

INTERVENTION DE LATARJET

Avec matériel spécifique



Traitement des instabilités antérieures de l'épaule.

INTERVENTION DE LATARJET

Avec matériel spécifique

La mise en place d'une butée osseuse préglénoïdienne selon la technique de Latarjet est une intervention qui a fait ses preuves dans le traitement des instabilités antérieures post-traumatique de l'épaule.

Cependant, malgré la simplicité de son principe, la réalisation de l'intervention de Latarjet est délicate. En effet, il faut par un abord chirurgical le moins traumatisant possible, positionner précisément la butée coracoïdienne puis la fixer solidement à la glène.

Il nous a semblé qu'un matériel conçu spécifiquement pour la réalisation de cette intervention permettrait au chirurgien d'éviter les nombreux pièges qui jalonnent l'opération et d'atteindre ainsi plus aisément son objectif.

Pr L. Doursounian

1- POSITION DU PATIENT

Le patient est installé à plat avec un petit coussin entre les omoplates pour s'opposer à une translation interne de l'omoplate.

2- INCISION

Incision d'environ 6 cm en regard du sillon deltopectoral (fig.1).

3- EXPOSITION DE LA CORACOÏDE

Mise en place de l'écarteur-calibre sur la coracoïde de façon à récliner vers le haut les parties molles; puis le niveau de la section prévue est marqué au bistouri électrique.

Une butée de 15 mm de long est suffisante (fig.2).



fig.1

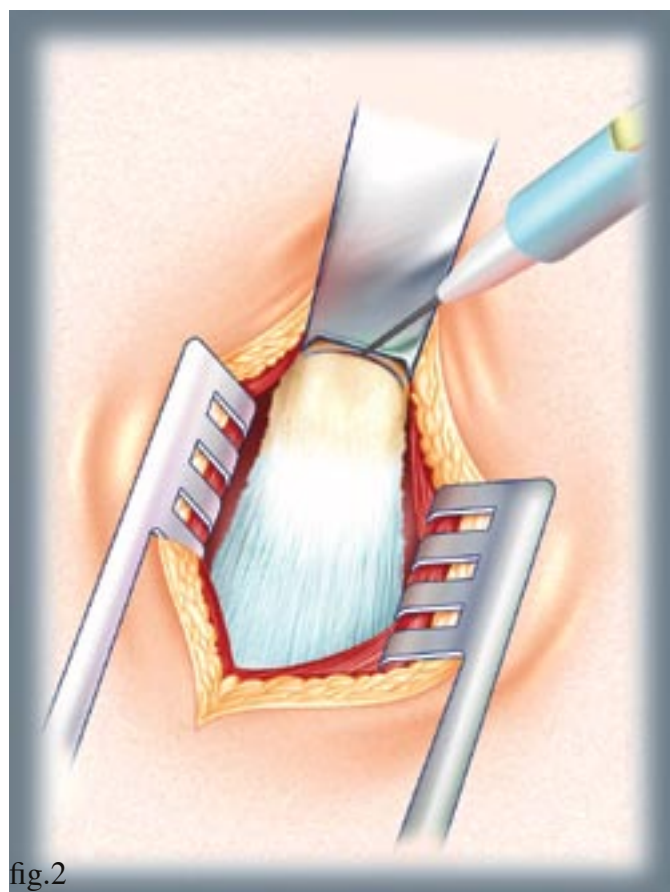


fig.2



4- PRÉPARATION DE LA CORACOÏDE

Les bords de la coracoïde sont détachés des parties molles et la section osseuse est réalisée, soit avec une petite scie oscillante, soit au ciseau à frapper (fig.3).

La butée et le coraco-biceps doivent être mobilisés par dissection prudente en raison de la proximité du nerf musculo-cutané qui pénètre à la partie interne du muscle coraco-biceps à quelques centimètres sous la pointe de la coracoïde (fig.4).

5- MÉCHAGE DE LA CORACOÏDE

La coracoïde, maintenue par une pince de museux est transpercée de la tranche de section vers la pointe, par une mèche de diamètre 3,2 mm (fig.5).

