



Mise au point

Prise en charge des fractures distales du radius

Philippe Roure
Paris

Chen NC, Jupiter JB

Management of distal radial fractures.

J Bone Joint Surg Am 2007 ; 89 : 2051-62.

L'intérêt porté dans la littérature aux fractures distales du radius semble renouvelé, avec, notamment, un engouement pour les synthèses par plaques verrouillées. Les auteurs font le point sur les connaissances actuelles sur les fractures distales du radius, et les éléments objectifs pouvant justifier cette tendance.

Les personnes âgées sont de plus en plus nombreuses, et de plus en plus actives, avec pour conséquence une incidence des fractures distales du radius qui ne peut qu'augmenter, d'où l'intérêt suscité par cette fracture.

Les études biomécaniques récentes insistent sur l'importance du mécanisme de la fracture, son retentissement sur

la cinétique du carpe et l'articulation radio-ulnaire distale, et donc, outre la restauration de l'alignement et la longueur, sur l'intérêt d'une fixation angulaire stable du radius.

L'importance en particulier de la restauration de l'articulation radio-lunaire est privilégiée, de pair avec le développement de la théorie des trois colonnes qu'il convient également de restaurer après réduction.

La meilleure compréhension de la cinématique du carpe montre que celle-ci est classiquement perturbée par une marche d'escalier intra-articulaire ou une lésion ligamentaire intracarpienne, mais aussi, et surtout, par un mauvais alignement radio-carpien dû à une bascule persistante de la surface radiale, ce qui constitue un autre argument pour une synthèse chirurgicale stable avec réduction anatomique.

De même, une angulation dorsale augmentée de la surface radiale entraîne des contraintes sur le ligament triangulaire et a des conséquences sur la stabilité, puis l'arthrose de l'articulation radio-ulnaire distale.

Le scanner et la reconstruction 3D permettent désormais de mieux analyser ces fractures, et en particulier la rotation de la facette lunaire du radius, incitant là aussi à une réduction chirurgicale plus précise.



Figure – Fracture du radius.

Intérêt et désavantage des plaques

Il est ainsi reconnu qu'il existe une corrélation entre le résultat fonctionnel et la restauration de la surface radio-carpienne et radio-ulnaire, le problème étant la conservation de la réduction sur une fracture instable ou un os ostéoporotique, ce à quoi répond théoriquement la plaque prémoulée verrouillée.

Les avantages théoriques justifiant l'engouement actuel pour ce matériel sont la fixation angulaire stable, la possibilité de fixer par en avant une fracture à déplacement dorsal, la réduction anatomique, la récupération rapide de la fonction avec une rééducation plus courte, et un risque de déplacement plus faible.

Cependant, d'après les études récentes prenant en compte le taux de satisfaction des patients, il n'y a pas de différence significative entre les différentes techniques de

synthèse, ni de preuve clinique de niveau 1 dans les études randomisées contrôlées réalisées.

Les plaques antérieures sont également source de complications potentielles comme irritations, voire rupture des tendons *flexor carpi radialis*, *flexor pollicis longus*, extenseurs, ou syndrome de loge du muscle *pronator quadratus*, et le choix de cette technique dans une indication où une

autre technique aurait été mieux adaptée peut ainsi entraîner de mauvais résultats.

Les auteurs concluent en reconnaissant les avantages réels des plaques antérieures verrouillées, mais dont l'engouement actuel devrait être tempéré jusqu'à ce que leur intérêt soit scientifiquement prouvé par rapport aux autres techniques disponibles.

Les fractures de l'extrémité inférieure du radius sont effectivement un problème majeur du fait de leur fréquence, qui va encore augmenter dans le futur, et des complications potentielles qu'elles peuvent entraîner, avec leurs conséquences socio-économiques pour la société et sur la qualité de vie des patients.

D'où l'importance d'une prise en charge initiale adaptée, ce qui n'est malheureusement pas souvent le cas, ces fractures étant trop souvent négligées.

Le concept de plaque verrouillée antérieure est séduisant pour la qualité de la réduction et la reprise précoce de la mobilisation qu'elle permet, et notamment celle de l'activité professionnelle. Élément d'autant plus intéressant que la population sera probablement amenée à conserver une activité professionnelle et sportive à un âge de plus en plus avancé...

Mais les auteurs de cet article ne sont manifestement pas tout à fait convaincus par cette technique, même si leurs arguments concernant le manque de preuve scientifique sont fondés...

Traitement arthroscopique du conflit fémoro-acétabulaire

Technique de l'ostéoplastie et revue de la littérature

Frédéric Laude

Les Lilas

Philippon MJ, Stubbs AJ, Schenker ML, Maxwell RB, Ganz R, Leunig M

Arthroscopic management of femoroacetabular impingement. Osteoplasty technique and literature review. *Am J Sports Med* 2007 ; 35 : 1571-80.

Durant ces dernières décennies, les progrès réalisés en chirurgie à ciel ouvert, en IRM et en arthroscopie de la hanche ont bien mis en évidence que des lésions d'arthrose précoce de la hanche pouvaient ne pas apparaître sur des radiographies simples. En particulier, les lésions du labrum sont retrouvées assez précocement et ont été incriminées comme une cause d'arthrose précoce comme ont essayé de le montrer M.H. Harrison et P.D. Byers. Ce n'est que très récemment que l'on a compris d'où pouvaient venir ces mêmes lésions labrales sur des hanches parfaitement couvertes. Dans ce dernier groupe, il existait comme l'ont montré R. Ganz et son équipe de manière presque systématique des anomalies à la jonction tête-col fémoral.

Ils ont appelé cela le conflit fémoro-acétabulaire (FA). Il s'agit d'un problème dynamique qui ne survient que dans les amplitudes extrêmes de l'articulation.

Deux types de conflits

Effet came

R. Ganz décrit deux types de conflit (*cf. figure 1, page suivante*) :

- *Le conflit par effet came* où il existe donc une « bosse » à la jonction tête-col qui vient en flexion de hanche créer une zone d'hyperpression localisée sur le cartilage de la paroi antérieure du cotyle. Les mouvements de flexions