

## ***Rupture du tendon d'Achille : traitement chirurgical ou conservateur ?***

Dr D. Vieira Cardoso

L'étude du jour est randomisée, multicentrique, et compare le traitement conservateur au traitement chirurgical pour la rupture du tendon d'achille.

C'est une des lésions les plus fréquentes du système musculosquelettique. Elle a généralement lieu à 4-6cm de l'insertion distale du tendon.

Les signes cliniques comprennent:

- un "gap" ou indentation palpable sur la face postérieure.
- Test de thompson +: à la compression du mollet, le pied affecté ne fait pas de flexion passive...la flexion active est inutile pour le diagnostic car utilise d'autres tendons.
- Resting tone: couché sur le ventre, le patient plie les genoux et le pied affecté chute comparé au pied controlatéral.



Le traitement conservateur comprend botte ou plâtre et le traitement chirurgical peut être ouvert, minimalement invasif ou par arthroscopie.

Les études qui comparent le traitement chirurgical et conservateur montrent des résultats similaires, tout comme celles qui comparent une chirurgie ouverte à une minimalement invasive. La mobilisation précoce semble apporter une réduction du risque de rupture...

Néanmoins, ces études ont des protocoles différents et la preuve est donc discutable. C'est dans ce contexte que l'étude a lieu.

### Méthode

Inclusion: 18-60 ans avec rupture aiguë du tendon.

Exclusion: pas fluent en norvégien, antécédent de rupture, score ASA >II, quinolone ou cortisone proche du tendon < 6mois, trouble de la marche.

Intervention: conservateur vs chirurgie ouverte vs chirurgie minimalement invasive.

Un plâtre est appliqué en flexion plantaire dans les 72h de la lésion à tous les patients. Si il y a traitement chirurgical, celui-ci à lieu durant la première semaine. Le chirurgien doit avoir effectué le geste au moins une fois auparavant.

Le protocole post-opératoire est le même pour tous les groupes de patients:

- 2 semaines de plâtre en flexion plantaire sans charge.
- puis 2 semaines de bottes avec talonnette pour garder la flexion (24h/24), avec marche selon tolérance.
- La taille de la talonnette est peu à peu diminuée jusqu'à la 9ème semaine, où la botte est retirée. Celle-ci peut être retirée la nuit dès la 5ème semaine.

## Suivi

- Score de rupture totale du tendon d'achille: J0, 3 mois, 6 mois, 12 mois.  
→ C'est un PROM (patient reported outcome) avec 10 Q pour un score max de 100.
- SF36 évalue la qualité de vie liée à la santé: J0, 6 mois, 12 mois.
- Test de performance physique à 6 mois et 12 mois, qui compare les deux pieds.

## Critères de jugement:

- Primaire: Changements sur le score de rupture totale entre J0 et 12 mois.
- Secondaires: Variations sur les scores de rupture, le SF 36 et sur la performance physique à chaque suivi, incidence de nouvelle rupture à 12 mois.

## Statistiques

Les auteurs trouvent que 480 patients sont nécessaires pour une puissance de 80%.  
L'hypothèse initiale est nulle avec aucune différence entre les groupes à 12 mois, si c'est le cas, ils seront analysés par paires.

## Résultats

554 patients sont randomisés, avec 175 patients par bras qui ont complété au moins un questionnaire.

Il n'y avait pas de différences significatives entre les groupes à J0, ce qui inclut un score de rupture pré-lésionnel.

C'est le cas également à 12 mois de suivi, la différence de quelques points sur le score de rupture est non-significative, tout comme la comparaison des différentes interventions entre elles.

Le score SF36 et le score de performance physique ne montrent pas non plus de différence entre les groupes aux différents suivis.

Globalement, les effets indésirables sont les mêmes, bien qu'ils trouvent 5,6% plus de re-rupture dans le groupe conservateur que dans les groupes chirurgicaux. (IC 95% de 2 à 10...)

La moitié des nouvelles ruptures apparaissent dans les 10 semaines de la lésion originelle.

Le taux de lésions nerveuses est de 0.6 en conservateur, 2.8 en chirurgie ouverte et de 9% en minimalement invasif.

## Forces

- Grand nombre de patients, bonne puissance.
- Utilise des Patient Reported Outcome.

## Limitations

- Temps entre la lésion et le plâtre: la majorité sont plâtrés en 24h, mais >24h il y a un potentiel de charge entre les deux qui peut augmenter la lésion.
- Pas d'imagerie pré-opératoire pour évaluer la lésion: typiquement les lésions très distales devraient être opérées, et pourraient avoir fini dans le groupe conservateur.
- L'expérience du chirurgien: avoir fait le geste une fois est largement insuffisant.
- Protocole post-opératoire: l'autorisation de retirer la botte à 5 semaines durant la nuit peut altérer les résultats des patients qui se lèvent la nuit.

Il est donc difficile de tirer des conclusions solides....

Chaque patient devrait être évalué cliniquement et, en cas de doute, faire une IRM et consulter un spécialiste. La charge après une lésion peut augmenter le gap et faire pencher la balance vers la chirurgie.

Le patient doit être informé sur chaque procédure et ses risques, ainsi que sur le protocole post-opératoire, pour prendre une décision conjointe.

Q: Il y a 5.9% de re-ruptures en conservateur mais cela n'a pas d'impact sur les scores?

R: cela affecte le score, mais la différence absolue est minime et non-significative. La re-rupture concerne une dizaine de patients.