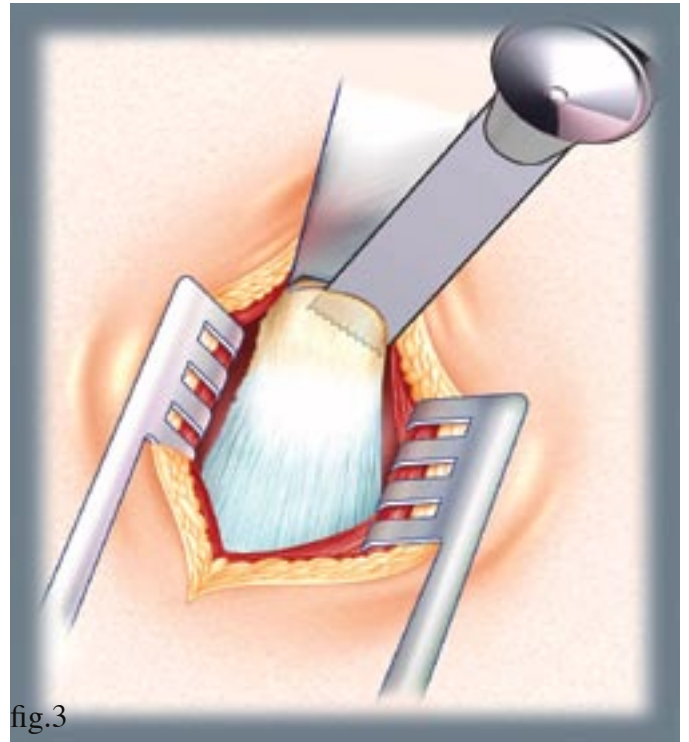


fig.3



fig.4

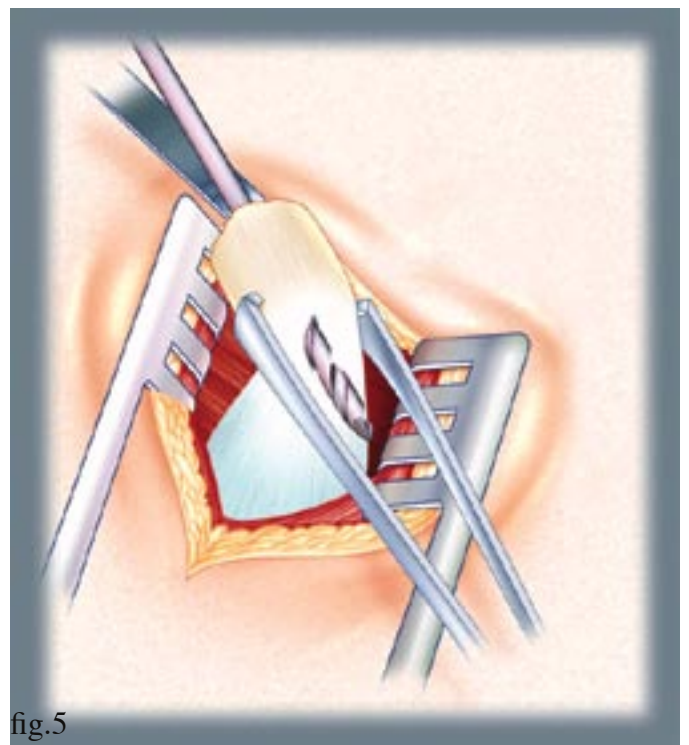
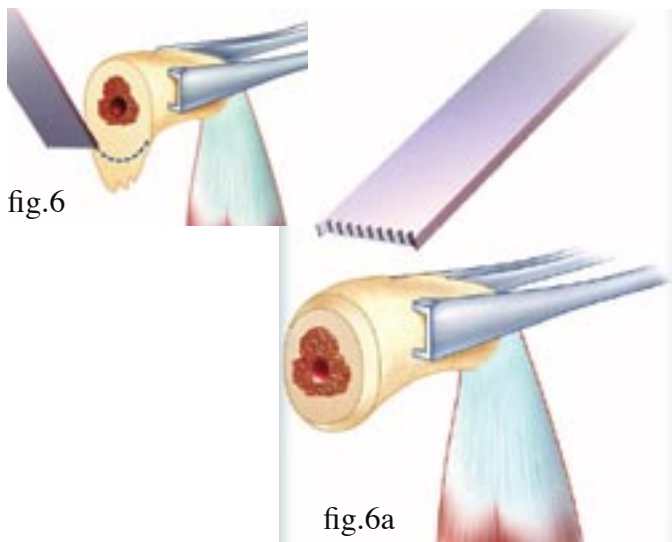


