

## INSTABILITÉ DE L'ÉPAULE : TYPES ET TRAITEMENT

Par le Dr Eduard Alentorn-Geli

L'articulation de l'épaule (ou gléno-humérale) est l'articulation la plus mobile du corps humain, mais en même temps une articulation facilement instable. Cela est dû en grande partie au fait que les os qui composent cette articulation ont une disproportion en taille, c'est-à-dire que la tête humérale est beaucoup plus grande que la cavité glénoïde. Pour cette raison, la capsule articulaire, le labrum glénoïdien (fibrocartilage qui entoure le bord de la cavité glénoïde et confère donc la stabilité à l'articulation), les ligaments et les tendons (coiffe des rotateurs) sont d'une importance cruciale pour maintenir les os en position et ainsi prévenir la luxation. La luxation de l'épaule est définie lorsque les os qui composent l'articulation de l'épaule (tête humérale et cavité glénoïde) perdent leur contact ou leur position normale. Les patients remarquent et expliquent parfois que « mon épaule a glissé ». Cette luxation peut parfois être incomplète et diminuer automatiquement, étant considérée comme une subluxation. Cependant, à d'autres occasions, la luxation est complète et nécessite la participation d'un médecin, généralement un chirurgien orthopédiste, pour réduire l'articulation ou déplacer la tête humérale et la cavité glénoïde dans leur position correcte.

Il existe plusieurs types d'instabilité gléno-humérale, classées selon leur direction (luxation antérieure, postérieure ou inférieure) ou leur présentation clinique (aiguë ou chronique ; premier épisode ou rechute ; traumatique, multidirectionnel, atraumatique ou volontaire). La présentation clinique la plus fréquente est une luxation antérieure récurrente traumatique ou non traumatique, en fonction du degré de lésion existante et de l'intensité du mécanisme responsable de la luxation. La blessure prédominante est la désinsertion du labrum glénoïdien antérieur ou lésion de Bankart. Plus une épaule a été disloquée, moins il faut d'énergie pour la disloquer à nouveau, et c'est quelque chose que les patients expliquent parfaitement.

Le diagnostic d'instabilité de l'épaule est principalement clinique, c'est-à-dire que le patient expliquera son problème de manière assez claire, ce qui peut être confirmé par l'examen physique au moyen de la manœuvre d'appréhension positive avec repositionnement positif. C'est-à-dire que lorsque l'épaule est placée en abduction et en rotation externe, le patient aura la sensation que l'épaule va se disloquer et ce sera effrayant. Cette sensation s'améliorera avec la pression précédente sur l'épaule, connue sous le nom de manœuvre de repositionnement. Ces manœuvres seront très révélatrices d'une instabilité gléno-humérale antérieure. Évidemment, la présence d'une instabilité dans d'autres directions doit également être évaluée : boîte postérieure pour l'instabilité postérieure et signe sulco pour la inférieure. Il existe divers aspects démographiques et cliniques qui conditionnent en grande partie le traitement le plus efficace. L'âge du patient (taux de récurrence élevé plus le patient est jeune au premier épisode de luxation), le type et le niveau de sport pratiqué (risque de rechute plus élevé si des sports de contact de haut niveau sont pratiqués), la présence ou non d'une hypermobilité articulaire, ou encore des lésions osseuses sont quelques-uns des facteurs les plus importants. La présence de lésions osseuses associées est particulièrement pertinente, comme la lésion de Hill-Sachs (impaction ou défaut osseux à l'arrière de la tête humérale à la suite d'un contact entre la cavité glénoïde antérieure et la tête humérale elle-même, généralement en cas d'épisodes multiples de luxation) ou la fracture de la glène antérieure (lésion de Bonart). Parfois, il n'y aura pas de fracture de la cavité glénoïde, mais il y aura une érosion qui finira par entraîner une perte osseuse.

Dr. Eduard Alentorn Geli  
Chirurgie de l'épaule, du coude et du genou

Le **traitement** initial d'un premier épisode de luxation sera l'immobilisation pendant 3 à 4 semaines, puis la perte de mobilité et de force musculaire sera acquise. Ce dernier est d'une importance vitale en tant qu'élément stabilisateur de l'articulation. En cas d'échec d'un traitement **conservateur (non chirurgical)** ou dans les cas où il existe de nombreux épisodes de luxation et surtout si ceux-ci sont de très faible **énergie**, un traitement chirurgical sera recommandé. Le traitement chirurgical le plus largement accepté aujourd'hui est la réinsertion ou la réparation capsulolabrale arthroscopique ou **la réparation Bankart**. Sans ouvrir l'**articulation** et en utilisant ce que l'on appelle des portails, une caméra haute résolution et divers instruments sont utilisés pour placer des ancrés dans la crête glénoïde où se trouve la lésion capsulolabrale et où ce dernier tissu est recousu à l'**os** dont il a été déchiré. Cette procédure doit être effectuée dans toutes les zones où le **labrum glénoïdien** a été désinséré. De plus, s'il y a une lésion de **Hill-Sachs** importante, une procédure appelée **remplissage** doit être ajoutée, qui consiste à rendre l'insertion de la capsule et du **tendon infra-épineux plus** postérieure par des ancrages dans la tête humérale postérieure, éliminant ainsi le défaut osseux existant. Cela réduit les risques de re-luxation. Lorsque la réparation arthroscopique Bankart ne fonctionne pas et que le patient présente une autre luxation de l'épaule, ou qu'il y a simplement une perte osseuse importante qui rend conseillé de ne pas effectuer la réparation initiale Bankart, une technique avec un arrêt osseux est recommandée. Cela peut se faire au moyen d'une **greffe** osseuse placée dans la partie antérieure de la cavité glénoïde, ou par transposition de l'apophyse coracoïde et du tendon articulaire qui y est inséré. Cette dernière technique est connue sous le nom de **technique Latarjet** ou **Bristow-Latarjet**, et s'est avérée très efficace pour prévenir la relocalisation de l'épaule.

Le protocole post-opératoire ne diffère pas beaucoup de la **technique chirurgicale** utilisée. En règle générale, **les patients** devront rester avec un **immobilisateur** d'épaule pendant environ 3 à 4 semaines, puis commencer la rééducation. Les objectifs seront d'abord de gagner en **mobilité** et ensuite de gagner en **force musculaire**. Le patient sera normalement capable de conduire vers 4 à 5 semaines et de faire du **sport** vers 4 à 6 mois, selon le type et l'intensité de la pratique sportive.