

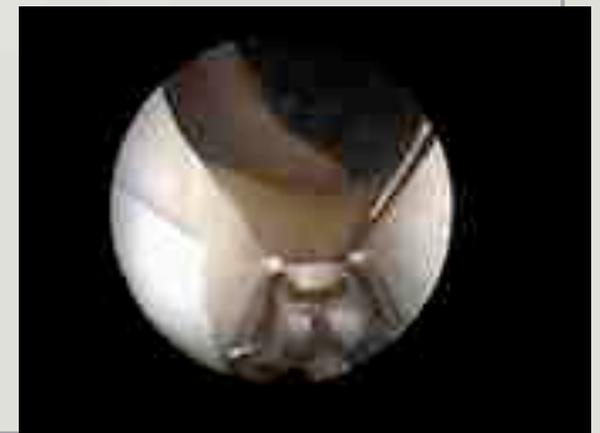
Endoscopie extra-articulaire



**P. Desmoineaux (Versailles),
C. Dumontier (Paris)**

Quelle est la logique d'un arthroscopie en dehors des articulations ?

- * Parce que la tendance est au mini-invasif
- * Que l'arthroscopie a, depuis longtemps, prouvé sa moindre morbidité
- * Qu'il y a longtemps qu'on fait de l'endoscopie extra-articulaire
 - * Endoscopie de la bourse sous-acromiale (1982)
 - * Endoscopie du canal carpien (1989)



Quelles sont les limites de l'endoscopie extra-articulaire ?

- * La possibilité de créer un espace de travail !
 - Chirurgie par voie endoscopique d'une pathologie juxta-articulaire
 - Chirurgie endoscopique vraie



Os

Nerfs

Bourses

Tendons

Enthèses

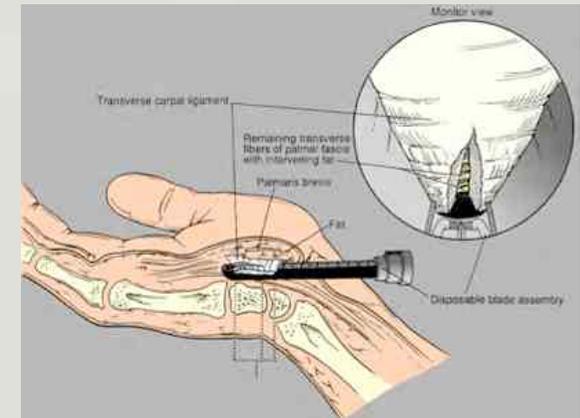
Aponévrose

Capsule

ON ÉLIMINE LA CHIRURGIE DU RACHIS

Endoscopie et nerfs

- * Syndrome du canal carpien
- * Nerf ulnaire au coude
- * Nerf supra-scapulaire
- * Nerf sural (prélèvement)

