

# BUTÉE CORACOÏDIENNE SELON LатарJET VERSUS OPÉRATION DE BANKART ÉTUDE COMPARATIVE DES RÉSULTATS À PROPOS DE 50 CAS

C. VANDER MAREN, B. GEULETTE, J. LEWALLE, J. MULLIER,  
J.-C. AUTRIQUE, J. THIERY, J. DENEUFBOURG

**Les auteurs ont analysé les résultats post-opératoires de deux techniques chirurgicales utilisées dans le traitement de la luxation récidivante antérieure de l'épaule chez 50 patients.**

**L'étude ne concerne que des épaules «vierges» ayant présenté de façon formelle plusieurs accidents d'instabilité antérieure et traitées soit par le procédé de Bankart, soit par une butée coracoïdienne selon Latarjet.**

**Ce travail comporte, d'une part une étude clinique avec résultats objectifs et subjectifs et, d'autre part, une étude radiologique.**

**L'opération de Latarjet procure 97% d'excellents et bons résultats pour 76% dans la série traitée selon la technique de Bankart.**

**L'étude radiologique confirme le caractère «arthrogène» de l'opération de Latarjet et révèle une lyse fréquente de la butée coracoïdienne. Néanmoins, ces deux facteurs n'influencent en aucune manière le résultat objectif et subjectif.**

**L'opération de Latarjet, pour autant qu'elle soit minutieusement réalisée, reste à nos yeux l'intervention de choix, surtout sur la qualité de la stabilité obtenue.**

**Keywords :** anterior instability ; recurrent shoulders ; Latarjet ; Bankart.

**Mots-clés :** instabilité antérieure récidivante de l'épaule ; Bankart ; Latarjet.

## I. INTRODUCTION

De nombreuses techniques ont été décrites pour traiter la luxation antérieure récidivante de l'épaule (1, 2, 3, 4, 5, 6, 9). Parmi celles-ci, l'opération de

Bankart et la butée osseuse coracoïdienne selon Latarjet sont certainement les plus utilisées.

Il nous a paru intéressant de les soumettre à une étude comparative sur base des résultats cliniques et radiologiques obtenus chez les patients traités dans notre Service.

Le but de l'étude est de déterminer éventuellement l'opération qui offrirait le meilleur résultat global à long terme et d'analyser de la sorte l'influence respective de «leur inconvénient classique», à savoir la limitation de la rotation externe pour le Bankart et le rôle arthrogène pour la butée coracoïdienne.

## II. MÉTHODE

### a) Techniques chirurgicales

Les deux procédés chirurgicaux étant connus des lecteurs, nous nous bornerons à préciser que la technique de butée coracoïdienne selon Latarjet reste le plus souvent conforme au principe du «triple verrouillage» de Patte (butoir osseux — renforcement de la sangle musculaire antérieure — retension capsulaire inférieure sur le coracobiceps et suture du lambeau capsulaire externe sur la tranche de ligament acromio-coracoïdien de la butée).

La durée d'immobilisation, bras en écharpe, est d'une semaine pour l'opération de Latarjet, tandis que le patient est immobilisé pendant trois semaines dans un

---

Service de Chirurgie Orthopédique et de Traumatologie,  
Clinique Para-Universitaire St Pierre, Avenue Reine Fabiola  
9, 1340 Ottignies, Belgique.

Correspondance et tirés à part : Ch. Vander Maren.