fig.5

INTERVENTION DE LATARJET

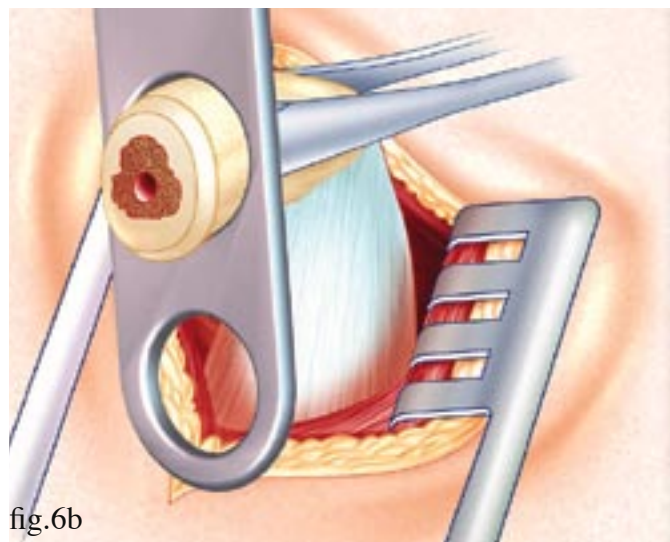
Avec matériel spécifique



6- CALIBRAGE DE LA CORACOÏDE

La coracoïde est façonnée au niveau de la tranche de section, de manière à former un cylindre calibré à l'aide d'une pince gouge ou à la scie (fig.6 et 6a).

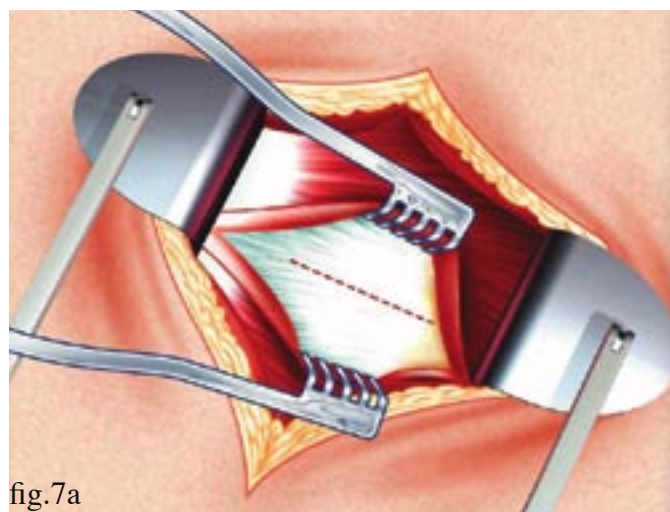
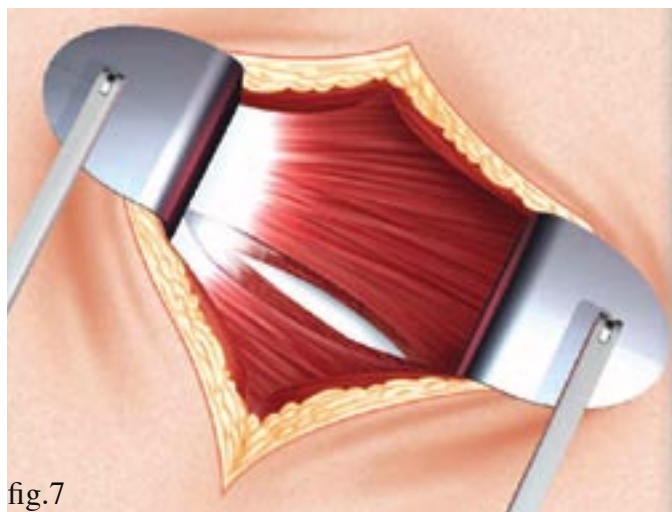
La coracoïde ainsi préparée doit pouvoir passer à travers un des orifices du calibre soit 10 mm ou 12 mm (fig.6b).



