

L'Instabilité de l'épaule

La Pathologie

L'instabilité de l'épaule est une pathologie qui survient après une élongation ou une rupture des structures capsulo-ligamentaires qui stabilisent l'épaule habituellement. Elle se produit dans la majorité des cas suites à une luxation de l'épaule. Celle-ci est le plus souvent due à un accident sportif, un accident de la voie publique ou plus rarement suite à un faux mouvement ou une crise d'épilepsie.

Son traitement rapide est impératif pour éviter les récurrences et les lésions articulaires dont la fréquence augmente avec le nombre de luxations.

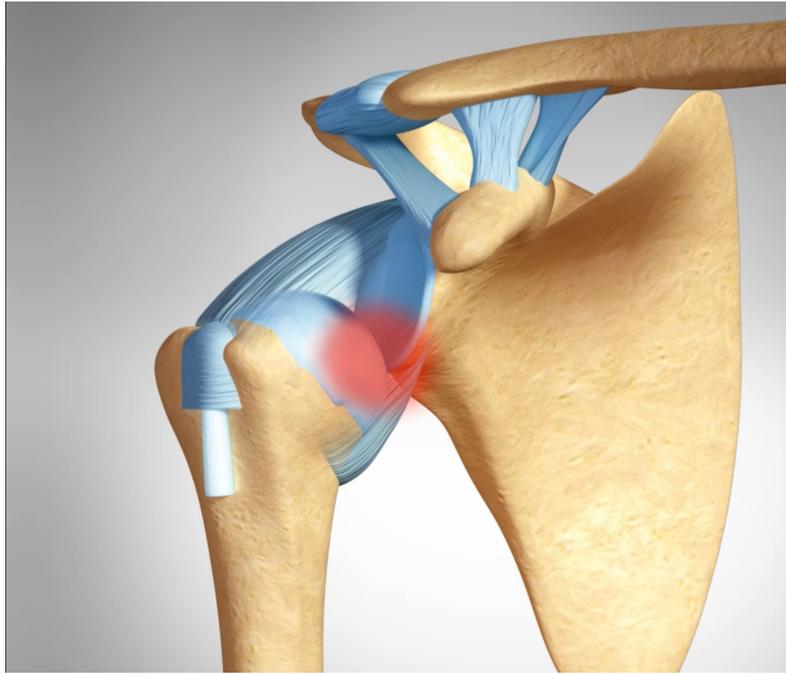
Anatomie et Physiopathologie

L'épaule correspond à l'articulation gléno-humérale entre la tête humérale et la glène de l'omoplate. La tête humérale est maintenue en permanence en regard de la glène grâce à plusieurs structures : la capsule articulaire qui est une poche entourant l'articulation, les ligaments qui sont des sortes de haubans reliant la glène à l'humérus et enfin le labrum qui est un bourrelet fibro-cartilagineux autour de la glène (équivalent des ménisques dans le genou).

Lors d'un traumatisme occasionnant une luxation de l'épaule, ces structures peuvent être distendues ou rompues entraînant par ce fait une instabilité de la tête humérale lors des mouvements. L'épaule peut se déboîter alors plus ou moins complètement lors de la pratique sportive voire lors de certains gestes de la vie courante. Cette épaule instable est généralement à l'origine de douleurs chroniques invalidantes outre bien sûr les risques de luxations récurrentes.

L'évolution de l'instabilité se fait vers une récurrence de plus en plus fréquente des luxations. Les lésions qui en découlent atteignent non seulement les structures capsulo-ligamentaires mais aussi le cartilage, l'os de la glène et de l'humérus ainsi que les tendons de la coiffe des rotateurs.

Dans le cas de luxations lors d'un traumatisme très violent, des lésions vasculo-nerveuses peuvent également survenir.



Pourquoi opérer ?

Le but de la chirurgie est de stabiliser l'épaule pour éviter les récurrences de luxation et ainsi prévenir l'apparition de lésions secondaires et préserver la fonction de l'épaule. L'opération permet de restaurer une bonne dynamique de l'articulation qui permettra une reprise des activités dans de bonnes conditions.

Il faut donc envisager l'intervention dès la première récurrence ou en cas d'épaule douloureuse instable associée à des luxations incomplètes.

Principe chirurgical

Le principe de la chirurgie est de stabiliser l'articulation gléno-humérale afin d'éviter les récurrences.

Deux interventions sont possibles en fonction de l'âge du patient, de la profession, du niveau sportif et des lésions dues à la luxation.

La première consiste à réaliser une suture capsulaire, ligamentaire et labrale par arthroscopie. C'est l'intervention de Bankart.

La deuxième intervention se fait par chirurgie conventionnelle et consiste à mettre en place un bloc osseux en avant de la glène. C'est la technique de butée coracoïdienne selon Latarjet-Bristow.

Les deux interventions se déroulent sous anesthésie générale. L'anesthésiste vous expliquera les modalités précises lors de la consultation pré-opératoire.