FICHE DE COTATION INSTABILITE ANTERIEURE DE L'EPAULE		SPORT	ACTIVITE QUOTIDIENNE si pas de sport avant l'opération												
(G. WALCH et le groupe DUPLAY)															
NON : _____		Retour au même niveau													
PRENOM : _____		même sport ----- + 25pts	Aucune gêne												
DATE : _____		Perte de niveau													
		dans le même sport ----- + 15pts	Gêne légère aux mouvements forcés												
		Changement de sport ----- + 10pts	Gêne légère sur gestes simples												
		Perte de niveau et changement ou arrêt													
		du sport ----- Opt	Gêne importante												
<table border="1"> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>(1)</td> <td>(2)</td> <td>(3)</td> <td>(4)</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>								(1)	(2)	(3)	(4)				
(1)	(2)	(3)	(4)												
<b>(1) TYPE DE PRATIQUE SPORTIVE</b>		<b>STABILITE</b>													
C = compétition L = loisir N = non sportif		+25 points : - Aucune appréhension													
		+15 points : - Appréhension persistante													
		0 point : - Sensation d'instabilité													
		-25 points : - Récidive vraie (enlever 25 points)													
<b>(2) TYPE DE SPORT</b>		<b>DOULEUR</b>													
0 = pas de sport		+25 points : - Aucune douleur ou climatique													
		+15 points : - Douleur aux mouvements forcés violents ou à la fatigue													
		0 point : - Douleur dans la vie quotidienne													
1 = sans risque : athlétisme, aviron, escrime brasse, plongée sous-marine, gymnastique volontaire, ski de fond, tir, voile.		<b>MOBILITE</b>													
		+25 points : - Abduction frontale pure contre un mur : symétrique													
		- Rotation interne (RI) limitation inférieure à 3 vertèbres													
		- Rotation externe (RE) à 90° d'abduction limitation inférieure à 10% du côté opposé													
		+15 points : - Abduction frontale pure contre un mur < à 150°													
		- RI = limitation inf. à 3 vertèbres													
		- RE = limitation inf. à 30% du côté opposé													
		+ 5 points : - Abduction frontale pure contre un mur < à 120°													
		- RI = limitation inf. à 6 vertèbres													
		- RE = limitation inf. à 50% du côté opposé													
		0 point : - Abduction frontale pure contre un mur < à 90°													
		- RI = limitation sup. à 6 vertèbres													
		- RE = limitation sup. à 50% du côté opposé													
<b>(3) COTE</b>		<b>TOTAL</b> <input type="text"/>	pts : à reporter dans la case (4)												
D = dominant d = non dominant ou dominé															
<b>(4) VALEUR FONCTIONNELLE DE L'EPAULE SUR 100 POINTS</b>		<b>RESULTAT FONCTIONNEL GLOBAL</b>													
En fonction de - la reprise du sport 25 points		EXCELLENT : 91 à 100 points													
- la stabilité 25 points		BON : 76 à 90 points													
- la douleur 25 points		MOYEN : 51 à 75 points													
- la mobilité 25 points		MAUVAIS : 50 points et moins													

Fig. 1. — Fiche de révision clinique.

bandage de Dujarrier en cas d'opération de Bankart avec rééducation de la rotation externe à la sixième semaine.

### b) Étude des résultats cliniques

Ceux-ci sont évalués selon la fiche de cotation d'instabilité antérieure de l'épaule de Walch (8) et du Groupe Duplay (fig. 1).

Le résultat *objectif* est coté sur 100 points : 25 points pour la reprise du sport ou la reprise normale des activités quotidiennes et professionnelles, 25 points pour la stabilité, 25 points pour la mobilité et enfin 25 points pour la douleur. Il faut noter que la reprise du sport n'a pu être évaluée objectivement que trop rarement car la pratique sportive est au niveau de loisir chez nos patients. Le seul véritable sportif professionnel (ski — alpinisme) de l'étude poursuit sa carrière au même niveau après l'opération.

Le résultat *subjectif* est apprécié par la réponse à la question : «êtes-vous très content, content, déçu ou enfin mécontent de votre intervention» ?

### c) Étude des résultats radiographiques

Ce dernier volet de l'étude repose sur l'analyse des clichés radiographiques comprenant une incidence de face en rotation neutre, un profil glénoïdien de Bernageau et un profil d'omoplate de Lamy.

