des fractures après chimiothérapie, et chacun d'eux avait une DMO significativement basse. La seule variable relative au traitement de la tumeur influant sur la DMO était le mode de reconstruction : remplacement fémoral proximal et tibial proximal avaient une DMO moins importantes que les remplacements du fémur distal et les autres traitements (Van Ness ou amputation). L'âge lors de la chimiothérapie précoce est associé à une DMO faible. Chez les femmes, l'âge de la ménarche est corrélé significativement avec la DMO. D'autres différences sont notées en particulier vis-à-vis du traitement hormonal, mais ne sont pas significatives.

Il s'agit d'une étude originale par une évaluation à long terme de l'effet du MTX haute dose sur l'apparition d'une ostéoporose. Les auteurs recommandent la surveillance de la densité osseuse dès la fin de la chimiothérapie, puis au rythme d'une fois tous les deux ans en cas de valeurs basses. Un traitement à visée curatrice peut être donné en cas d'ostéoporose avérée (calcium et vitamine D).

Une résection radio-ulnaire pour libérer la PS dans les synostoses proximales

Proximal radial resection for posttraumatic radio ulnar synostosis : a new technique to improve forearm rotation
S. Kamineni, N.G. Maritz, B.F. Morrey
J Bone Joint Surg (Am), 2002, 84, 745-751.

Les auteurs de la Mayo Clinic proposent une technique nouvelle et simple pour améliorer la mobilité en pro-supination dans les synostoses radio-ulnaires supérieures post-traumatiques non résécables. Il s'agit d'une résection proximale du radius sur 1 cm environ, au dessous de la synostose.

La technique est décrite et illustrée pages 748 et 749. Les extrémités osseuses sont cirées et l'intervalle entre les deux tranches osseuses est comblé par du Gelfoam. Les soins postopératoires consistent en mobilisation passive au début, puis par des postures alternées en supination et en pronation à l'aide d'une attelle velcro pendant 3 mois.

Sept patients ont ainsi été traités et suivis avec un recul moyen de 80 mois (34 à 144 mois).

Les résultats montrent une amélioration de l'arc de pro-supination qui passe de 5° en préopératoire à 98° au plus grand recul (40 à 175°). Trois patients ont subi une mobilisation secondaire sous anesthésie générale. Le score fonctionnel de la Mayo Clinic (probablement celui de Morrey) passe de 57 points à 81 points. Les complications se résument à une ré ankylose et à une neuropraxie réversible du nerf cubital.

Dans leurs conclusions, les auteurs conseillent cette technique simple et fiable en cas de synostose radio-ulnaire proximale trop étendue pour être réséquée, avec atteinte des surfaces articulaires et associée à une déformation osseuse anatomique. Ils insistent sur l'importance de couvrir les extrémités de la résection avec de la cire neurochirurgicale. Ils insistent aussi sur le fait que cette technique ne doit pas être une alternative systématique à la résection de la synostose qui doit être réalisée chaque fois qu'elle est possible.

Ressaut douloureux de hanche : la bonne façon de libérer le psoas

Surgical correction of the snapping iliopsoas tendon in adolescents
M.B.J.E. Dobbs, Gordon, S.G. Luhmami
J Bone Joint Surg (Am), 2002, 84, 420-424.

Parmi les ressauts extra-articulaires autour de la hanche, certains sont dus à l'accrochage de l'ilio-psoas sur l'éminence ilio-pectinée. C'est à cette étiologie, assez rare et très spécifique, que l'équipe du St-Louis Children Hospital consacre cet article.

Les auteurs ont observé 15 patients (17 hanches) présentant un claquement douloureux en rapport avec ce mécanisme. 6 patients ont été suffisamment soulagés par une certaine réduction d'activité, les 9 restants (11 hanches) ont dû être opérés et font l'objet de l'article.

Les patients étaient âgés en moyenne de 15 ans et la durée des symptômes avant traitement était en moyenne de 2,3 ans (1 à 4 ans). Tous les patients pratiquaient du sport de compétition.

Le diagnostic doit être posé par l'examen clinique. Chez 6 patients, le ressaut était reproductible et audible par le simple passage de la hanche de la flexion à l'extension. Pour les 3 autres, le ressaut ne pouvait être reproduit qu'en partant d'une position en flexion-abduction vers une position en extension-adduction décrite par Allen et Coppé.

