

INSTABILITE ANTERIEURE DE L'EPAULE

L'instabilité de l'épaule est une pathologie de plus en plus fréquente du fait de l'augmentation des pratiques sportives. Touchant le plus souvent des patients jeunes, elle apparaît souvent après une première luxation de l'épaule qui reste l'élément initiateur dans la majorité des cas.

Ainsi les troubles apparaissent dans les mois qui suivent une première luxation qui a pu nécessiter une réduction sous anesthésie générale, ou parfois une luxation réduite sur les lieux même de l'accident par une tierce personne, voir même par le patient lui-même.

Comment s'exprime cette instabilité antérieure ?

1 - Elle peut s'exprimer par la récurrence de la luxation. A la suite d'un geste, le plus souvent bras élevés au dessus de la tête (plongeon), ou en position de lancer une pierre, parfois même en se retournant dans son lit, une deuxième luxation, puis une troisième, vont apparaître. C'est un accident qui va devenir de plus en plus fréquent, apparaître de plus en plus facilement, et avoir des suites de plus en plus simples. Le patient trouvant le moyen pour réduire tout seul sa luxation. En apparence bénigne cette situation va avoir des conséquences de plus en plus graves.

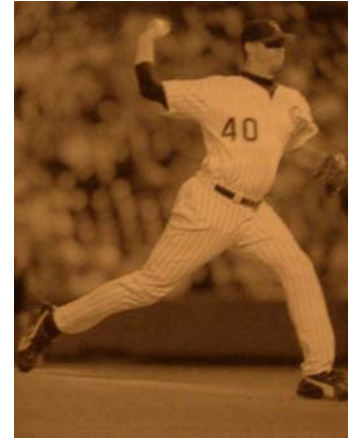


Outre le fait que cette instabilité peut se transformer en véritable infirmité avec un bras inutilisable dans les mouvements au dessus de la tête, elle va à chaque sortie et réentrée de la tête dans l'articulation abîmer le cartilage de l'articulation et entraîner à terme une arthrose invalidante de l'épaule

2 - Elle peut aussi s'exprimer par des accidents de sub luxation de l'épaule, ressentis comme une sensation d'échappée, de glissement, de la tête humérale vers l'avant. Dans certains cas le patient, vigilant, contrôlera et rattrapera ce phénomène. Dans d'autre, l'accident se traduira par une sub luxation antérieure de la tête, avec issue incomplète de celle-ci vers

l'avant. Le patient remettra en place la tête humérale par lui-même. Il est des cas où ce mouvement de glissement se terminera par une luxation totale dont nous avons déjà parlé.

3 - Il est des cas où l'expression de cette instabilité se fera à travers une épaule douloureuse. Il s'agit généralement de patient jeune sportif, pratiquant un sport de lancer, et qui va, lors de la réalisation de ce geste de lancer, ressentir une douleur qui interrompra le geste en cours. Dans beaucoup de cas on retrouva dans le passé du patient une luxation antérieure réduite. Il s'agit là de trouble engendrés par une mauvaise et incomplète cicatrisation des structures ligamentaires rompues lors de la première luxation



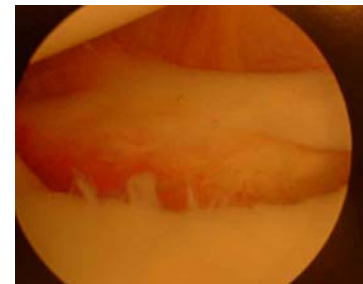
Ces 3 tableaux traduisent le même problème, une instabilité antérieure de l'épaule, un risque de dégradation du cartilage de l'articulation du fait de l'excentration répétée de celle-ci.

Les causes de l'instabilité

Au niveau de l'épaule, la tête humérale est maintenue en face de la glène de l'omoplate (portion articulaire de celle-ci), par un système musculaire, appelé la coiffe, c'est le réglage dynamique, et par un système capsulo ligamentaire, c'est le système passif.

Autour de la glène existe une « espèce de ménisque », le bourrelet glénoïdien, qui agrandi la surface d'appui, et favorise le ventousage de la tête humérale sur la glène.

Sur ce bourrelet glénoïdien s'amarrent les ligaments stabilisateurs de l'épaule qui se comportent comme des haubans de bateau, se tendant et détendant selon les mouvements que l'on réalise. L'un d'entre eux est capital, véritable « ligament croisé antérieur » il contrôle la stabilité de l'épaule en position armée : c'est le ligament gléno huméral inférieur (LGHI).



Les lésions ligamentaires sont donc au premier plan. Après une luxation antérieure, le ligament gléno huméral inférieur est lésé. Il peut se rompre niveau de son attache sur la glène de l'omoplate, entraînant un décollement du bourrelet glénoïdien, c'est le cas le plus fréquent et le plus chirurgical, on l'appelle lésion de Bankart.

