

grossier de la fonction de ces sujets qui ont des troubles fonctionnels plus ou moins marqués alors que leurs amplitudes sont bonnes.

Discussion.— La marche est un phénomène complexe qui repose sur l'appareil ostéo-articulaire, le système ligamentaire, le système musculo-tendineux et le système nerveux. Les reconstructions disponibles aujourd'hui ne prétendent réparer que le système ostéo-articulaire. Un effort doit être fait dans la création de procédures musculo-tendineuses et ligamentaires pour diminuer le handicap de ces patients, comme on le fait dans la chirurgie palliative des paralysies des membres.

doi:10.1016/j.rcot.2011.08.184

193

Faut-il cimenter les prothèses de reconstruction dans la chirurgie des tumeurs osseuses malignes de l'enfant ?

Sébastien Raux*, Damien Fron, Antoine Hamel, Aurélie Mezel, Estelle Thebaud, Eric Nectoux, Bernard Herbaux
Département de chirurgie pédiatrique, hôpital
Jeanne-de-Flandre, CHRU de Lille, 59037 Lille, France

*Auteur correspondant.

Introduction.— Les tumeurs osseuses malignes de l'enfant autour de la hanche et du genou nécessitent lors de leur localisation métaphyso-épiphysaire une résection sacrifiant l'articulation. La mise en place d'une prothèse de reconstruction est actuellement la procédure la plus répandue. Il était jusqu'alors communément admis que cette prothèse devait être cimentée au niveau fémoral lors de sa mise en place. Cependant, notre expérience de ces prothèses cimentées a montré un important taux de descellement prothétique dans le suivi postopératoire, compliquant le résultat fonctionnel à moyen et long terme. Nous avons donc également mis en place des prothèses sans ciment. Le but de cette étude a été de comparer l'évolution de ces deux types de prothèses en étudiant particulièrement le rôle du cimentage comme facteur de risque de descellement de la prothèse fémorale.

Matériels et méthodes.— Cinquante et un enfants ayant bénéficié de la mise en place d'une prothèse après résection de tumeur osseuse maligne du fémur ou du tibia proximal ont été inclus dans cette étude. L'âge moyen au moment de l'intervention était de 12,6 ans [6–17 ans]. La durée de suivi moyen était de 52,9 mois [11–178 mois]. La tumeur était localisée dans 53% des cas au niveau du fémur distal, dans 31% des cas au niveau du tibia proximal et dans 16% des cas au niveau du fémur proximal. Au total, 57% des prothèses étaient cimentées au niveau fémoral.

Afin de déterminer si le cimentage est un facteur de risque, nous avons réalisé une étude comparative rétrospective de type exposés-non exposés et établi les courbes de survie comparant le comportement des prothèses cimentées versus prothèses non cimentées.

Résultats.— Quatorze des 51 prothèses fémorales se sont compliquées d'un descellement à un délai moyen de 34 mois postopératoires. La comparaison des 2 courbes de survie par test du *log-rank* révèle que le risque relatif de descellement par la variable cimentage est mesuré à 7,76 [IC = 1,01–60,45].

Discussion.— La valeur de ce risque relatif est largement supérieure à 1. Le cimentage de la prothèse représente ainsi un facteur de risque important de descellement prothétique par rapport aux prothèses non cimentées après résection de tumeur osseuse maligne chez l'enfant. La mise en place de prothèses non cimentées représente donc une alternative fiable après résection fémorale pour tumeur osseuse maligne chez l'enfant.

doi:10.1016/j.rcot.2011.08.185

194

Résection trans-acétabulaire sans reconstruction pour tumeur d'Ewing de la branche ilio-pubienne chez l'enfant

Valérie Lafontan*, Franck Accadbled, Aziz Abid, Gorka Knorr, Monica Ursei, Jérôme-Sales de Gauzy
Service d'orthopédie pédiatrique, hôpital des Enfants, 330,
avenue de Grande-Bretagne 31026 Toulouse, France

*Auteur correspondant.

La stratégie chirurgicale des tumeurs d'Ewing du bassin repose sur la classification de Enneking. Dans les types II, l'atteinte de l'acétabulum impose une résection articulaire avec des risques de complications et de séquelles fonctionnelles.

Chez l'enfant le cartilage de croissance participe à la stratégie dans les localisations métaphysaires des membres. Si le cartilage de croissance est respecté, une résection transépiphysaire permet une conservation articulaire.

Pour les tumeurs d'Ewing de la branche ilio-pubienne s'étendant à la partie antérieure de l'acétabulum (zone III + II de Henneking) mais respectant le cartilage triradié, nous proposons une stratégie similaire avec une résection trans-acétabulaire située juste au-delà du cartilage triradié.

Le but de ce travail est de présenter la technique et les résultats chez 2 patients.

Technique chirurgicale.— L'abord est ilio-inguinal les ostéotomies pubienne et ischio-pubienne sont classiques.

Après arthrotomie antérieure et section du ligament rond, la hanche est luxée.

La section trans-acétabulaire effectuée sous scopie se situe juste au-delà des branches ilio-pubiennes et ischio-pubiennes du cartilage triradié.

Un plâtre pelvi-jambier est mis en place pendant un mois, puis l'appui est autorisé avec une orthèse portée pendant 3 mois.

Patients et méthodes.— Deux garçons âgés de 6,5 ans (cas 1) et 9,5 ans (cas 2) présentant un Ewing pubien s'étendant en zone II mais respectant le cartilage triradié ont été opérés selon cette technique associée à une chimiothérapie (Euro-Ewing 99).

Résultats.— L'anatomopathologie a confirmé une résection en marges saines.

Le cas 1 a un recul de 10 ans. Il a des mobilités de hanche normales, marche sans boiterie n'a pas de douleur ni d'inégalité de longueur, fait du basket en club. À 10 ans de recul, la radio et le scanner montrent une tête fémorale bien couverte mais avec une médialisation qui s'est développée progressivement à partir de la cinquième année postopératoire. La partie restante de l'acétabulum s'est développée normalement.

Le cas 2 a un recul de 2 ans. L'examen clinique est identique au cas 1. La radiographie montre une tête fémorale bien couverte, sans médialisation.

Discussion et conclusion.— La stratégie de résection prenant en compte le cartilage de croissance peut s'appliquer au bassin pour les tumeurs situées en zone III + II de Henneking. La résection proposée laisse intacte la branche ilio-ischiatique du cartilage triradié qui est d'après les travaux de Ponseti la zone la plus active. La technique décrite en conservant l'articulation, améliore le pronostic fonctionnel immédiat et à long terme.

doi:10.1016/j.rcot.2011.08.186

195

Les récurrences locales dans l'ostéosarcome : résultats du traitement de 36 patients issus d'une étude multicentrique française

Eric Mascard*, Nathalie Gaspar, Marie Cécile Le Deley, Odile Oberlin, Perrine Marec Bérard, Marie Dominique Tabone, Gilles Missenard