

Luxations récidivantes de l'épaule

Les luxations récidivantes de l'épaule est une pathologie rencontrée chez le sujet jeune et généralement sportif. Son traitement rapide est impératif pour éviter les lésions articulaires dont la fréquence augmente avec le nombre des luxations. Les interventions chirurgicales de Bankart sous arthroscopie et de Latarjet-Bristow répondent à des critères précis permettant de traiter les patients dans les meilleures conditions et d'assurer ainsi une reprise rapide des activités.

Qu'est ce qu'un épaule instable ?

L'épaule correspond à l'articulation gléno-humérale entre la tête humérale et la glène de l'omoplate (voir animation). 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 (voir animation ci-contre)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 même 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.

L'évolution de cette instabilité se fait vers des luxations de plus en plus faciles et fréquentes. Les dégâts articulaires occasionnés concernent les structures labro-capsulo-ligamentaires mais aussi le cartilage de l'articulation, l'os de la glène et de la tête humérale et enfin les tendons de la coiffe des rotateurs. Dans certaines luxations violentes des lésions vasculo-nerveuses peuvent même être rencontrées. L'ensemble de ces lésions s'aggrave logiquement avec la fréquence des luxations.

Pourquoi une opération ?

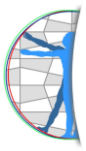
Le but de la stabilisation chirurgicale de l'épaule est d'empêcher les déboîtements à répétition prévenant ainsi la dégradation progressive de l'articulation et la perte fonctionnelle de l'épaule.

Cette intervention stabilisatrice permet de restaurer une bonne dynamique articulaire compatible avec la reprise des activités fonctionnelles dans de bonnes conditions.

Elle doit donc s'envisager dès la récurrence des luxations ou même en cas d'épaule douloureuse instable sans luxations complètes.

Qu'est ce qu'une stabilisation de l'épaule ?

La stabilisation de l'épaule consiste à empêcher la tête de l'humérus de sortir de son emplacement naturel. Deux techniques chirurgicales sont envisageables : la suture capsulaire, ligamentaire et labrale par la technique de **BANKART**, ou la mise en place d'un bloc osseux en avant de la glène par la technique de la butée coracoïdienne vissée selon **LATARJET**.



La technique de **BANKART** est réalisée sous arthroscopie, c'est à dire sans ouvrir l'articulation de l'épaule. Deux ou trois petites incisions de 5mm chacune sont réalisées autour de l'épaule. Un arthroscope, c'est à dire une petite caméra, est introduit par l'une d'entre elles pour visualiser l'ensemble de l'articulation et notamment les lésions de la capsule et des ligaments. Des instruments de petite taille sont introduits par les autres incisions pour réaliser le geste chirurgical. Plusieurs ancrs sont impactés au niveau de la glène. Les fils montés sur ces ancrs sont passés dans la capsule et les ligaments et noués entre eux afin de réparer les lésions.

La technique de la butée selon **LATARJET** nécessite une incision courte en avant de l'épaule. L'apophyse coracoïde, qui est située à proximité sur l'omoplate, est prélevée. Elle est alors fixée en avant de la glène par une ou deux vis et constitue un butoir osseux qui empêche la tête humérale de partir en avant.

Quelle intervention choisir ?

Le choix entre l'une ou l'autre technique fait appel aux caractéristiques anatomiques, physiologiques, cliniques et radiographiques du patient (score ISIS et reprise des activités sportives)

Quelque soit la technique utilisée, l'intervention dure en moyenne 45 mn et nécessite une hospitalisation de 2 jour à 3 jours.

L'intervention est réalisée généralement sous anesthésie loco-régionale ou sous anesthésie générale. Le choix du mode d'anesthésie est à discuter avec votre anesthésiste.

Après l'opération, un pansement stérile vous sera fait à la clinique il est à changer et à surveiller attentivement tous les 2 jours à domicile par une infirmière pendant 3 semaines. Le traitement contre la douleur devra être pris systématiquement.