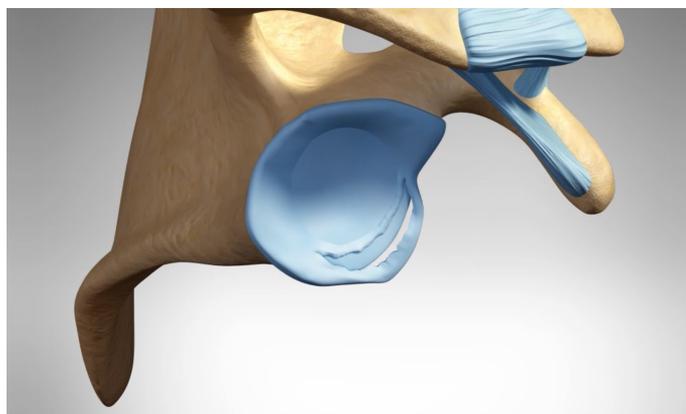
La prise en charge de la douleur est assurée par une infiltration réalisée au niveau de la nuque juste avant l'intervention par l'anesthésiste (bloc neurologique), ainsi que par un protocole antalgique médicamenteux adapté à chaque patient.

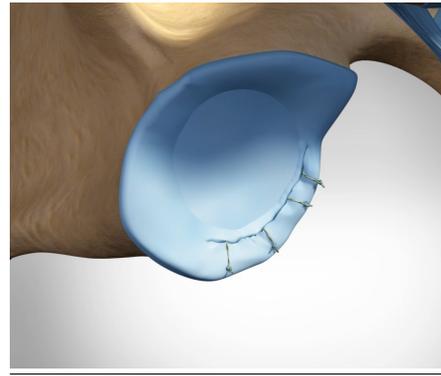
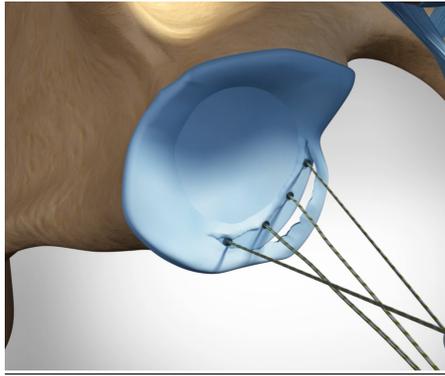
Bankart

Elle est réalisée sous arthroscopie. Plusieurs orifices de 5 mm sont réalisés autour de l'épaule. Un arthroscope (tube optique muni d'une caméra à son extrémité) est introduit dans l'articulation par l'un des orifices.

Après exploration de la cavité articulaire et réalisation du bilan lésionnel complet, des instruments sont introduits par les autres orifices.

Plusieurs ancres (mini vis résorbables ou en titane sur lesquels sont montées des fils, qui sont enfouies dans l'os) sont mises en place au niveau de la glène en regard des lésions capsulo-ligamentaires. Les fils montés sur les ancres sont ensuite passés dans la capsule et les ligaments puis noués afin de réparer les lésions.



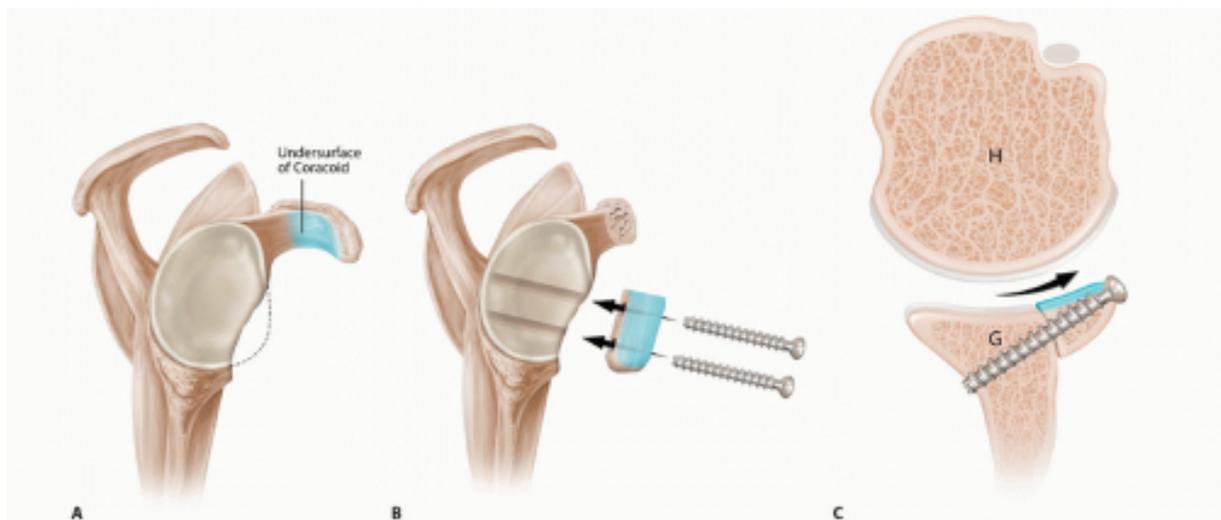


Latarjet-Bristow

Une incision courte est réalisée au niveau de la partie antérieure de l'épaule. Les différents muscles sont écartés pour accéder à l'articulation.