L'étude ne concerne que des patients ayant un recul supérieur à 18 mois, de façon à juger l'évolution naturelle du greffon osseux. Nous avons recherché systématiquement l'existence éventuelle d'une pseudarthrose, d'une migration (— ; < 1 cm ; > 1 cm), d'une fracture ou enfin d'une lyse (0 ; 1/3 ; 2/3 ; > 2/3) de la butée. Sa position verticale par rapport à l'équateur de la glène selon Hovelius *et al.* (1) est déterminée sur les clichés de face et de Lamy (fig. 2). Sa position horizontale par rapport au bord antérieur de la glène est appréciée sur les clichés de face et de Bernageau.

Les critères de Samilson *et al.* (7) sont utilisés pour classer l'éventuelle arthrose gléno-humérale (fig. 3). Le stade I (arthrose légère) correspond à une ostéophytose humérale de moins de 3 mm sur une radiographie de face en rotation neutre. Le stade II (arthrose modérée) correspond à une ostéophytose humérale mesurant entre 3 et 7 mm. Le stade III (arthrose sévère) est celui d'une ostéophytose humérale supérieure à 8 mm. En accord avec la littérature, le terme «arthrose» paraît excessif et il vaut mieux parler d'«ostéophytose humérale inférieure» et d'exclure la notion de pincement articu-

laire (stade III) qui apparaît exceptionnelle dans les suites de ces opérations.

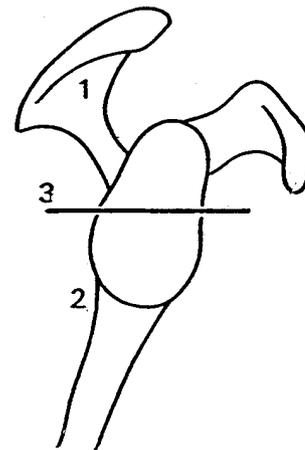


Fig. 2. — Position de la butée dans le plan vertical : 1. au-dessus ; 2. au-dessous ; 3. au niveau de l'équateur.

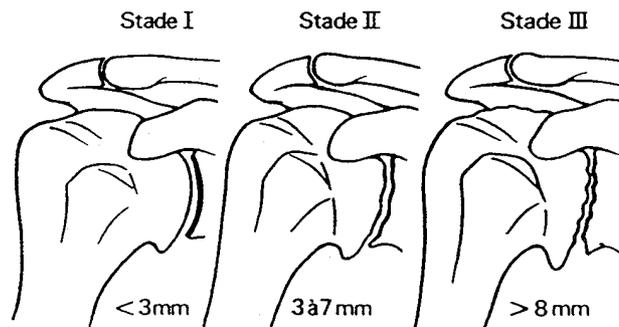


Fig. 3. — Cotation de l'arthrose selon Samilson.

### III. MATÉRIEL

Sur la période s'étalant de 1980 à 1990, nous avons retrouvé 79 cas opérés pour instabilité antérieure récidivante de l'épaule. Depuis janvier 1991 jusque juin 1992, 34 nouveaux patients furent opérés mais il existe une forte disproportion entre les butées coracoïdiennes (32 cas) et les «Bankart» (2 cas). Ces derniers furent donc exclus de l'étude vu cette importante disproportion et notre désir de ne retenir que des patients avec un recul minimum d'un an et demi. Parmi les 79 cas, seuls 50 dossiers vont se révéler exploitables avec bilan radio-clinique complet. Il s'agit chaque fois d'épaules vierges, siège de plusieurs accidents d'instabilité antérieure.

La série comprend 36 hommes pour 14 femmes. Nous avons retrouvé 72% d'épaules dominantes. L'âge moyen au moment de l'opération est de 27 ans avec des extrêmes de 16 et de 64 ans.

Le recul moyen est de 40 mois avec des extrêmes de 18 à 148 mois.

En ce qui concerne le type d'opération, nous trouvons 33 butées coracoïdiennes et 17 opérations de Bankart.