Ces lésions ligamentaires peuvent ébaucher une cicatrisation qui sera généralement incomplète et laissera subsister une instabilité.

Les lésions osseuses sont des facteurs aggravant de l'instabilité.

Elles peuvent apparaître dès le premier accident. Lors de la luxation initiale le LGHI ne cède pas, mais son attache osseuse sur la glène, se rompt. Il a donc un effet de lâchage du

ligament et en plus une perte osseuse qui va diminuer la surface d'appui de la tête humérale sur la glène. L'existence d'une telle lésion modifie le pronostic et l'acte chirurgical, car si ce fragment est important, il oblige à réparer cette perte osseuse.



L'hyper laxité constitutionnelle est un élément important dans l'apparition d'une instabilité. Certains d'entre nous sont plus souples que d'autres. Au niveau de l'épaule cette particularité aura pour conséquence de rendre plus vulnérable la stabilité de l'épaule.

Il faudra donc tenir compte de tous ces éléments lorsque l'on voudra traiter une instabilité antérieure de l'épaule.

Quel traitement :

- **La rééducation** : sera toujours un élément important dans le traitement. En cas de réparation chirurgicale elle sera fondamentale avant et après l'acte chirurgical. En ce qui concerne son rôle stabilisateur dans le cadre d'une instabilité chronique, il paraît réduit, surtout s'il s'agit d'un patient jeune et sportif, car le problème de la lésion anatomique ne sera pas résolu.

- **La chirurgie arthroscopique** connaît un fort engouement. Hospitalisation réduite à la journée, rançon cicatricielle réduite au maximum, diminution des risques opératoires traditionnels. Il n'en demeure pas moins qu'elle réclame une immobilisation de l'épaule de 5 semaines, et la reprise du sport ne sera pas possible avant le 4 à 5^e mois (pour les sports de bras).

Elle consiste à réamarrer le bourrelet glénoïdien arraché au moyen de petites ancrures, au niveau de son attache anatomique. Cette intervention se fait sous contrôle vidéo à partir de 2 petites incisions.



- La **butée osseuse**, celle dite de Patte (du nom de son inventeur) consiste à venir fixer en avant de la glène articulaire un bloc osseux pris dans la zone opératoire. Ce bloc osseux est l'apophyse coracoïde, élément non indispensable au bon fonctionnement de l'épaule. Par contre fixée solidement par 2 vis, cette butée va faire obstacle à la sortie de la tête humérale et va agrandir la surface d'appui de l'articulation. Cette intervention est d'une grande fiabilité.

Elle nécessite une hospitalisation de 3 à 4 jours, une immobilisation réduite à 3 semaines. Les gestes chirurgicaux réalisés lors de cette intervention avoisinent les nerfs circonflexes et musculo cutané. Une paralysie temporaire de ceux-ci peut perturber les suites de l'intervention. La récupération se fait généralement en 3 mois.



Comment choisir ?

De nombreux éléments entrent en jeu et le patient pourra s'orienter vers tel ou tel autre type d'intervention, aidé en cela par le chirurgien. Celui ci pourra établir un index de sévérité de son instabilité : il utilisera le score ISIS (*Index of Shouder Instability Severity*).

Ce score part de l'expérience clinique qui montre que la réparation par butée est celle qui donne le moins d'échec (4%) quelque soit le profil du patient. Si on envisage une réparation sous arthroscopie ce score permettra, en appréciant certains critères, de déterminer si le profil clinique du patient peut permettre d'obtenir un résultat sous arthroscopie aussi bon que grâce à une butée. Ce score complexe sera établi par le chirurgien lors des consultations pré opératoires.

Traitement des échecs

Il n'existe pas de technique ne présentant aucun échec et dans certain cas il faudra donc assumer des récives.

Si le patient a eu une réparation sous arthroscopie il sera simple de lui proposer une butée de type Patte comme nous l'avons déjà décrite. C'est le cas le plus simple.

Si le patient a eu une butée de type Patte, l'apophyse coracoïde est inexploitable. Il faudra alors réaliser une nouvelle butée en utilisant un prélèvement osseux, faite au dépend de l'aile iliaque.

Une reprise d'échec de butée est possible sous arthroscopie, et peut être proposée à un patient qui ne pratique pas de sport de bras, ou qui est peu sportif. On retrouve pratiquement toujours le complexe ligamentaire et on peut le réparer.

Enfin dans des cas très particuliers, on peut être amené à prélever un tendon au niveau du genou (le demi tendineux) et à reconstruire le ligament gléno huméral inférieur grâce à lui. Cette intervention complexe peut laisser un certain degré de raideur.