



56 rue Boissonade
75014 Paris

R. VIALLE Directeur

I. AUQUIT
M. BACHY
N. BIGA
R. BECCARI
D. CHAUVEAUX
C. COURT
L. DE LEOBARDY
T. DEFIVES
J. DELAMBRE
J. FENOLLOSA
A. FEYDY
F. FIORENZA
F. FITOUSSI
M. GUILLAUMAT
D. HANNOUCHE
B. ILHARREBORDE
T. LENOIR
C. MORIN
L. RILLARDON
C. THEVENIN-LEMOINE
P. WICART
F. ZADEGAN

orthopedie.cdo@gmail.com



<http://www.facebook.com/pages/Centre-de-Documentation-Orthopédique-CDO/341993875881587>

Une instrumentation rigide améliore la correction de la déformation rachidienne sans augmenter le taux de complication chez les patients porteurs de scolioses neuromusculaires

Rigid Instrumentation for Neuromuscular Scoliosis Improves Deformity Correction without Increasing Complications

Funk S, Lovejoy S, Mencio G, Martus J. Spine (Phila Pa 1976). 2015 Sep 5.

Cette étude est rapportée par l'équipe de Nashville dans le Tennessee au sujet du traitement chirurgical des scolioses neuromusculaires.

Les auteurs ont comparé deux stratégies de fixation sur un échantillon assez hétérogène de patients porteurs d'affections neuromusculaires diverses (myopathies, encéphalopathies, myéloméningocèles). Il s'agissait en très grande majorité de patients non-marchants.

Les types de fixation utilisées étaient qualifiées de "non rigides" lorsqu'il s'agissait de fixations à base de fils sous-lamaires de type "Luque" sur plus de 50% des niveaux fixés ou "rigides" lorsque plus de 50% des étages fixés l'étaient par des vis pédiculaires. Les auteurs ont également regardé le type de fixation pelvienne mais les deux groupes étaient moins clairs avec des fixations de type Galveston dans le groupe "non rigide" mais également des fixations sacrées par vis et des fixations plus segmentaires à base de vis ou de vis d'extension iliaque dans le groupe "rigide"

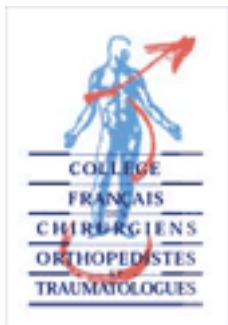
La première analyse présentée par les auteurs concerne le coût initial de l'intervention réalisée. Le coût généré par l'utilisation des implants est très nettement supérieur dans le groupe "rigide" du fait du prix (élevé, 675 \$ par implant) es vis pédiculaires comparés aux fils métalliques sous-lamaires. Au total, une fixation "rigide" est donc facturée cinq fois plus chère qu'une fixation "non rigide" (15000\$ contre 3000\$ environ).

Concernant la correction de la déformation, pour des groupes comparables en préopératoire, la fixation segmentaire rigide apporte une correction identique dans la période postopératoire précoce mais meilleure au dernier recul en raison d'une perte de correction moindre. Une perte de correction significative était notée dans plus de la moitié des cas de fixation non-rigide contre 20% des cas seulement des fixations par vis pédiculaires. Cette perte de correction concernait également la correction de l'obliquité pelvienne avec une perte significative dans 43% des cas de fixation non-rigide contre 7% des cas fixés par vis pédiculaires sacrées et iliaques.

L'analyse des complications postopératoires, notamment infectieuses, ne montrait pas de différences significatives entre les deux groupes. Le taux était très élevé dans les deux groupes, supérieur à 20%. On notait plus d'escarres dans le groupe des patients ayant eu une fixation non-rigide, peut être à cause d'une correction moins bonne, notamment au niveau de l'obliquité résiduelle du bassin. Enfin, le taux de pseudarthrose était très nettement supérieur (21%) dans le groupe "non-rigide" comparé au taux de 5.3% dans le groupe fixé par une construction rigide.

Commentaire: Ce travail est comme toujours pénalisé par des biais méthodologiques importants dus à son caractère rétrospectif. La population est très hétérogène, la période d'inclusion très prolongée, les techniques très diverses avec des opérateurs différents et des courbes de progressions qui pénalisent la puissance des analyses entre les groupes.

Les conclusions sont néanmoins assez courageuses sur la qualité de la correction que l'on peut obtenir par des fixations segmentaires complexes chez ces patients fragiles. La qualité de la correction de la déformation spinopelvienne mérite d'être soulignée car elle est garante de l'absence de complication de type escarre notamment chez les patients présentant un déficit sensitif (myéloméningocèles). Le taux élevé d'infection postopératoire n'est pas modifié par la technique dans ce travail. Le surcoût lié à l'utilisation d'une densité d'implants supérieure mérite d'être pondéré eut égard au risque de complications à moyen et long-terme notamment en cas de correction insuffisante de la déformation (pseudarthrose, escarre etc...)



56 rue Boissonade
75014 Paris

R. VIALLE Directeur

I. AUQUIT
M. BACHY
N. BIGA
R. BECCARI
D. CHAUVEAUX
C. COURT
L. DE LEOBARDY
T. DEFIVES
J. DELAMBRE
J. FENOLLOSA
A. FEYDY
F. FIORENZA
F. FITOUSSI
M. GUILLAUMAT
D. HANNOUCHE
B. ILHARREBORDE
T. LENOIR
C. MORIN
L. RILLARDON
C. THEVENIN-LEMOINE
P. WICART
F. ZADEGAN

orthopedie.cdo@gmail.com



<http://www.facebook.com/pages/Centre-de-Documentation-Orthopédique-CDO/341993875881587>