#### IV. MORBIDITÉ OPÉRATOIRE

La morbidité de ces deux interventions est faible. Nous avons retrouvé deux hématomes post-opératoires dans la série des butées coracoïdiennes avec une reprise chirurgicale pour ligature de la veine céphalique. Dans la série des «Bankart», on note 2 atteintes du nerf circonflexe avec atrophie deltoïdienne, vraisemblablement suite à la position extra-articulaire d'un écarteur sur le rebord glénoïdien.

Aucune atteinte du nerf musculo-cutané n'est à déplorer. Enfin, nous n'avons retenu aucune infection, ni phlébite du membre supérieur ou encore fracture per-opératoire de la butée osseuse.

#### V. RÉSULTATS CLINIQUES

##### — Résultat subjectif

Dans les 2 séries, plus de 84% des patients étaient très satisfaits ou contents du résultat obtenu. On ne note pas de différence significative entre les 2 techniques opératoires.

##### — Résultat objectif global (tabl. I)

Les critères étudiés sont : stabilité — mobilité — douleur — reprise des activités quotidiennes ou professionnelles. Globalement, on constate que le résultat est jugé excellent ou bon dans 90% des cas, les 2 séries étant confondues. Bien que le nombre de patients soit différent, il semble se dégager une tendance en faveur des butées coracoïdiennes (97% de bons et d'excellents résultats) par rapport à l'opération de Bankart (76% de bons et d'excellents résultats). D'autre part, les mauvais résultats dans notre série ne se rencontrent que dans les Bankart et sont en relation, soit avec une

perte de force, soit avec une impression persistante d'instabilité.

Tableau I. — Résultat objectif global

	Série globale	Latarjet	Bankart
Excellent	17	13	4
Bon	28 > 90%	19 > 97%	9 > 76%
Moyen	2	1	1
Mauvais	3	0	3

##### — Résultats sur la stabilité (tabl. II)

À nouveau, il apparaît que l'intervention de Latarjet apporte les meilleurs résultats. Cependant, aucune récurrence n'est à déplorer dans la série globale.

Une appréhension persistante est relatée pour 1 cas de butée coracoïdienne et on retrouve une sensation d'instabilité chez 2 «Bankart».

Enfin, après interrogatoire des patients, il semble exister une période de latence d'environ 2 ans avant que toute appréhension lors de la mobilité en élévation et rotation externe ne disparaisse.

Tableau II. — Résultats sur la stabilité

	Série globale	Latarjet	Bankart
Excellent	31 > 94%	22 > 97%	9 > 88%
Bon	16	10	6
Moyen	3	1	2
Mauvais	0	0	0

##### — Résultats sur la mobilité (tabl. III)

Les 2 interventions donnent ici des résultats très satisfaisants, mais on note cependant une plus grande proportion d'excellents et bons résultats dans la série des capsulorrhaphies.

Tableau III. — Résultats sur la mobilité

	Série globale	Latarjet	Bankart
Excellent	37 > 98%	27 > 97%	10 > 100%
Bon	12	5	7
Moyen	1	1	0
Mauvais	0	0	0

L'opération de Latarjet respecte la rotation externe mais semble altérer la rotation interne de façon plus constante, alors que ces constatations sont inversées après opération de Bankart.

#### — Résultats sur la douleur (tabl. IV)

Les résultats sont fort comparables et on ne peut noter de différence significative, malgré la présence des vis d'ostéosynthèse dans la butée coracoïdienne.

Tableau IV. — Résultats sur la douleur

	Série globale	Latarjet	Bankart
Excellent	41 > 98%	28 > 100%	13 > 94%
Bon	8	5	3
Mauvais	1	0	3

#### — Résultats sur les activités quotidiennes (tabl. V)

Dans les 2 séries, plus de 90% des patients n'ont présenté aucune gêne, ou une gêne très légère aux mouvements forcés lors du retour aux activités quotidiennes ou professionnelles. Cependant, dans 1 des 2 cas de paralysie du nerf circonflexe, le patient se plaint d'une fatigabilité plus grande de l'épaule et, malgré une mobilité active normale, tout effort prolongé en abduction est devenu difficile.