7- OUVERTURE DE L'ARTICULATION GLENO-HUMERALE

Le muscle sous-scapulaire est incisé dans l'axe de ses fibres à la jonction 1/3 inférieur et 2/3 supérieur. (fig.7) Un écarteur de type dos-d'âne maintient l'écart entre les fibres musculaires (fig.7a).

La capsule est exposée puis, elle est incisée horizontalement (fig.7a). La portion pré-glénoïdienne de la capsule doit être bien incisée (voire excisée) pour ne pas gêner l'implantation de la butée ou pour ne pas créer de conflit avec la butée lors des mouvements de rotation humérale.



8- MISE EN PLACE DE LA CORACOÏDE

La coracoïde est chargée sur l'extrémité de la pointe carrée canulée (fig. 8 et 8a).

La pointe carrée canulée permet de placer correctement la coracoïde en position de butée.

La zone convenable de butée se situe pour le plan sagittal dans le cadran glénoïdien antéro-inférieur (fig. 9) (en règle, à la partie moyenne du cadran qui correspond à la zone de luxation ou d'éculement du bord de la glène).

Dans le plan axial, une butée trop externe (fig. 9a) serait source de conflit avec la tête humérale et, une butée trop interne serait inefficace (fig. 9 b).

Une fois le site de la butée déterminé la pointe carrée canulée est enfoncée par un petit coup de marteau dans l'os.

Ensuite, l'âme de la pointe carrée est retirée.

Une broche guide spéciale est placée à travers la pointe carrée canulée (fig. 11), elle est enfoncée au moteur dans la glène sur environ 3 cm. Ainsi, le site d'implantation de la butée est précisément matérialisé par cette broche.

