



Les capsulites rétractiles sont-elles plus fréquentes en cas d'évacuation de calcifications ?

A. HERVE, H. THOMAZEAU, T. THOMAS, P. COLLIN



CHP
St-Grégoire

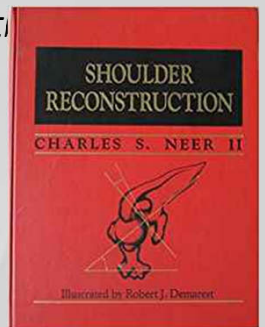


Introduction

- L'évacuation @ des calcifications (CA) donne des résultats cliniques excellents à court et long terme.
- La complication la plus fréquente en post-opératoire est la capsulite rétractile (12% SFA 2012) *Clavert P, Sirveaux F. Les tendinopathies calcifiantes de l'épaule. Revue de Chirurgie Orthopédique et Réparatrice de l'Appareil Moteur. déc 2008;94(8, Supplement):336-55*
- Neer « *recovery is longer than expected and patients are warned of a lengthy exercise program following surgery* » *Neer CS. Shoulder Reconstruction Philadelphia: Saunders; 1990. 562 p.*

Objectif : Déterminer si l'exérèse @ de CA est un facteur de risque de capsulite rétractile.

Hypothèse : L'exérèse de CA entraîne un taux élevé de capsulite rétractile.



Matériels et Méthodes

- Rétrospective, monocentrique, mono-opérateur, comparative, réalisée entre juin 2013 et janvier 2017

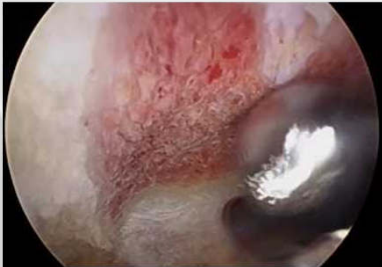
Population initiale : douleurs d'épaule résistantes au traitement médical

Critères d'inclusions

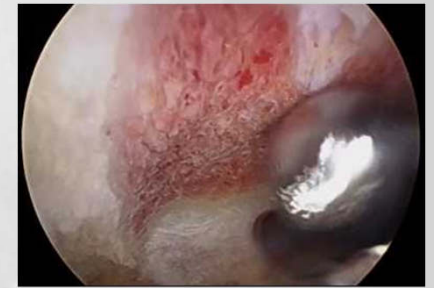
Conflit sous acromial + arthropathie
acromio-claviculaire
+/- CA type A ou B (type C exclus)

Critères non-inclusions : rupture
de coiffe transfixiante ou partielle

Groupe sans CA
Acromioplastie +
résection 1/4 externe



Groupe avec CA
Acromioplastie + résection 1/4
externe + CA++



Matériels et Méthodes

- Revue à 6 semaines, 3 mois et 6 mois.
 - Douleurs : EVA
 - Mobilités : EAA; EAP, RE1, RI1
 - Radiographie F+P
- Capsulite rétractile = douleurs importantes (EVA>5) associées à une RE1 et une EA < 50% du côté opposé.
- 1 à 2 infiltrations étaient proposées en cas de capsulite rétractile.

Résultats

Variable	Global (n=267)	Groupe avec CA	Groupe sans CA	P
Sexe	267	102	165	0.0040 (K)
F	173 (64.8%)	77 (75.5%)	96 (58.2%)	
H	94 (35.2%)	25 (24.5%)	69 (41.8%)	
Age	267	102	165	0.0673 (S)
	52.19 ± 10.40	50.79 ± 8.80	53.06 ± 11.21	

Tableau 1 : Comparaison du sexe et de l'âge entre les deux groupes

	N	Groupe avec CA	Groupe sans CA	P
Risque de capsulite rétractile pour les CA++	267	29/102 (28.4%)	16/165 (9,7%)	0.0001

OR = 3.1

Tableau 2 : Prévalence de CR et odds ratio (OR) entre les deux groupes

Discussion

- Thomas ¹: l'évolution d'une maladie « locale » sur un terrain immunitaire « systémique ».

Thierry Thomas. Calcifications de la coiffe, maladie locale ou systémique? GREP; 2015.

- Harvie ²: 20% maladie dysimmunitaire associée (diabète, PR).

Harvie P, Calcific tendinitis: natural history and association with endocrine disorders. J Shoulder Elbow Surg. avr 2007

- Grases ³: la concentration dans les urines d'une enzyme inhibitrice de la minéralisation, le phytate, était significativement plus bas dans une population de patients présentant une CA intra-tendineuse par rapport à une population saine.

Grases F, Characterization of deposits in patients with calcific tendinopathy of the supraspinatus. Role of phytate and osteopontin. J Orthop Res. avr 2015

Discussion

- La persistance de macro dépôt calcique résiduel n'était pas lié à la présence d'une capsulite rétractile
 - SFA 1993 ¹
 - Jacobs ²
 - Porcellini ³ La persistance de micro débris calciques était significativement associée à un score de Constant moins élevé, et était essentiellement liée à un item douleur plus élevé.
- 3. Porcellini G, Arthroscopic treatment of calcifying tendinitis of the shoulder: clinical and ultrasonographic follow-up findings at two to five years. J Shoulder Elbow Surg. oct 2004.*

Discussion



- Mono-opérateur
- Effectifs importants
- Comparatif
- L'exérèse de la CA est la seule différence technique entre les deux groupes

- Rétrospectif
- Acromioplastie
- Résection $\frac{1}{4}$ externe

« Frozen messages »



- La prévalence de capsulite rétractile en cas d'évacuation de CA était de 28,4%.
- Le risque de CR est 3,7 fois + important en cas d'évacuation de CA.
- Il faut informer les patients du risque élevé de capsulite.