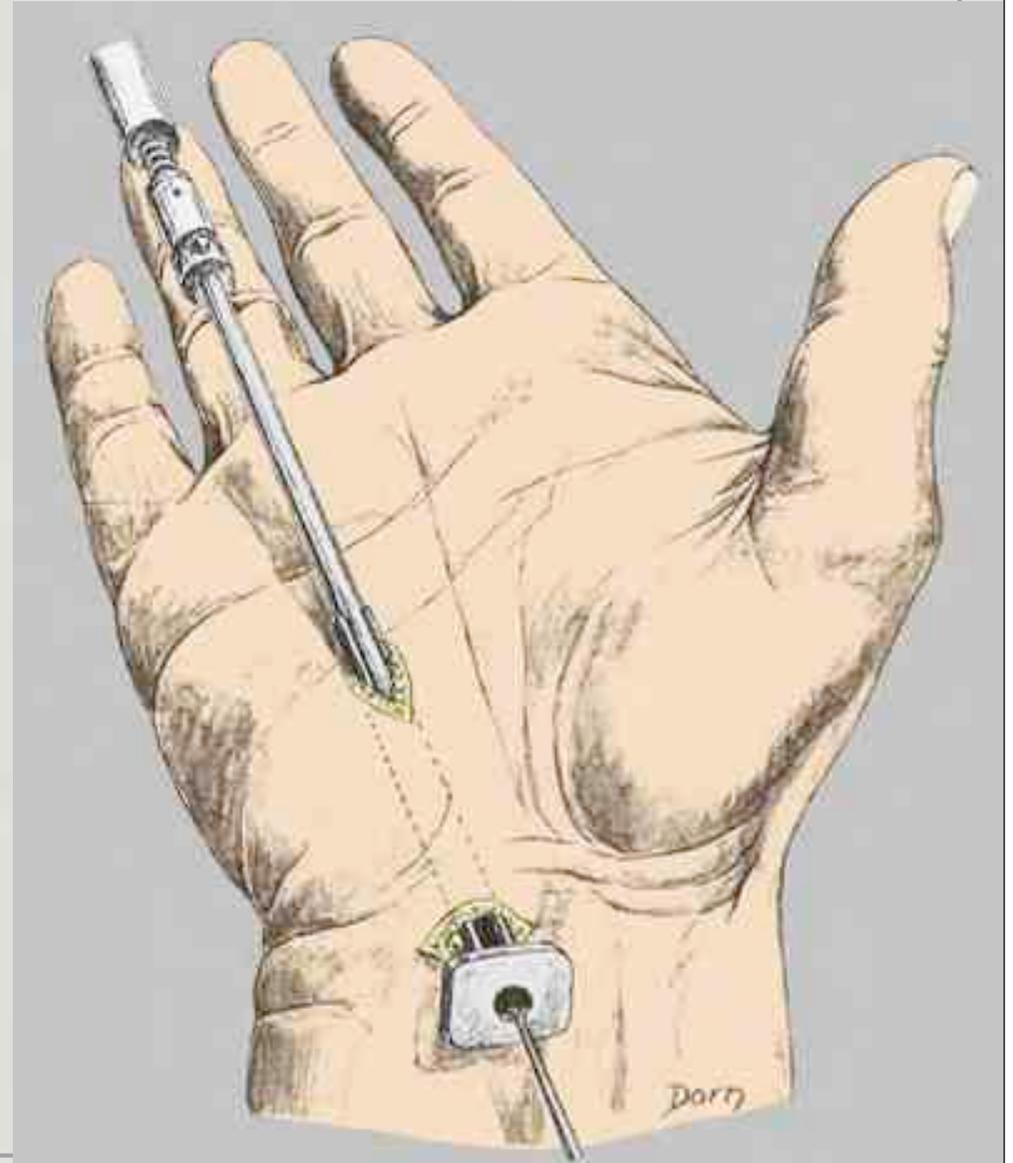


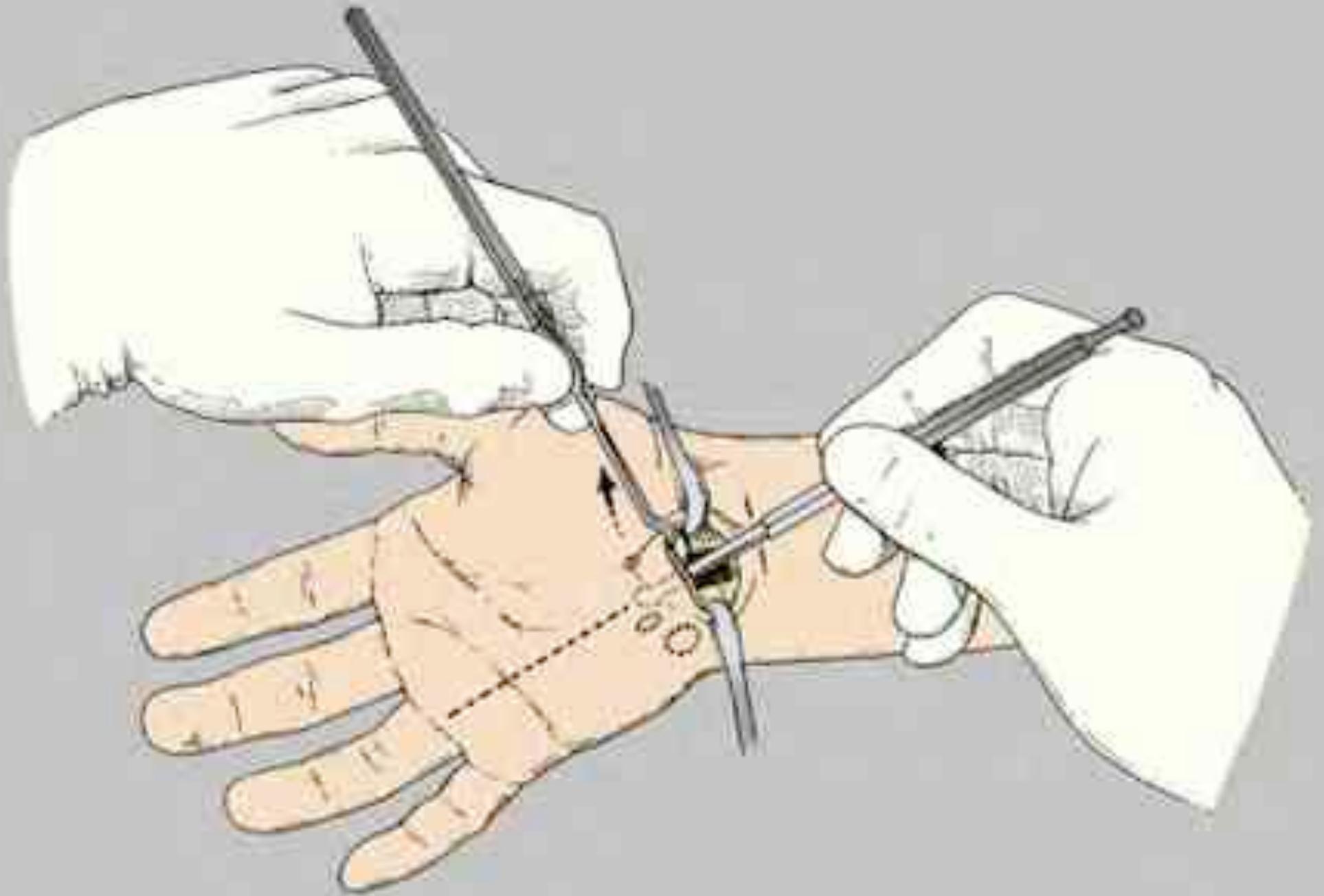
Endoscopie et nerf médian

- * \approx 100,000 canaux carpiens opérés chaque année
- * \approx 50,000 sous endoscopie
- * Il n'y a aucune différence entre les techniques endoscopiques et ouvertes même si la tendance est toujours favorable à l'endoscopie
- * Il n'y a pas plus de complications, de récurrences, d'échecs entre une technique et une autre

Les techniques endoscopiques

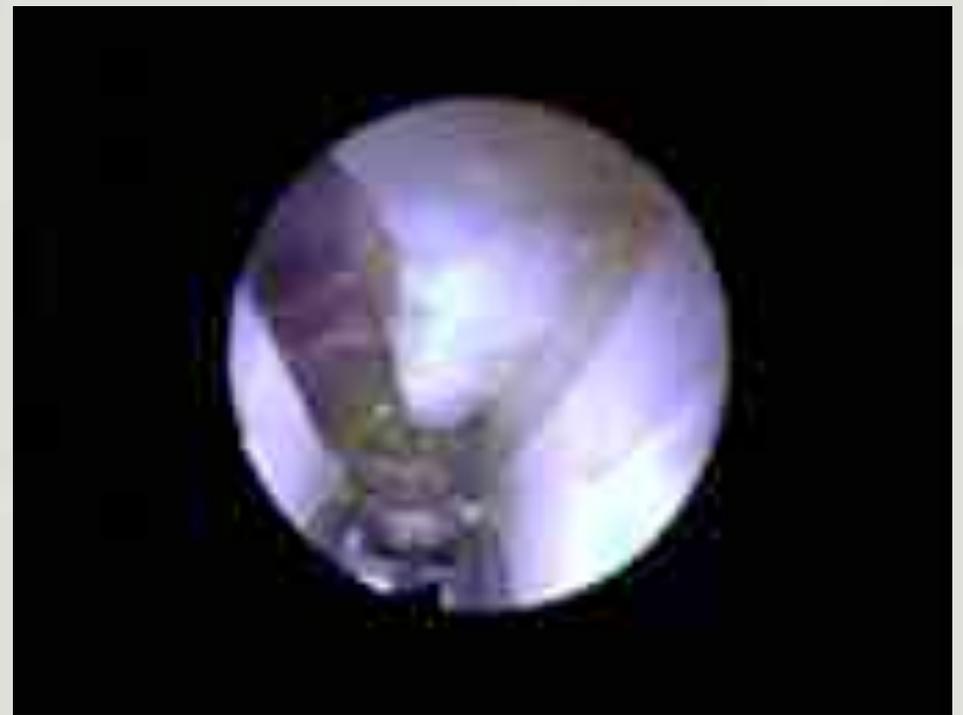
- * Une voie d'abord
 - * Proximale
 - * Distale
- * Deux voies d'abord