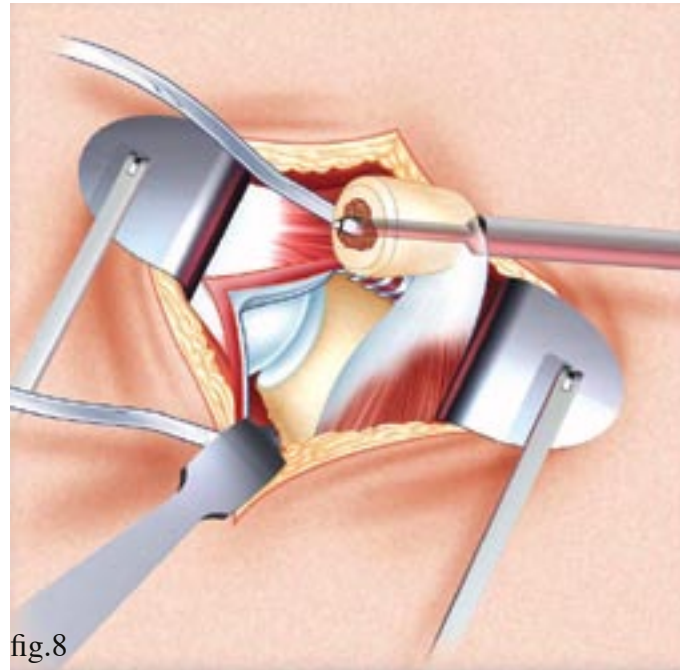


fig.8

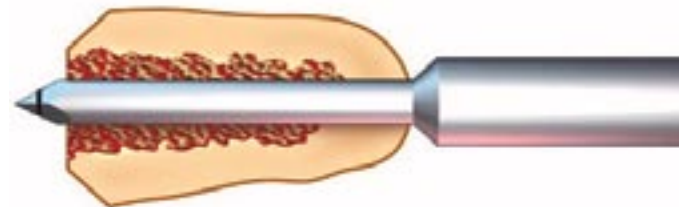


fig.8a



fig.9

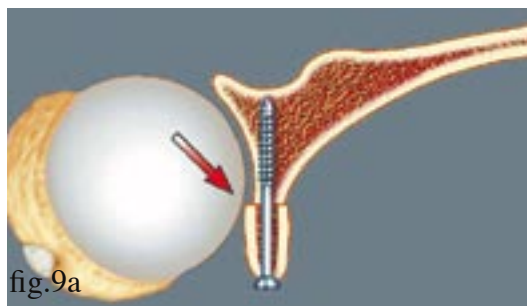


fig.9a

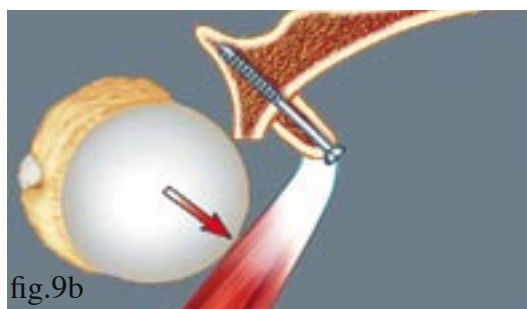


fig.9b



fig.11

9- PRÉPARATION DE L'EMPLACEMENT DE LA VIS D'ANCRAGE

La pointe carrée canulée est retirée en prenant soin de ne pas retirer la broche guide. La broche est sectionnée au ras de la coracoïde (fig.12).

La coracoïde est retirée en laissant la broche en place.

La mèche-fraise canulée (de diamètre 10 ou 12 mm suivant la coracoïde), montée sur moteur, est axée sur la broche guide pour réaliser une double action :

- D'abord perçage du logement de la vis d'ancrage glénoïdienne.
- Puis en fin de course, forage d'un petit puits conique où se logera la butée (fig.13).



fig.12



fig.13

10- MISE EN PLACE DE LA VIS D'ANCRAGE

La mise en place de la vis d'ancrage s'effectue à l'aide du tournevis.

Il existe 1 taille de vis : longueur de 17 mm (fig.14).

11- MISE EN PLACE DE LA CORACOÏDE

La vis de compression est introduite dans la coracoïde et vient se visser dans la vis d'ancrage (fig.15).

Remarque : il s'agit d'un vissage métal-métal avec de très nombreuses spires, ce qui implique une longue progression.

Remarque : un serrage excessif peut fracturer la butée.



fig.14



fig.15



12- VÉRIFICATION DU MONTAGE

Il faut s'assurer que la coracoïde :

- 1- Présente sa face la plus large en direction de la tête humérale
- 2- Qu'elle soit bien engagée dans le petit puits où elle doit se loger sans interpositions tissulaires (fig.16).
- 3- Qu'elle soit bien serrée et qu'il n'existe pas d'espace entre la coracoïde et la surface pré-glénoïdienne (vérifier à l'aide d'une spatule l'absence d'espace); à l'aide d'une pince museux, on teste l'immobilité de la butée.
- 4- Que dans les mouvements de rotation externe il n'y ait pas de conflit entre la partie molle et la butée (fig.16a et 16b).

13- MOBILISATION

Il faut s'assurer que la butée est efficace et que durant les mouvements de rotation externe de l'humérus, ni capsule ni muscle ne viennent cisailer la butée.

14- SOINS POST-OPÉRATOIRES

- Mobilisation en écharpe une semaine autorisant les mouvements pendulaires.
- Rééducation dès le 3^{ème} jour
- Pas de sport avant 3 mois.