Une attelle coude au corps sert à immobiliser et à protéger la zone opératoire durant tout le temps de la cicatrisation. Le port de cette attelle doit impérativement et scrupuleusement suivre les consignes de votre chirurgien.

Rééducation post-opératoire et la reprise des activités

Pendant les 3 premières semaines suivant l'opération, votre épaule est immobilisée dans une attelle coude au corps. Vous pouvez l'enlever et bouger votre coude et votre main

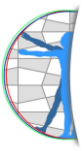
Après la 3ème semaine et la visite de contrôle chez votre chirurgien, vous pouvez enlever progressivement votre attelle et commencer la rééducation chez votre Kinésithérapeute selon les modalités prescrites

Les mouvements en rotation externe sont formellement interdits pendant les 6 premières semaines.

Il faut généralement attendre le 2ème mois pour que le membre supérieur opéré puisse reprendre les activités fonctionnelles peu contraignantes de la vie quotidienne (conduite, ménage, port de petites charges).

La reprise du travail survient en général entre le 2ème et le 3ème mois et dépend surtout de vos activités professionnelles et de la sollicitation de votre membre supérieur. Les modalités de cette reprise doivent être envisagées précisément avec votre chirurgien

La reprise sportive n'est pas envisageable avant le 3ème mois. Ensuite elle dépend essentiellement du type de sport pratiqué. Cette reprise sportive est un élément important décisionnel du type d'intervention à pratiquer sur votre épaule, elle doit donc être envisagée avec votre chirurgien avant l'acte chirurgical.



Quels sont les risques et les complications ?

En plus des risques communs à toute intervention chirurgicale et des risques liés à l'anesthésie, notons quelques risques plus spécifiques à ce type de chirurgie :

- Un hématome peut se constituer. Le risque est plus grand en cas d'intervention pour butée coracoïdienne vissée. Il peut nécessiter une évacuation chirurgicale.
- Un enraidissement douloureux de l'épaule peut se développer. Cette raideur peut être due à une réaction inflammatoire (capsulite) ou à une déminéralisation (algodystrophie). Ces 2 complications doivent faire l'objet d'un diagnostic précis et d'un traitement approprié. Leur évolution est longue même avec un traitement adapté. La récupération de l'épaule se fait au bout de plusieurs mois.
- La survenue d'une infection de l'articulation reste exceptionnelle puisque le geste chirurgical est réalisé sous lavage arthroscopique pour le BANKART. Cette complication connue nécessite un lavage de l'épaule et une antibiothérapie dont la prescription et la durée du traitement dépendent du germe en cause. Un suivi dans le service de médecine infectieuse du Pr Dellamonica sera alors impératif.

En cas de butée, une fracture, une mauvaise consolidation ou une disparition de la butée peuvent survenir dans certains cas sans nécessiter forcément une reprise chirurgicale.

En cas de BANKART arthroscopique, il existe un risque de récurrence évalué en moyenne à 15% des cas. Ces récurrences sont surtout retrouvées lors de la reprise de certains sports. Elles peuvent faire l'objet d'une reprise chirurgicale par la technique de la butée vissée.

Les risques énumérés ne constituent pas une liste exhaustive. Votre chirurgien donnera toute explication complémentaire et se tiendra à votre disposition pour évoquer avec vous chaque cas particulier avec les avantages, les inconvénients et les risques de l'intervention.

Les résultats attendus de votre opération

La disparition de la douleur, de l'appréhension et des sensations d'instabilité est très rapide après l'opération.

La récupération de la mobilité et de la force musculaire se fait généralement dans des conditions particulièrement satisfaisantes à partir du 3ème mois.

La récurrence de l'instabilité dépend surtout du sport pratiqué. Il faut donc rester vigilant face aux risques que représentent les sports avec armé-contré du bras (volley, tennis, basket, hand ou rugby).

Les résultats de ces techniques sont très satisfaisants puisqu'on obtient une épaule stable dans près de 90% des cas pour le Bankart arthroscopique et dans 95% des cas pour la butée. En plus, le risque d'évolution vers l'arthrose de l'épaule est largement minoré sur une épaule stabilisée.