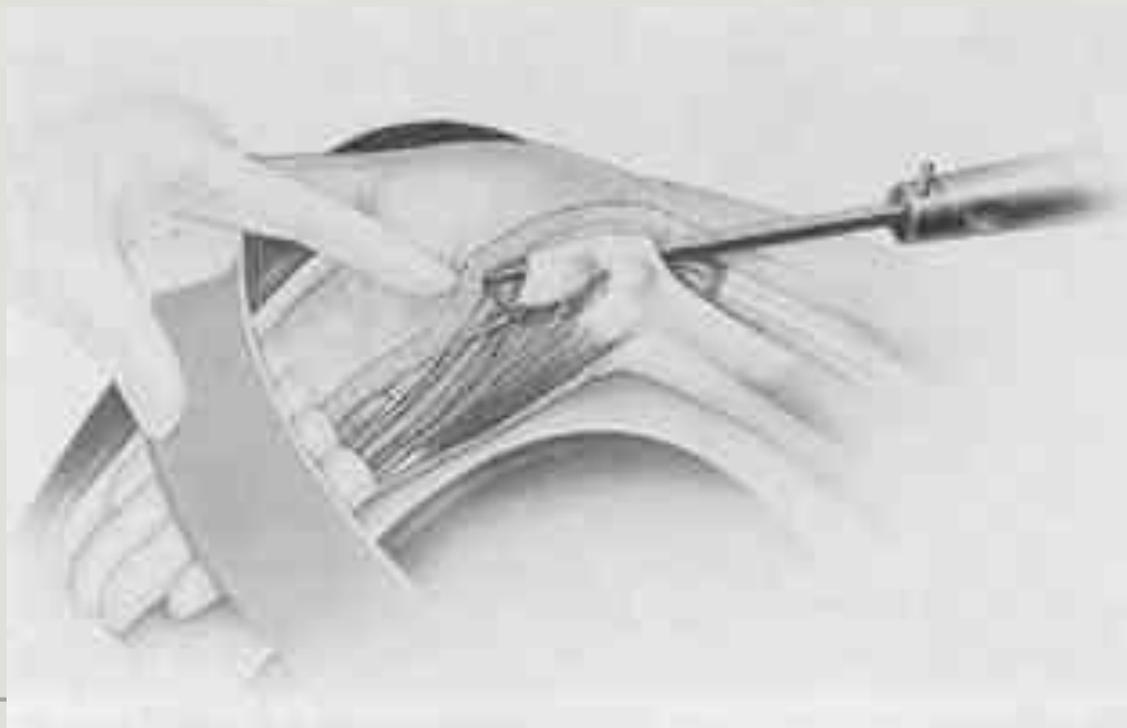
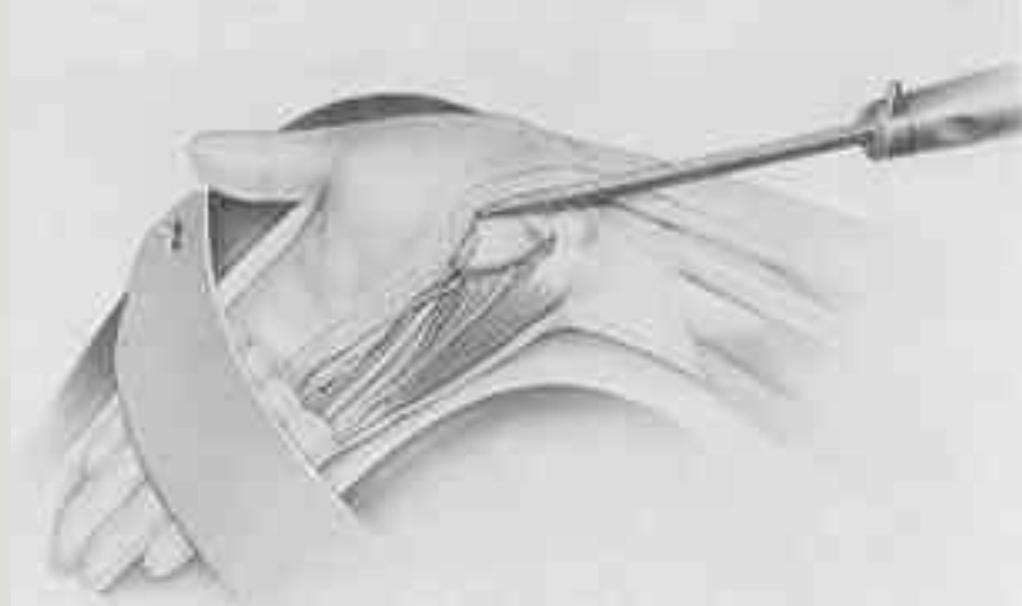
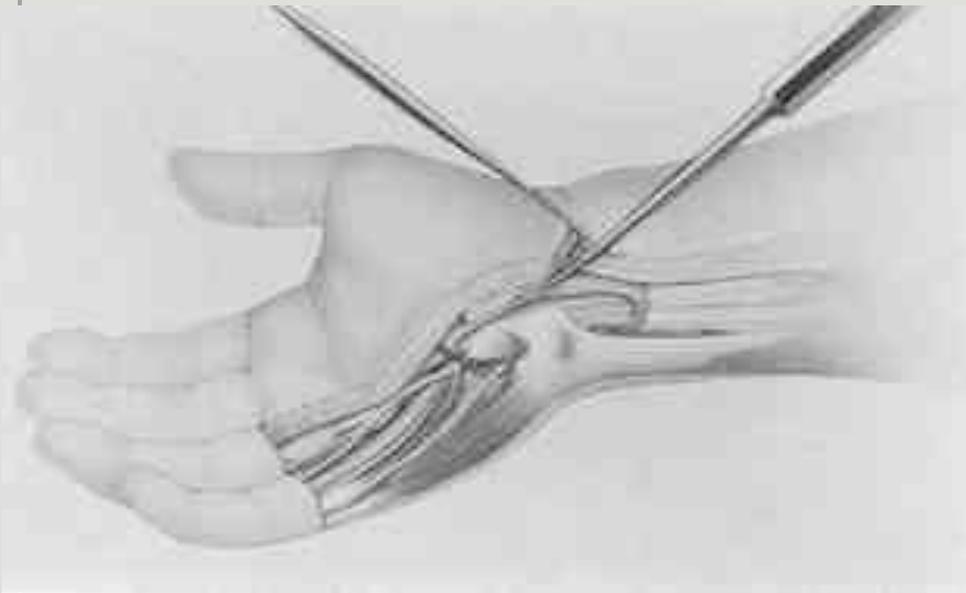