15- AVANTAGES

- Intervention "guidée"
- Vissage optimal
- Pas d'immobilisation

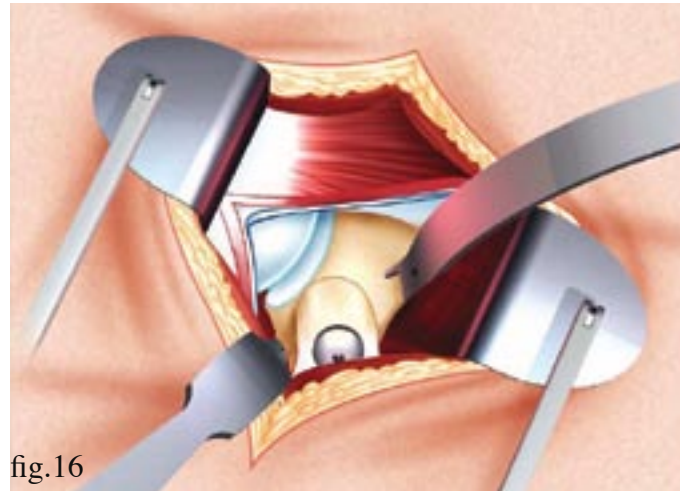


fig.16

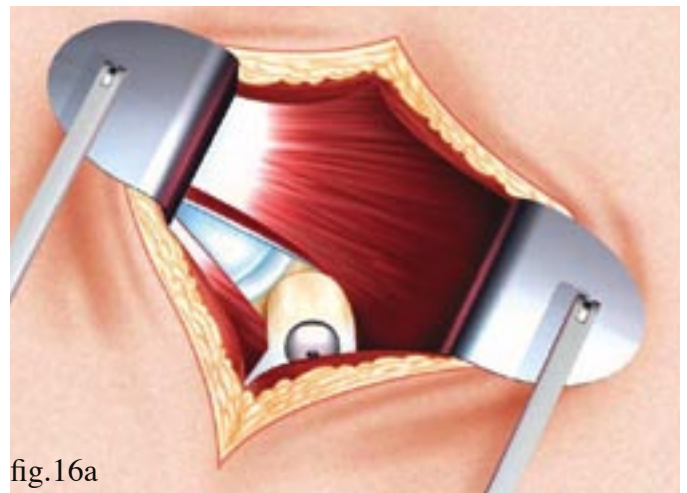


fig.16a

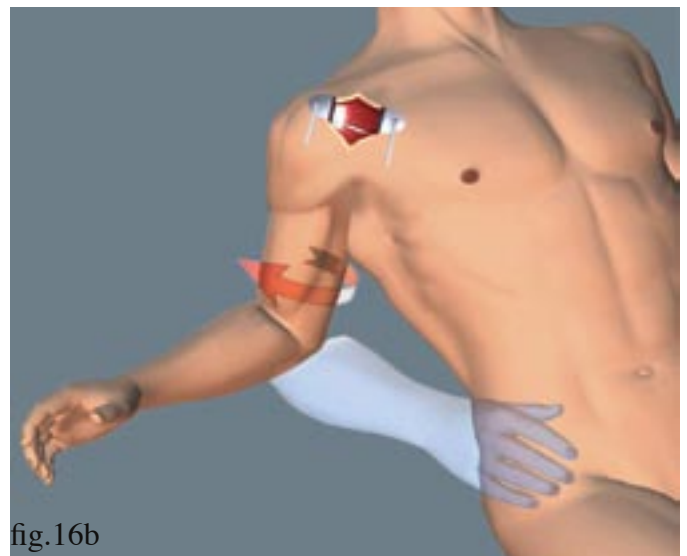


fig.16b

INTERVENTION DE LATARJET

Avec matériel spécifique

ANCILLAIRE ET IMPLANTS POUR LATARJET - NOMENCLATURE

1	0062-A	Tournevis canulé		
1	2002-A	Mèche pleine		
1	2501-B	Mèche fraise canulée avec butée	Mèche diam. 3.5 Fraise diam. 12	
1	2502-A	Mèche fraise canulée avec butée	Mèche diam. 3.5 Fraise diam. 10	
2	3102-B	Broche, pointe méchée, bout mousse	Diam. 1.4 lg 300 mm	
1	4110-B	Ecarteur Calibreur de greffon	Diam. 10 et 12 mm	
1	5800-A	Pointe carrée canulée		
1	5801-A	Broche vissée à pointe carrée		
1	LAT30 HEXS	Vis de compression	Lg 30 - Diam 3	
1	LAT30 HEXS	Vis de compression	Lg 30 - Diam 3	
1	LAT5,8 17HEXS	Vis d'ancrage	Lg 17 - Diam 5,8	



ORTHOMED S.A.

Orthomed S.A. - Société Anonyme au capital de 420.000 Eur - N° Identification CEE FR 94 318 188 125 - RC Grasse B 318 188 125 - SIRET 318 188 125 00096

ZAC de St Estève - 06640 St JEANNET - Côte d'Azur - France
Tél. + 33 (0)4 92 12 33 77 - Fax +33 (0)4 92 12 33 88
info@orthomed.fr - www.orthomed.fr

