

TENOLIG®

Ténosynthèse percutanée pour les ruptures du Tendon d'Achille

Le choix de
TALUS
Groupe du pied du **GECO**

Mr et cher Docteur,

Choisir la meilleure méthode thérapeutique devant la rupture récente du tendon calcanéen peut se révéler être délicat : un traitement orthopédique pur avec immobilisation, une réparation chirurgicale classique, ou enfin une réparation chirurgicale par voie percutanée ?

■ POURQUOI CHOISIR LA VOIE PERCUTANEE ?

Pour le chirurgien :

Il s'agit d'une intervention minimale, peu agressive, rapide, simple et validée !

Pour le patient :

l'hospitalisation est brève, la rééducation précoce, efficace, avec une reprise rapide de l'appui.

■ LA TENOSYNTHESE PERCUTANEE ALLIE :

**Stabilité, Fiabilité, Confort du patient,
avec une diminution du coût global socio-professionnel de ce type de lésion...**

■ QUELS FACTEURS DE REUSSITE ?

Les facteurs de réussite du TENOLIG sont essentiellement liés au respect scrupuleux :

- d'une technique per-opératoire élaborée !
- d'un protocole post-opératoire rigoureux !

Depuis plus de 10 ans, la ténosynthèse percutanée du tendon d'Achille par TENOLIG fait l'objet de nombreuses études et publications.

Une évaluation permanente menée par les membres du groupe TALUS du GECO a mis en évidence les excellents résultats de son utilisation chez «les sportifs.»

Nous vous invitons à découvrir ci-joint l'étude prospective d'une série de 35 patients évalués par étude isocinétique et revus à un an de recul moyen.

Recevez Monsieur et Cher Docteur, l'expression de notre parfaite considération.

Renaud RUIILLIER
Directeur de division

TENOLIG ET SPORTS :

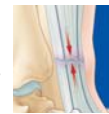
ETUDE PROSPECTIVE D'UNE SERIE DE 35 PATIENTS EVALUES PAR ETUDE ISOCINETIQUE ET REVUS A UN AN DE RECUIL MOYEN.

Auteurs : O. LAFFENETRE - C. CERMOLACCE - JY. COILLARD - C. DE LAVIGNE - P. DETERME - P. DIEBOLD - S. GUILLO - M. PHILIPPE et le groupe TALUS - Juin 2004

■ INTRODUCTION

Cette étude prospective multi centrique mise en place par le groupe TALUS a permis de suivre 35 patients sportifs après rupture traumatique du tendon calcanéen traitée par tenorrhaphie per cutanée (Tenolig®)

et d'apprécier leur capacité de reprise sportive notamment par la réalisation d'une évaluation quantifiée de leur force musculaire par Biodex.



■ TECHNIQUE

La technique opératoire utilisée a toujours été la même, sur un patient en décubitus ventral sans garrot pneumatique, en utilisant deux fils sertis sur leur aiguille, introduits de proximal en distal, le montage étant bloqué par deux plombs appuyés chacun sur une rondelle en plastique.

Le protocole post-opératoire était standardisé : immobilisation facultative par botte amovible durant les trois premières semaines, sans appui sous couvert d'une prophylaxie anti thrombotique par HBPM, avec démarrage immédiat d'une rééducation visant durant ce laps de temps à la récupération d'une position neutre de la cheville; passé ce délai, l'appui était autorisé sous couvert de la botte avec une



intensification de la rééducation; en parallèle, un bilan podologique était réalisé, débouchant sur la réalisation d'une paire d'orthèses plantaires, remises avant que le patient ne se fasse retirer son matériel sous anesthésie locale vers le 45^e jour.

L'appui chaussé avec les orthèses permettait la poursuite de la rééducation, avec le démarrage du renforcement musculaire; les orthèses (20 à 25 mm de hauteur en moyenne au niveau du talon) étaient régulièrement amincies de 5 mm tous les 10 à 15 jours; à l'issue du 90^e jour, un nouveau bilan podologique décidait de l'indication du port d'orthèse durant la pratique sportive, selon la présence d'un éventuel trouble statique résiduel.