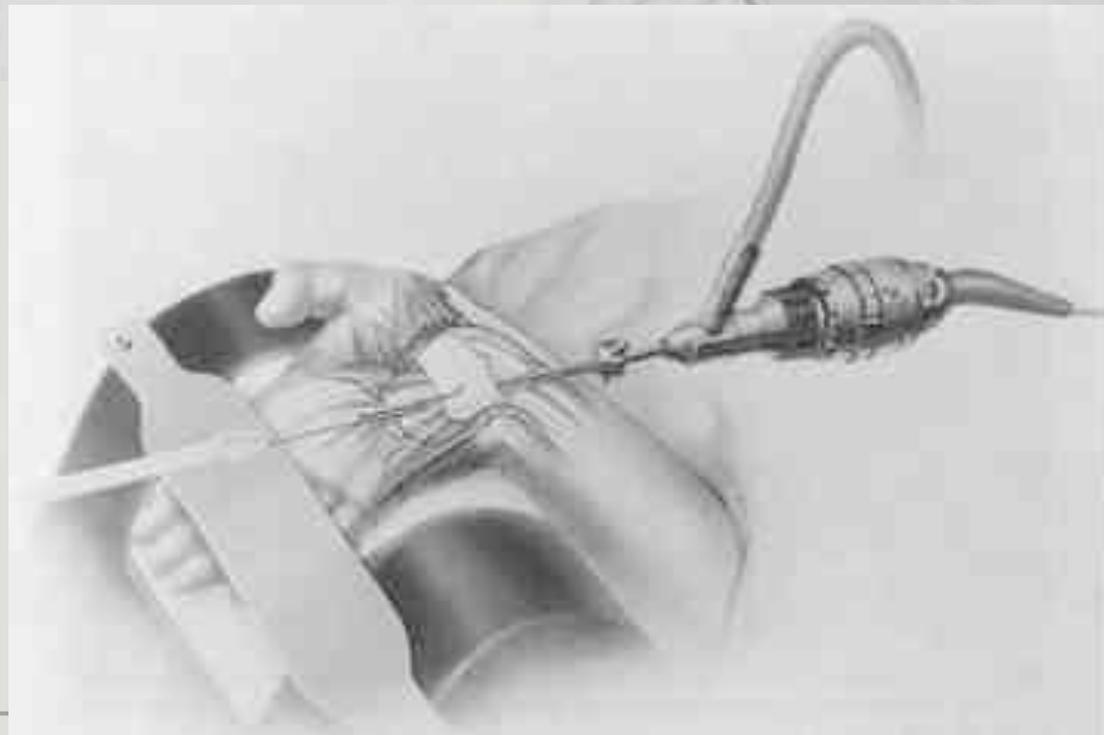
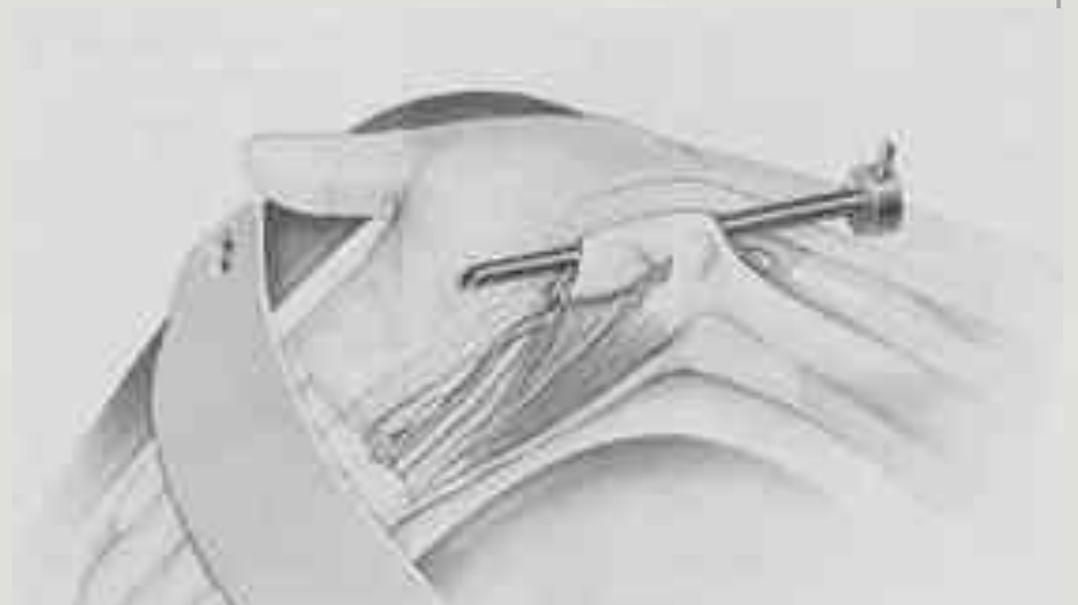
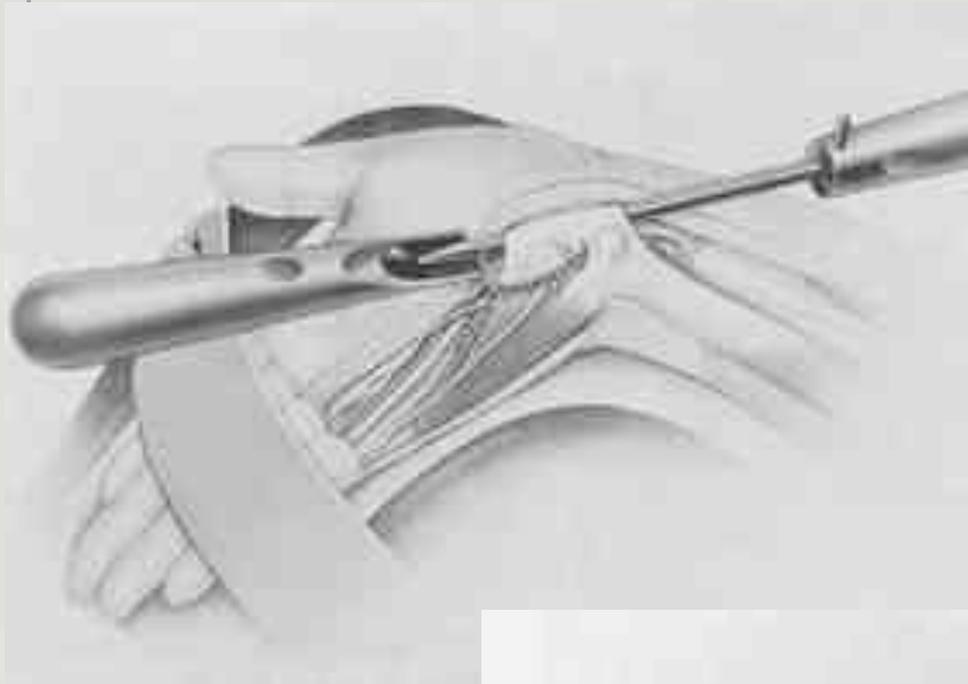




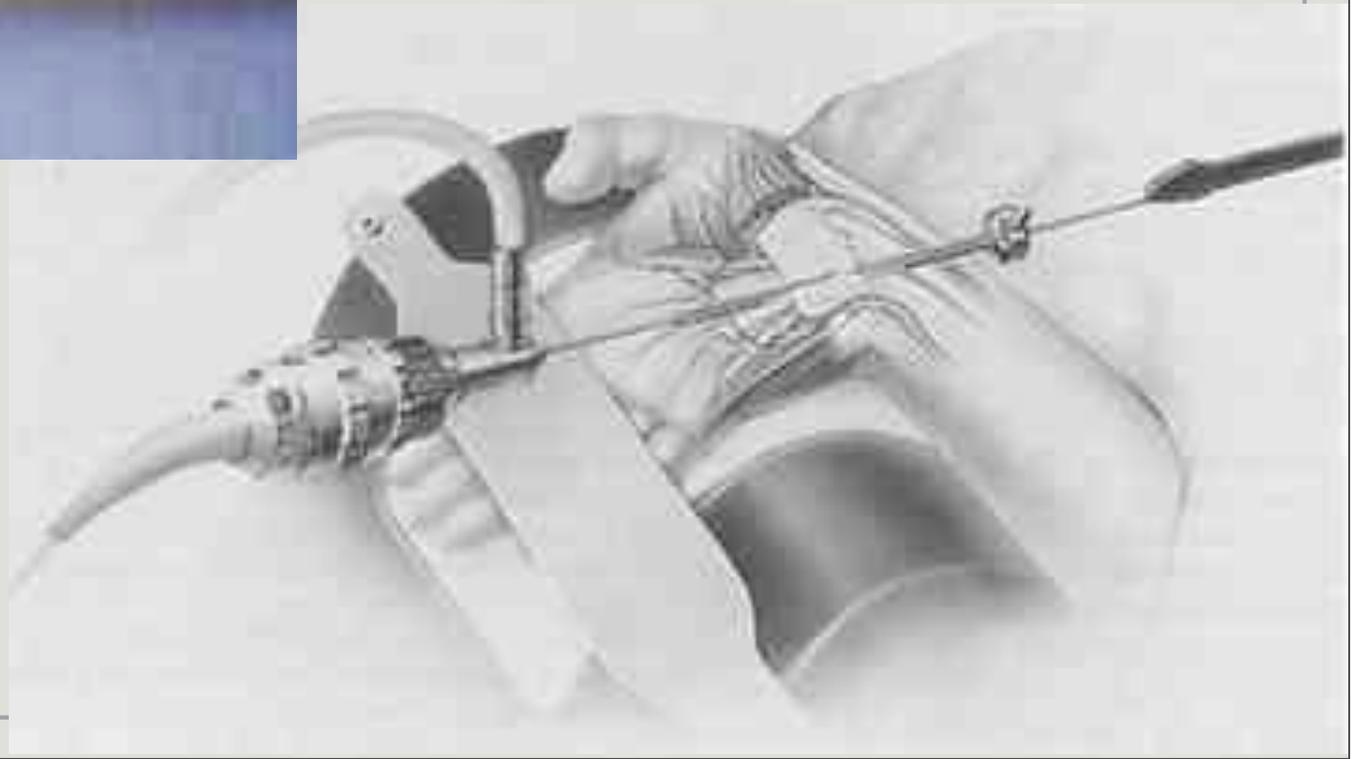
Techniques à deux voies



Techniques à deux voies



Techniques à deux voies





Endoscopie et aponévrose

- * Syndrome de loge chronique de l'avant-bras
- * Hyperpression par augmentation excessive du volume musculaire à l'effort
- * Dans une loge étroite et inextensible



MOTOCROSS, MOTO, AVIRON, JET-SKI,...