Tableau V. — Résultats sur les activités quotidiennes

	Série globale	Latarjet	Bankart
Excellent	36 > 96%	26 > 97%	10 > 94%
Bon	12	6	6
Moyen	2	1	1
Mauvais	0	0	0

## VI. RÉSULTATS RADIOGRAPHIQUES

### a) Incidence de l'arthrose

Nous avons retrouvé 1 cas d'arthrose de stade I après intervention de Bankart (fig. 4).

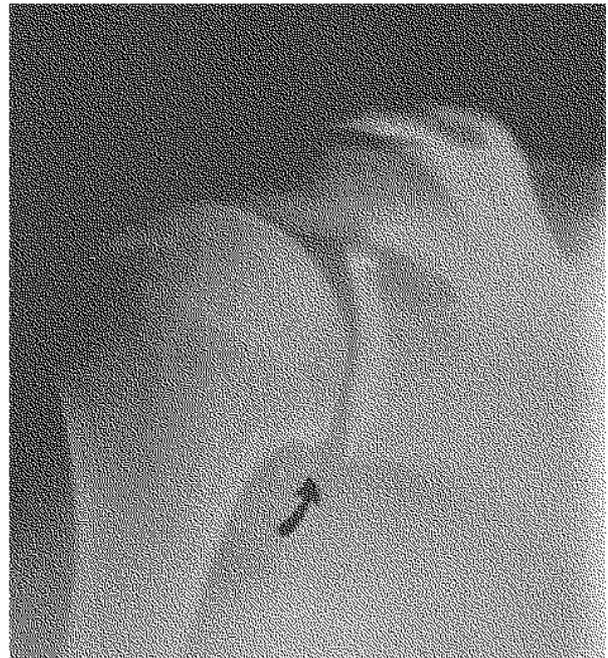


Fig. 4. — Arthrose stade I selon Samilson après opération de Bankart.

Par contre, après intervention de Latarjet sont apparus 4 cas d'arthrose de stade I (12%) et 1 cas d'arthrose de stade III (fig. 5). Le recul moyen est d'environ 3,5 ans.

La découverte de cette ostéophytose humérale inférieure ne modifie en rien les résultats subjectif et objectif global. Ceci paraît logique puisque nous n'avons pas rencontré de véritable pincement articulaire, ce qui correspond à la définition précise de l'arthrose. L'ostéophyte huméral inférieur n'a, quant à lui, aucun retentissement clinique évident.

Parmi ces 5 cas d'arthrose, nous avons retrouvé 2 fois une position quelque peu débordante de la butée en dehors de la glène et 1 fois l'existence d'une fracture considérable de la glène antérieure.

### b) Position de la butée

Dns 3 cas, la butée osseuse coracoïdienne a été fixée débordant en dehors de la glène. Dans le plan vertical, les 33 butées osseuses ont été positionnées comme il se doit au-dessous de l'équateur de la glène, à l'endroit habituel où l'on retrouve les «lésions de passage» (fig. 6, 7, 8).



**Fig. 5.** — Athrose stade III selon Samilson après butée coraco-claviculaire selon Latarjet.



**Fig. 6.** — Image radiologique de face en rotation neutre d'une butée coraco-claviculaire correctement positionnée et synthésée par 2 vis.



**Fig. 7.** — Profil glénoïdien selon Bernageau. Dans le plan horizontal, la butée affleure le rebord de la glène.



**Fig. 8.** — Profil de l'omoplate selon Lamy. Dans le plan vertical, la butée est située sous l'équateur de la glène.

Signalons que dans les 5 cas d'arthrose nous avons constaté 2 butées débordantes.

### c) Pseudarthrose de la butée

Toutes nos butées coracoïdiennes ont consolidé. Elles furent chaque fois ostéosynthésées en position couchée à l'aide de vis bicorticales après avivement soigneux des surfaces de contact.