La coracoïde, qui est un petit crochet osseux de l'omoplate sur lequel s'attache le tendon du biceps, est prélevée et préparée. Elle est par la suite fixée en avant de la glène par une ou deux vis. Le bloc osseux permet d'élargir la glène et le tendon joue un rôle de hamac qui empêche la tête de l'humérus de se déboîter.

Une fois la butée mise en place, la capsule articulaire est suturée. Les différents plans sont ensuite refermés. Un drainage peut éventuellement être mis en place.



Risques et Complications

Toute intervention chirurgicale est sujette à un certain nombre de risques chirurgicaux et de complications précoces ou tardives. En plus des risques communs à toute intervention chirurgicale et des risques liés à l'anesthésie, il existe des risques spécifiques à l'épaule :

Une **raideur articulaire** peut se développer si la rééducation post opératoire n'est pas bien prise en charge.

Une **réaction inflammatoire** post opératoire peut survenir et occasionner des douleurs importantes et un ralentissement de la rééducation. Cela correspond à une **algodystrophie ou capsulite** de l'épaule. Leur guérison est longue. Cependant de nouveaux traitements existent et permettent de les gérer plus facilement quand le diagnostic est fait rapidement.

La survenue d'une **infection** de l'articulation est possible mais exceptionnellement rare. Cette complication nécessite un lavage de l'épaule et la prise d'antibiotiques adaptés au germe en cause.

Une **fracture**, une **mauvaise consolidation** ou une **disparition (lyse) de la butée** peuvent survenir dans certains cas sans forcément nécessiter une reprise chirurgicale.

Il est à préciser que le tabagisme est un facteur de risque majeur de ces complications.

Les risques énumérés ne constituent pas une liste exhaustive. Votre chirurgien vous donnera toutes les explications complémentaires et se tiendra à votre disposition pour répondre à vos interrogations sur les bénéfices et risques de l'intervention.

Aspects Pratiques

Les réparations de la coiffe des rotateurs de l'épaule réalisées par l'équipe d'ICOSSE se déroulent au sein de la Clinique Rhéna (<https://www.clinique-rhena.fr/fr>) ou à la clinique de l'Orangerie (<http://www.orangerie.groupe-elsan.com/>) à Strasbourg. La cellule de régulation de la clinique vous téléphonera la veille de l'intervention (ou le vendredi pour les interventions du lundi) afin de vous préciser l'heure de convocation à la Clinique.

Lors de votre consultation auprès du chirurgien, un certain nombre de documents et ordonnances vous seront remis et expliqués afin de préparer au mieux votre intervention :

Bilan radiologique +/- Arthroscanner
Consultation kinésithérapeute
Consultation anesthésiste

Un certain nombre de documents vous seront remis à la sortie de la Clinique :

Une ordonnance avec traitement antalgique, anti-inflammatoire (sauf contre-indication).

Un document vous demandant de vous rendre chez votre médecin traitant pour le contrôle du pansement vers le 15^{ème} jour post-opératoire.

Un arrêt de travail (si besoin).

Un carton de rendez-vous de contrôle chez votre chirurgien vers la 6^{ème} semaine après l'intervention.

Une ordonnance de rééducation pour votre kinésithérapeute.

Post Opératoire

Il est recommandé d'appliquer de la glace sur l'épaule pendant 15 à 20 minutes et ce 3 à 4 fois par jour.

L'attelle qui vous sera remis le jour de l'intervention doit être conservée en continu en dehors des séances de kinésithérapie et de la douche.

Le pansement est à conserver jusqu'à votre visite chez votre médecin traitant/ou infirmière.

Il se peut que ce pansement imperméable soit un peu traversé : ceci n'est pas grave et ne justifie pas le changement de ce pansement. En cas de doute, parlez-en à votre infirmière ou votre médecin.

Il est fortement déconseillé de prendre un bain avec votre pansement. A partir du 3^{ème} jour de l'intervention, il est tout à fait possible de prendre une douche en prenant soin de ne pas décoller le pansement.

La rééducation avec votre kinésithérapeute sera à débiter dès votre retour à domicile selon le protocole qui lui sera remis.

Il est indispensable de *prendre contact avec votre kinésithérapeute avant l'intervention*, de planifier les séances et d'*organiser votre mode de déplacement (transport en VSL, ambulance et taxi non pris en charge par la Sécurité Sociale)*.

La conduite automobile est autorisée à partir de la 6^{ème} semaine post-opératoire

La reprise de la natation, du vélo et de la course à pied peut se faire entre la 6^e semaine et le 3^e mois post opératoire en fonction de l'évolution.

Les sports utilisant l'épaule, les sport d'armé du bras ou les sports contacts ne seront repris qu'au 6^e mois post opératoire.

Ces délais sont donnés à titre indicatif et peuvent varier en fonction de l'évolution. Ils seront adaptés à votre situation particulière lors des consultations de contrôle auprès de votre chirurgien.

Vous pouvez joindre le Cabinet Médical du 35 avenue du Rhin au **03 88 35 33 46**
ou alors, en cas d'urgence, la Clinique Rhéna au **03 90 67 40 10**.