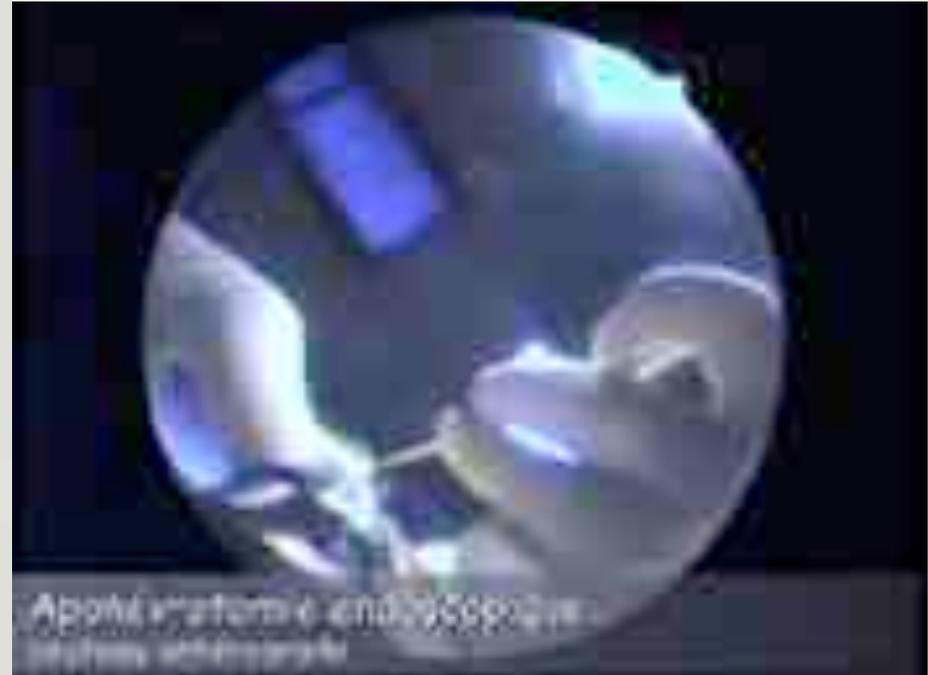
Diagnostic



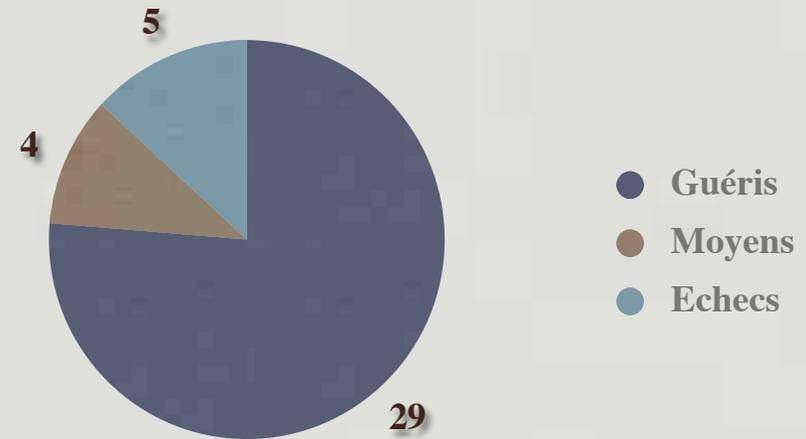
- * Interrogatoire: patient obligé de lâcher le guidon après un certain temps - résolution des symptômes au repos.
- * Prise de pression avec ↗ des pressions et reproduction des douleurs
- * TTT: ouverture des aponévroses des loges de l'avant-bras



- Section de l'aponévrose sous contrôle endoscopique (couteaux rétrogrades et antérogrades)
- Calibrage et vérification



Résultats

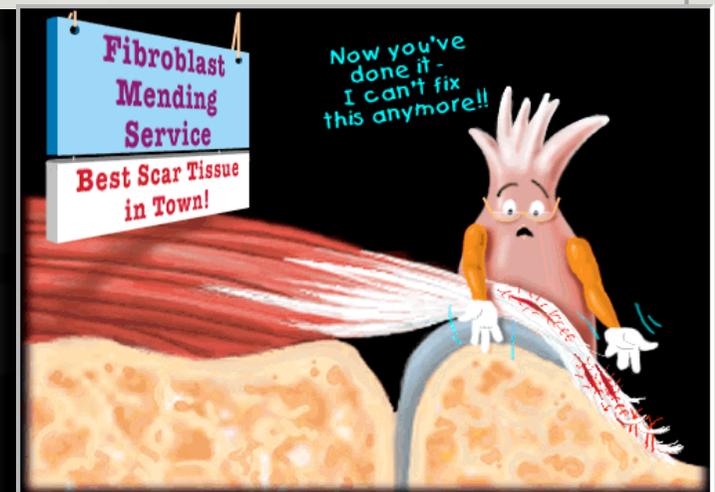
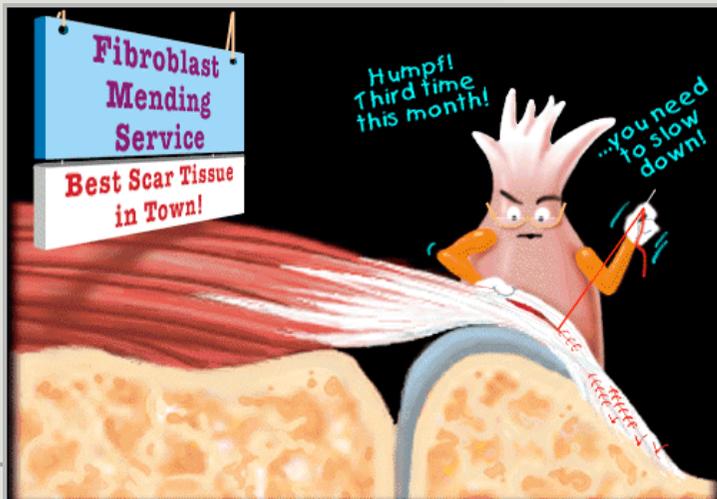


- Complications :
 - 2 hématomes (1 repris en urgence)
 - pas de névromes ni de sepsis
 - deux épicondylalgies
 - 22 patients ont eu une reprise précoce des activités sportives ou musicales (3sem) :
 - 20 s'estiment guéris (32 AVB soit 78 %)
 - 2 sont partiellement améliorés (4 AVB soit 10 %)
- 3 échecs précoces (5 AVB soit 12%)
 - (2 repris / chirurgie Conventionnelle, 1 PDV) et confirmés par de nouvelles Mesures de Pression