### d) Lyse de la butée

Dans 11 cas, aucune lyse n'a été mise en évidence. À 6 reprises, celle-ci n'a pas dépassé 1/3 du volume initial de la butée (18% des cas). Pour le reste, 2 patients présentent une lyse correspondant aux 2/3 du volume initial du greffon (fig. 9) et 1 patient, de façon plus inquiétante, 1 lyse supérieure aux 2/3 de la greffe. Curieusement, il n'existe aucun retentissement sur le plan clinique et sur le plan radiologique en ce qui concerne l'interligne articulaire.

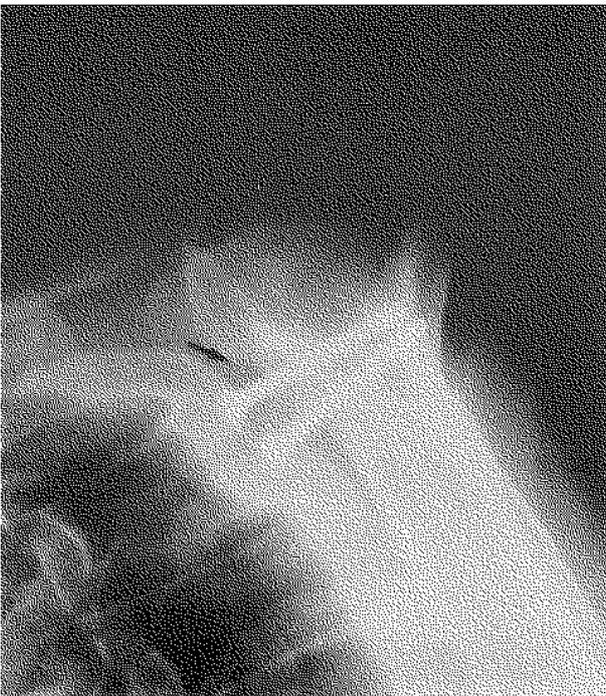


Fig. 9. — Lyse de la butée ( $\pm$  2/3 du volume initial du greffon).

## VII. DISCUSSION

La technique la plus utilisée dans notre série est la butée coracoïdienne selon Latarjet. Au fil des années, son efficacité nous a séduits et nous la préférons à l'opération de Bankart pour plusieurs raisons. La première concerne la qualité de la stabilité obtenue, ce qui est d'ailleurs confirmé dans de nombreuses publications (2, 3, 9). Nous retrouvons dans la série des «Bankart» 2 résultats moyens chez nos 17 patients avec persistance d'une sensation d'instabilité, alors que dans la série des Latarjet, 1 seul patient sur 33 présente encore ce phénomène. Ceci confirme vraisemblablement l'efficacité du triple verrouillage prôné par D. Patte. Signalons enfin que parmi les 29 dossiers inutilisables entre 1980 et 1990, il existe une récurrence de luxation antérieure après opération de Bankart traitée secondairement par butée coracoïdienne.

Une autre raison expliquant notre choix réside dans la rapidité de la restauration de la mobilité et son amplitude dans les trois plans de l'espace dans la série des «Latarjet». Néanmoins, on constate que cette technique limite pourtant la rotation interne mais de façon peu significative sur le plan fonctionnel (limitation de la RI inférieure à 3 vertèbres dans 19% de nos cas). L'opération de Bankart, quant à elle, limite de façon plus significative la rotation externe d'un minimum de 20° dans 41% de nos cas et plus particulièrement dans les 18 premiers mois suivant l'opération. Ceci confirme les données rapportées par certains auteurs (6, 9).

Concernant l'éventuelle douleur résiduelle, nous n'avons pas trouvé dans l'étude de différence significative. Contrairement au résultat obtenu par Walch dans son étude multicentrique (9). Cependant, dans la série des 29 dossiers inexploitable, nous avons retrouvé 1 cas ayant nécessité l'ablation du matériel métallique pour phénomènes douloureux persistants.