Le ressaut est palpable en avant et en dedans de la hanche. Tous les patients avaient des radiographies normales, sauf 1 qui présentait des calcifications dans la région du tendon de l'iliopsoas. Certains avaient subi ailleurs des bursographies ou des IRM non contributives.

Les différents traitements de physiothérapie s'étaient avérés inefficaces.

La technique opératoire consiste en un allongement par une section complète de la totalité des fibres tendineuses à la jonction blanc-rouge. Ceci suppose une voie d'abord assez large par une incision au dessous de la crête iliaque et un passage dans l'espace tenseur couturier désinsérés, puis réinsérés, par dédoublement de la crête iliaque cartilagineuse. Les auteurs insistent à plusieurs reprises sur les risques de confusion entre nerf crural et tendon de l'iliopsoas. Une légère excitation au bistouri électrique faible leur paraît être une consigne de sécurité dans le repérage.

Avec un recul moyen de 4 ans, les résultats sont satisfaisants. Tous les patients ont récupéré leur activité préopératoire. La force de flexion de la hanche est pratiquement comparable à celle du côté opposé. Le ressaut a disparu chez tous, sauf un chez qui a récidivé, mais de façon moins fréquente et non gênante. Deux patients ont présenté une diminution de sensibilité transitoire de la région antéro-externe de la cuisse.

Dans la discussion les auteurs précisent que la ténographie utilisée par Stapple (1988) a pu contribuer à la compréhension de ce mécanisme, mais qu'elle est inutile au diagnostic. Ils insistent sur l'inutilité des examens d'imagerie complémentaires, l'essentiel est un examen clinique minutieux.

Ils considèrent que leurs résultats, de meilleure qualité que ceux rapportés en 1990 par Jacobson, sont à mettre sur le compte de leur technique, qui réalise une section complète des fibres tendineuses sans interruption de la continuité musculo-tendineuse, alors que Jacobson se contentait, par une courte voie inguinale, de réaliser une section partielle d'environ 50% du contingent des fibres tendineuses.

Commentaire : pathologie de ressaut extra-articulaire à connaître, à reconnaître par un examen clinique adéquat et à traiter de façon efficace.

L'incarcération méniscale peut expliquer l'irréductibilité d'une fracture des épines

The anatomy of tibial eminence fractures : arthroscopic observations following failed closed reduction

J. Lowe, G. Chaisier, A. Freedman, I. Zion, C. Howard
J Bone Joint Surg (Am), 2002, 84, 1933-1938

L'échec de la réduction par manoeuvres externes et mise du genou en extension est attribué à l'interposition de parties molles et en particulier de la corne antérieure du ménisque externe. Les auteurs israéliens, à propos de 12 cas présentant une fracture des épines tibiales de type III de Meyers et McKeever irréductibles par mise en extension et traitées par arthroscopie, précisent les lésions et proposent une méthode de réduction.

Douze cas, 10 hommes et 2 femmes d'un âge moyen de 24 ans (9 à 63 ans), dont 5 cas avec cartilage de croissance encore ouverts servent à cette étude. Le déplacement du fragment était dans tous les cas important et la réduction était impossible par manipulations à ciel fermé. Ils ont donc tous été opérés sous arthroscopie.

La constatation des lésions était uniforme. Il n'y avait pas d'interposition de tissus mous, mais sur le fragment osseux étaient attachés non seulement le ligament croisé mais aussi la corne antérieure du ménisque externe détachée de son insertion normale par rupture du ligament ménisco-tibial. Les lésions sont les mêmes chez l'enfant et chez l'adulte.

L'impossibilité de la réduction est liée à l'incarcération de cette corne antérieure du ménisque externe sous le condyle fémoral externe à la manière d'une anse de seau. Cette incarcération est favorisée par le déplacement en tiroir antérieur. Lors des manipulations, le ligament croisé et le ménisque externe attirent le fragment dans deux directions différentes.

Pour obtenir la réduction, il faut exercer sur le ménisque une traction par le crochet d'arthroscopie ou par un fil de suture passé autour de sa corne antérieure et exercer un mouvement de poussée postérieure du tibia sous les condyles fémoraux. Le fragment fracturaire retrouve sa place et peut être fixé en bonne position par vis ou suture sur ancre type Mitek.

Pr. Mohamed RAFAI

Pr. Mohamed RAHMI