Endoscopie et enthèse

- ✱ Les lésions anatomiques dans l'épicondylite siègent dans l'ECRB
- ✱ La section de l'ECRB est le temps obligatoire de toutes les techniques chirurgicales
- ✱ Cette section peut se faire sous endoscopie



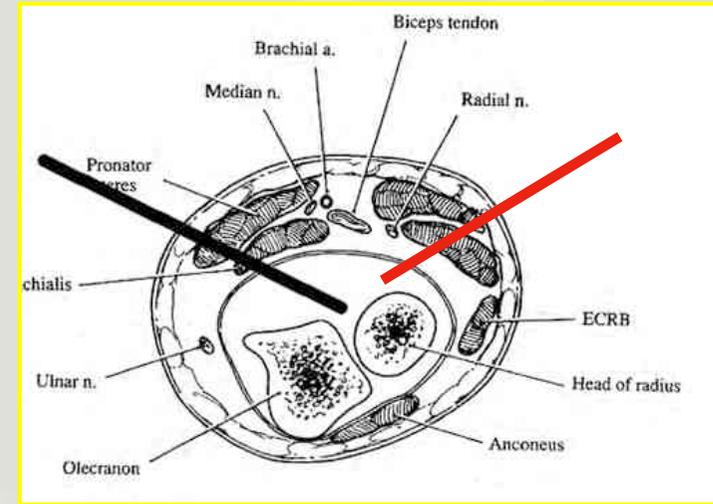
Technique

- * Arthroscopie du coude
- * Section de dedans en dehors de la capsule et de l'insertion du tendon conjoint

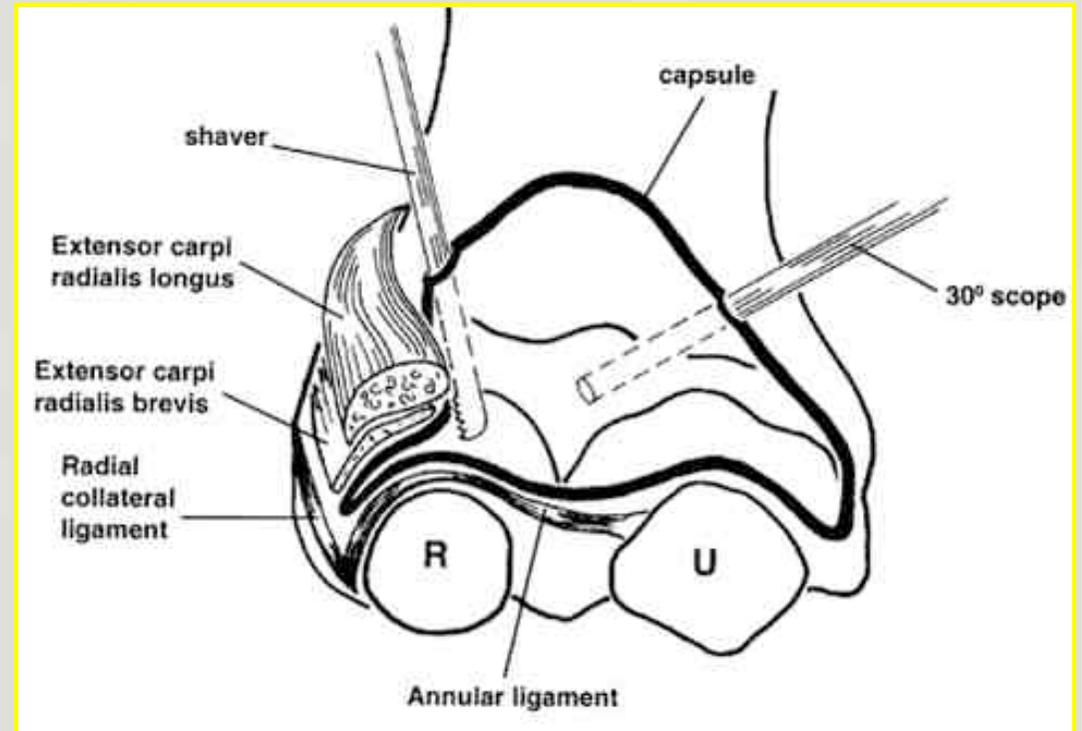


Technique

LES INSTRUMENTS SONT
INTRODUITS DANS LA
VOIE PROXIMO-
LATÉRALE



LA VOIE PROXIMO-
LATÉRALE DOIT ÊTRE TRÈS
PROXIMALE CAR ON
TRAVAILLE TANGENT AUX
TISSUS



TYPE I = CAPSULE INTACTE
(1/3 DES CAS)



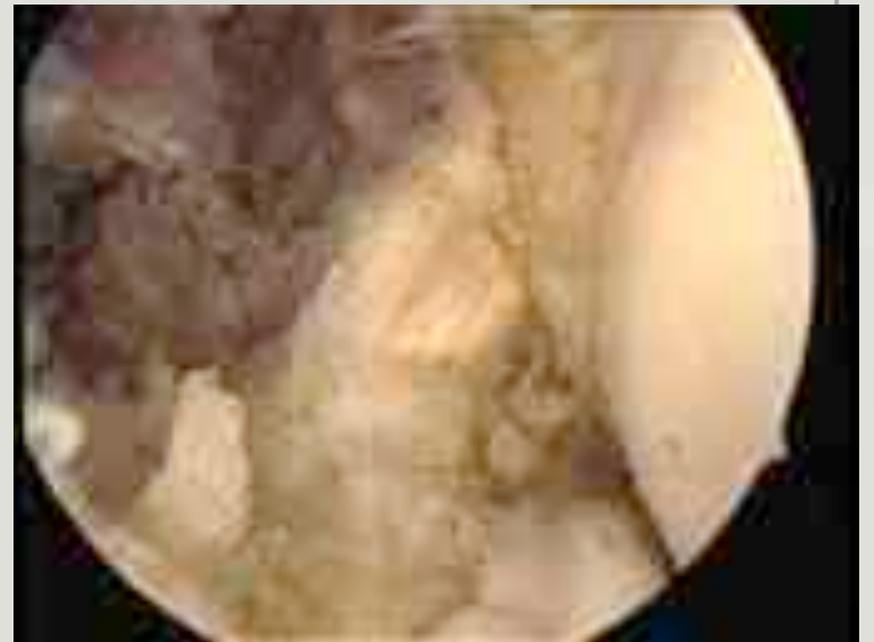
TYPE II = CAPSULE DÉCHIRÉE
LONGITUDINALEMENT
(1/3 DES CAS)



TYPE III = CAPSULE DÉCHIRÉE
(1/3 DES CAS)



- * Section capsulaire
- * Les fibres musculaires proximales sont celles de l'ECRL
- * On sectionne les fibres tendineuses qui sont au-dessus du ligament annulaire et de la tête radiale





	n/ revus	FU (y)	Résultats
Baker, 2000	42/13	2	95% améliorés, Douleur 1,9 (sport), RW 2,2 S
Owens, 2001	16/12	1	Douleur (sport) 3,25 - RW 6 J
Peart, 2004	33/29	?	72% Bons/excellents résultats, RW 1,7 M
Sennoune, 2005	14/14	1	9 Bons/excellents, Amélioration sur > 1 an. 4 échecs
Jerosch, 2006	20	2	16 presque indolores, RW 3,2 S
Cummings, 2006	18	?	