Enfin, la durée d'immobilisation est nettement plus courte après opération de Latarjet (5 jours bras en écharpe) que dans l'opération de Bankart (immobilisation stricte pendant 3 semaines) et nous sommes persuadés que cette différence a une in-

fluence considérable sur la qualité et la rapidité de récupération d'une épaule fonctionnelle dans les activités quotidiennes et professionnelles.

L'analyse des résultats radiologiques nous paraît également essentielle. Diverses études (9, 10) ont relaté un taux plus élevé d'arthrose post-opératoire dans l'opération de Latarjet. Cette «arthrose» se retrouve à tout âge. Dans notre série, les 3 cas codifiés stade I selon Samilson ont respectivement 18, 28 et 36 ans et le seul cas d'arthrose cotée au stade III est âgé de 21 ans mais cette ostéophytose humérale inférieure apparaît dans des délais post-opératoires fort différents, d'environ 18 mois pour les cas d'arthrose stade I et 48 mois pour le cas d'arthrose stade III. Cependant, cette constatation radiologique ne grève en rien les résultats obtenus. En effet, dans les 4 cas le score global atteint est égal ou supérieur à 90. Il semble en fait que ceci soit lié à la sévérité de l'appréciation de l'arthrose car aucun cas de pincement articulaire n'a été reconnu.

Une constatation importante est le taux élevé de lyse de la butée coracoïdienne. Notre technique opératoire fait appel pour la fixation de la butée, soit à une ou deux vis corticales de 3,5 mm, parfois avec utilisation d'une rondelle. Comme l'a déjà signalé G. Walch (9), ce mode de synthèse peut être tenu pour responsable de ce grand nombre de lyses. Néanmoins, notre vissage bicortical nous paraît fiable puisqu'aucun cas de pseudarthrose n'a été retrouvé. Enfin, contrairement à toute attente, on ne retrouve aucun retentissement clinique en cas de lyse même importante de la butée coracoïdienne.

Dans notre série, ni l'apparition d'une arthrose post-opératoire, ni la lyse éventuelle de la butée ne modifient le succès de l'opération et il semble que ce soit plutôt le positionnement adéquat de ce greffon par rapport à la glène qui joue un rôle prépondérant dans le résultat futur. Comme l'ont bien démontré Hovelius *et al.* (1), il faut que la butée coracoïdienne soit idéalement placée sous l'équateur et ne déborde pas en-dehors de la surface articulaire dans le plan horizontal. La consolidation du greffon est à nos yeux primordiale pour l'obtention d'un bon résultat clinique. Tous les cas revus radiologiquement dans l'étude satisfont

à ces deux exigences, ce qui explique sans doute les bons résultats obtenus.