■ RESULTATS

35 patients (9 femmes, 26 hommes) d'âge moyen 39,7 ans (de 21 à 74 ans) ont été opérés 20 fois à droite, 15 fois à gauche; sur le plan sportif il s'agissait 10 compétiteurs et 25 pratiquants loisir dont 3 seulement avaient un antécédent de tendinopathie du même côté.

La cause de l'accident était 8 fois au cours d'activité de loisir, 4 fois un accident de travail, 23 fois un traumatisme sportif; le délai diagnostique était inférieur ou égal à un jour pour 26 patients, avec un extrême à 10 jours en raison d'un rapatriement sanitaire.

Le recul est étendu de 99 à 1095 jours avec une moyenne de 380 jours. Aucun incident per-opératoire n'a été à déplorer. 23 patients ont été hospitalisés 48 heures, 12 l'ont été en ambulatoire; 34 patients n'ont eu aucun problème local; un seul a présenté au 17^e jour une faillite du montage à la suite d'une chute accidentelle. Il a été repris avec la même technique.

Aucune rupture tardive n'a été noté.

2 patients présentaient au recul maximal des dysesthésies, l'un en voie de régression, l'autre avec conservation d'une appréhension. Un seul patient présentait un état local imparfait. 2 n'avaient pas d'amyotrophie, 27 une amyotrophie inférieure à 2 cm et 6 une supérieure à 2 cm.

Au recul maximal, les scores moyens **SFMCP/AFCP et KITAOKA** étaient respectivement de **98,9% et 99,2%**.

On notait en particulier l'absence de douleur pour **97,1%** des patients, et pour tous un chaussage normal, la possibilité de marche en terrain accidenté sans limite, la montée ou la descente des escaliers normales.

77% avaient une course et une marche normales.

Concernant la reprise du sport : pour les dix compétiteurs, 8 l'avaient repris au même niveau -4-, ou à un niveau inférieur -4- (80%), 1 ne l'avait pas repris à cause du tendon, le dernier pour une autre cause que sa rupture tendineuse; pour les 25 pratiquants loisir, 18 l'avaient repris au même niveau -16- ou à un niveau inférieur -2- (72%), 4 ne l'avait pas repris à cause du tendon, 3 pour une autre cause que la rupture tendineuse.

Les 29 patients ayant une activité professionnelle l'ont reprise en moyenne à **101,4 jours** (pour 103,5 jours pour les 4 accidents du travail).

L'évaluation de la force musculaire a été réalisée entre le 6e mois et le recul maximal (médiane à 9 mois) sur Biodex en flexions plantaire et dorsale à vitesses lentes (30/60°/sec) et rapides (60/120°/sec).

On note 90% de récupération pour les flexions à vitesse lente en moyenne (extrême 50-100) et 81% de récupération pour les flexions à vitesse rapide en moyenne (extrême 36-100).



■ DISCUSSION - CONCLUSION

Les résultats de cette courte série prospective d'une population de sportifs ayant été managé selon un protocole post-opératoire un peu plus «dynamique» sont tout à fait satisfaisants. On confirmera la morbidité quasi nulle de la tenorrhaphie par Tenolig, **l'absence de rupture itérative**. 80% des compétiteurs, 72% des sportifs loisirs ont pu reprendre leur activité à partir du 4e mois.

L'évaluation isocinétique retrouve 90% de récupération en flexion plantaire à vitesse lente et 81% pour les vitesses rapides, ce qui est conforme à la littérature et constitue à notre sens un bon résultat.

La satisfaction des patients (97%) est augmentée par rapport à une chirurgie classique d'une part en raison de la diminution du temps d'immobilisation, d'autre part en raison de la rapidité de la reprise sportive.

Ainsi la tenorrhaphie per cutanée par Tenolig encadrée par un protocole post-opératoire rigoureux qui assure une prise en charge multi disciplinaire (chirurgicale, kinésithérapique et podologique) constitue-t-elle pour les membres du groupe TALUS et à la lumière de ces résultats la technique de choix de traitement des ruptures traumatiques du tendon calcanéen pour la population sportive.



GECO 24 rue de la Sinne - 68054 Mulhouse Cedex

E.mail : info@geco.asso.fr - www.geco-medical.org - Tél. +33/3 89 36 05 32 - Fax. +33/3 89 66 46 08