Enquête SFA

- ◆ 189 ouvert
- ◆ 121 ambulatoire
- ◆ 66 hospitalisés (2,5 j)
- ◆ Recul 38 m (+/- 34)
- ◆ 46 arthroscopies
- ◆ 20 ambu
- ◆ 11 hospit (1,6 j)
- ◆ Recul 10 M (+/- 8)



PAS DE DIFFERENCE ENTRE LES DEUX TECHNIQUES

Endoscopie et kyste synovial





Kystes dorsaux

- Les kystes dorsaux naissent du ligament scapholunaire
- Il existe une zone de fragilité sur l'insertion osseuse du ligament, zone soumise à plus de tension chez les sujets laxes



Exemple

- Kyste du bord ulnaire du poignet. L'échographie montre l'origine scapholunaire du kyste
- Vue initiale (arthroscopie à l'air) qui montre l'origine du kyste



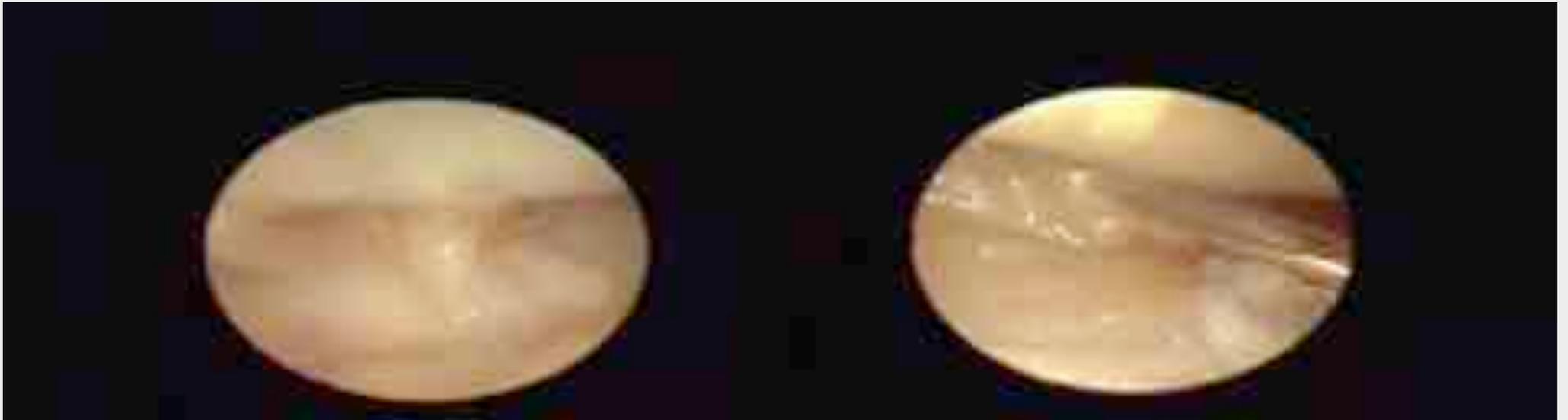
Les kystes palmaires

- Le kyste serait originaire de la partie antérieure du ligament scapholunaire



Exemple

- Kyste antérieur du poignet qui apparaît entre les ligaments radio-lunaire et radio-scapho-capitatum
- Vidange à l'aiguille (arthroscopie à l'air)



Pourquoi peut-on traiter un kyste sous arthroscopie ?

- Le traitement du kyste mucoïde est la résection de la zone malade, pas l'ablation de la poche
- 1971, Fowler:
 - Propose de ne réséquer que la capsule dans le traitement des kystes dorsaux. Logique, puisque c'est la zone pathologique, la poche liquidienne n'étant que témoin.
- 1987, Osterman:
 - Guérit incidemment une patiente de son kyste dorsal lors d'une arthroscopie du poignet
 - Commence une étude, prospective, de 18 cas, publiée en 1995

Repérer l'espace scapho-lunaire



Enlever d'éventuelles franges synoviales

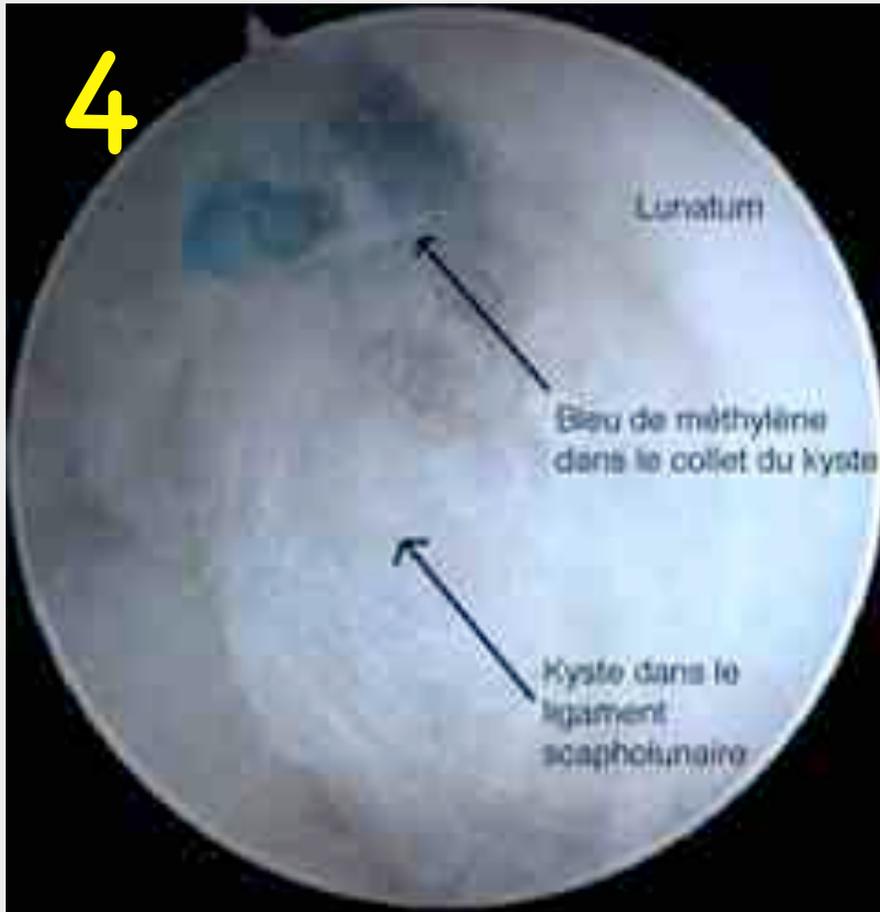


Suivre le ligament jusqu'à l'insertion capsulaire



Rechercher un kyste dans le ligament scapho-lunaire (visible 30-60% des cas)

L'exciser (avec modération)



Puis réséquer la capsule



Petit truc

6bis



- J'injecte le kyste de bleu de méthylène (qqg gouttes) avant de commencer pour mieux repérer son collet