## VIII. CONCLUSION

Rappelons que pour les 2 types d'interventions, plus de 84% des patients sont très satisfaits ou contents du résultat acquis. L'opération de Latarjet semble l'emporter dans le résultat objectif global moyennant une technique opératoire rigoureuse. Elle est à nos yeux l'intervention de choix en cas de dysplasie de la glène de l'omoplate et en présence de lésions osseuses du rebord glénoïdien antérieur. L'opération de Bankart est cependant une intervention plus anatomique réalisée sans matériel de synthèse.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Hovelius L., Korner L., Lundberg B. The coracoid transfer for recurrent dislocation of the shoulder. *J. Bone Joint Surg.*, 1983, 65-A, 926-934.
2. Lombardo S. J., Kerlan R. K., Jobe F. W. The modified Bristow procedure for recurrent dislocation of the shoulder. *J. Bone Joint Surg.*, 1976, 58-A, 256-261.
3. Matton D., Van Looy F., Geens S. Recurrent dislocation of the shoulder joint treated by the Bristow-Latarjet procedure. Historical review. Operative technique and results. *Acta Orthop. Belg.*, 1992, 58, 16-22.
4. May V. R. A modified Bristow operation for anterior recurrent dislocation of the shoulder. *J. Bone Joint Surg.*, 1970, 52-A, 1010-1016.
5. Protzman R. P. Anterior instability of the shoulder. *J. Bone Joint Surg.*, 1980, 62-A, 909-918.
6. Rowe C. R., Patel D., Southmayd W. W. The Bankart procedure. *J. Bone Joint Surg.*, 1978, 60-A, 1-16.
7. Samilson R. L., Pietro V. Dislocation arthropathy of the shoulder. *J. Bone Joint Surg.*, 1983, 65-A, 456-460.
8. Walch G. et le groupe «Duplay». Plaidoyer pour l'utilisation d'une fiche de cotation commune dans les instabilités de l'épaule. Communication au Premier Congrès pour la Chirurgie de l'épaule et du coude, Paris, 1987.
9. Walch G. La luxation récidivante de l'épaule. *Rev. Chir. Orthop.*, 1991, 77, Suppl. I, 177-191.
10. Young D. C., Rockwood C. A. Complications of a failed Bristow procedure and their management. *J. Bone Joint Surg.*, 1991, 73-A, 969-981.

## SAMENVATTING

*C. VANDER MAREN, B. GEULETTE, J. LEWALLE, J. MULLIER, J.-C. AUTRIQUE, J. THIERY, J. DENEUFBOURG. De techniek van Latarjet vergeleken met de techniek van Bankart bij de behandeling van recidiverend schouderluxatie.*

De auteurs hebben de postoperatieve resultaten van de 2 chirurgische technieken, gebruikt bij de behandeling van recidiverende voorste schouderluxatie, bij 50 patiënten vergeleken. Het gaat hier om schouders, vrij van elke andere pathologie, die zonder twijfel herhaaldelijk aan een acute voorste onstabiliteit geleden hebben en die vervolgens behandeld werden hetzij door de techniek van Bankart, hetzij door de coracoïdale plastiek volgens Latarjet.

De auteurs hebben van deze gevallen eerst een klinische studie met vergelijking van subjectieve en objectieve resultaten gemaakt en vervolgens een röntgenevaluatie. De ingreep volgens Latarjet werd gevolgd met 97% uitstekende of goede resultaten, tegen 76% in de serie behandeld volgens de techniek van Bankart.

De radiologische studie bevestigt het «arthrogene» karakter van de ingreep van Latarjet en toont een frequente osteolyse van de coracoïdale botente. Deze 2 factoren beïnvloeden echter geenszins het subjectief en objectief resultaat.

De ingreep volgens Latarjet die uiterst zorgvuldig moet uitgevoerd worden geniet wel de voorkeur, vooral qua kwaliteit van de bekomen stabilisatie.

## SUMMARY

*C. VANDER MAREN, B. GEULETTE, J. LEWALLE, J. MULLIER, J.-C. AUTRIQUE, J. THIERY, J. DENEUFBOURG. Comparison of results of Bankart operation with the results of Bristow-Latarjet procedure. Review of 50 cases.*

The authors have analyzed the postoperative results in 50 patients of two surgical techniques used for the treatment of anterior recurrent dislocation of the shoulder. The study only concerns «virgin» shoulders having formally presented numerous anterior recurrent dislocations treated by the Bankart procedure or the Bristow-Latarjet operation.

This work consists of a clinical evaluation with objective and subjective results on one hand, and a radiological evaluation on the other hand. The Latarjet operation gives 97% excellent and good results, as compared with 76% for the Bankart procedure.

The radiological study confirms the «arthrogenic» nature of the Latarjet operation and reveals a frequent lysis of the coracoid bone block. Nevertheless, these two factors do not affect in any way the objective and subjective results.

The Latarjet operation, insofar as it is carefully executed, remains in our opinion, the prime operation, particularly with respect to the quality of the stability achieved.