Exciser pour vider le kyste

7



8



Jusqu'à voir les tendons

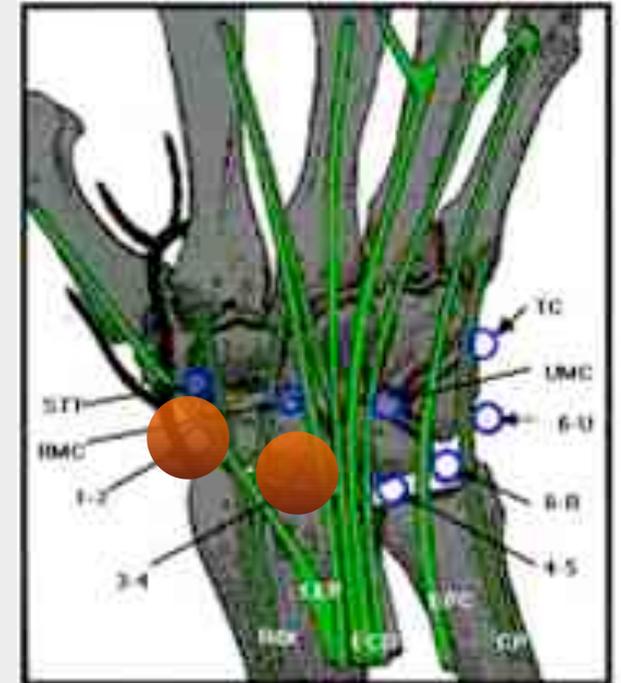
8





Les kystes palmaires

- L'accès arthroscopique est beaucoup plus facile
- Scope dans la voie 3/4
- Shaver dans la voie 1/2
- Repérer l'origine du kyste à l'air



1



Voir l'espace entre les ligaments



2



Exciser vers le haut, l'insertion capsulaire du ligament scapholunaire





La taille de l'excision
nécessaire n'est pas
connue





Les suites: simples !

4

- Pas de points de suture
- Pas d'immobilisation
- Pas de rééducation

Le poignet reste néanmoins douloureux 2 à 3 mois
Quelques patients peuvent nécessiter de la
rééducation car le poignet reste raide plusieurs
semaines



Qu'apporte le traitement arthroscopique ?

- Pas de rançon cicatricielle !



Qu'apporte le traitement arthroscopique ?

4

	Ciel ouvert	Arthroscopie
Douleur	=	=
Cicatrice	-	+
Mobilité	-	+
Force	-	+
Reprise W	-	+



Récidives ?

4

- Aucune ou rares: 1/150 cas !
- D'autres séries sont moins brillantes: 10 à 15 %
- Je suis le plus mauvais: 30%

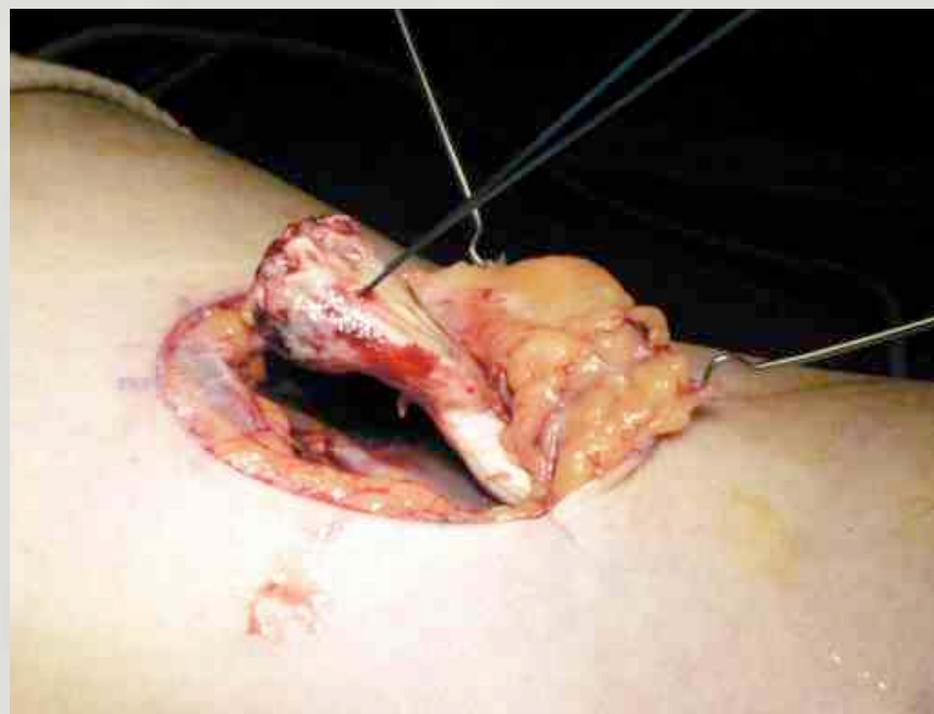
Plus de la moitié après deux ans de recul !



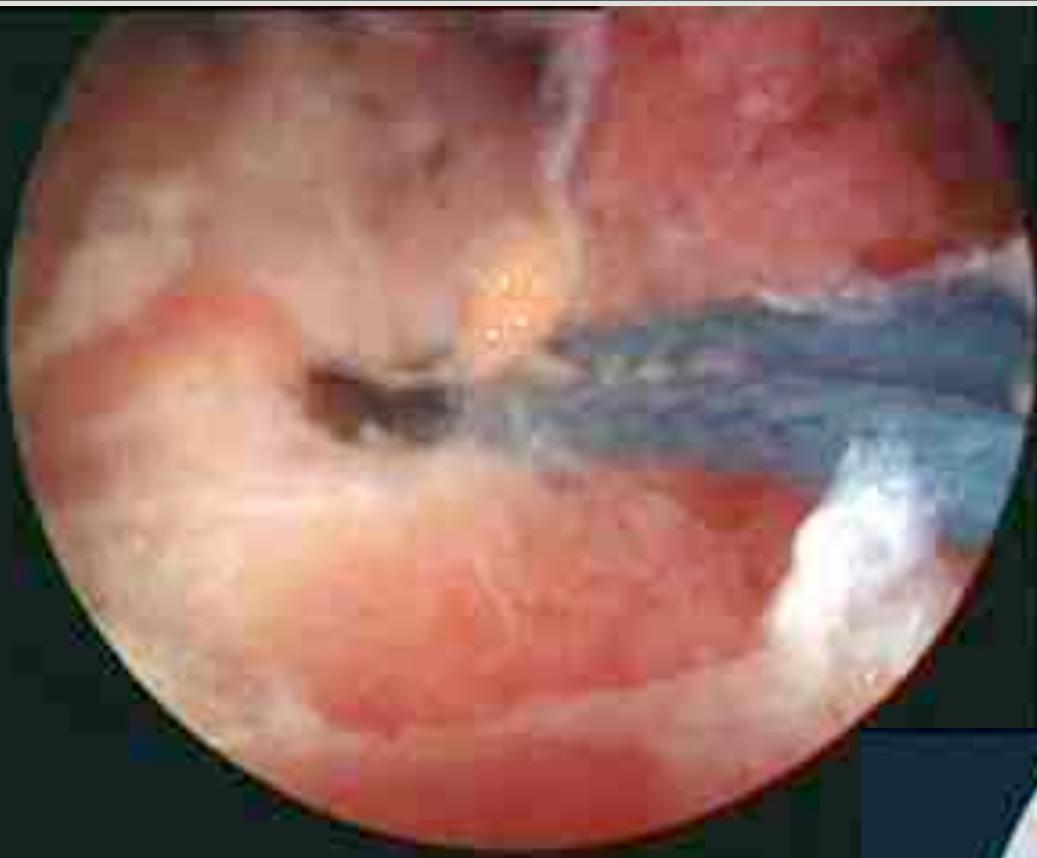
Ciel ouvert: Jusqu'à 40% de récidives

Les ruptures du biceps

- * Les ruptures de l'insertion distale du biceps peuvent être réinsérées sous contrôle arthroscopique
- * Aucune série clinique







Synovite du biceps



- * Synovectomie du biceps sous endoscopie

