

Instabilité de l'épaule

Qu'est-ce que c'est ?

L'épaule est l'articulation la plus souple du corps, la forme des os (omoplate plane et humérus semi sphérique) permet de grandes amplitudes dans différentes directions. Pour qu'elle reste stable il existe plusieurs ligaments qui vont maintenir ces os en contact.



La perte de la stabilité de l'épaule se traduit soit par des douleurs avec sensations de déboitement imminent soit par des sensations de déboitement que l'on peut remettre en place soit même (subluxation) soit par une luxation vraie que l'on ne peut réduire sans aide.

L'instabilité peut être favorisée par une hyperlaxité ligamentaire ou par un traumatisme. Elle est caractérisée par sa direction : antéro interne dans la majorité des cas, postérieure plus rarement et exceptionnellement inférieure. Les récurrences sont d'autant plus fréquentes que le 1^{er} épisode survient chez un patient jeune, hyperlaxé, pratiquant des activités sportives ou professionnelles à risques, ou qu'il existe une fracture associée importante.

Les luxations peuvent s'accompagner de fracture de l'omoplate ou de l'humérus. Survenant après 40 ans elles sont susceptibles de léser les tendons de la coiffe des rotateurs. De même, les luxations répétées favorisent l'arthrose de l'épaule.

Traitements :

Instabilité sans luxation :

Les premiers épisodes seront traités par de la rééducation, l'adaptation du geste sportif ou professionnel. Si la gêne devait persister, il faudra envisager une intervention.

Luxation

L'articulation étant « déboîtée » il faut la remettre en place, dans la grande majorité des cas cela est possible aux urgences avec des antalgiques et de la relaxation.

En cas d'échec ou de grosse fracture associée, une anesthésie générale peut être nécessaire.

Une immobilisation sera nécessaire pour protéger l'épaule. La durée sera fonction de l'âge, du nombre de récurrence et d'une possible fracture associée.

Stade d'instabilité chronique

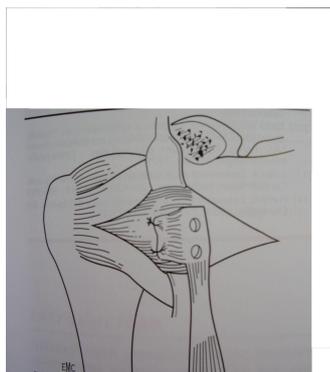
En cas de récurrence, un traitement chirurgical sera à envisager pour stabiliser l'épaule.

Il existe 2 techniques principales :

La butée osseuse reste la référence pour ce type de problème en France, elle sera particulièrement indiquée chez le sujet jeune pratiquant les sports de contact.

Elle nécessite une hospitalisation de 3 jours environ, une anesthésie générale, une ouverture sur le devant de l'épaule.

On transfère un fragment de l'omoplate en avant de l'articulation que l'on maintient par 1 à 2 vis.



Une attelle sera à conserver environ 1 mois en fonction de la douleur, la rééducation débutera dès le lendemain de l'intervention et se poursuivra jusqu'à la complète récupération. Elle consistera en une récupération des amplitudes articulaires, certains mouvements seront limités au début pour permettre une bonne cicatrisation. Le renforcement musculaire ne débutera qu'à 3 mois, les sports de contact à 6 mois.

La capsuloraphie : consiste à retendre les ligaments au bord de l'omoplate, cette intervention se fait généralement sous arthroscopie. Elle sera plutôt indiquée chez les patients ne pratiquant pas d'activité à risque traumatique et d'âge supérieur à 30 ans afin de limiter les risques de récurrence.

En cas de fracture tassement de la tête humérale (encoche de Mlagaigne), on y associe une suture des tendons de la coiffe des rotateurs pour combler la fracture (technique de remplissage).

Les suites seront identiques à celles de la butée.

La présence d'une fracture ou de lésions tendineuses associées peut modifier la prise en charge. De même chaque cas étant spécifique, on adaptera la technique et la rééducation en fonction de chacun.

Il n'existe pas d'acte chirurgical sans **risque de complications secondaires**:

- **Raideur** : notamment en rotation, pour limiter ce risque il sera nécessaire de bien suivre sa rééducation.

- **Algodystrophie ou capsulite rétractile** : des douleurs inhabituelles parfois une main gonflée, douloureuse, avec transpiration, puis raideur est rare mais préoccupante, elle survient plus fréquemment chez les gens anxieux. L'évolution est traînante sur 6 à 24 mois, les séquelles sont possibles (douleurs résiduelles, raideurs).

- **Résorption ou un défaut de fusion de la butée** peut survenir sans que cela soit péjoratif, mais la récurrence est toujours possible.

- **saignement et hématome** : généralement résolutif en quelques jours, d'autant plus fréquent qu'il existe une prise d'anticoagulants.

- **retard de cicatrice** : le risque est augmenté par le diabète les problèmes artériels ou veineux et le tabagisme.

- **l'infection post-opératoire** : douleurs anormales, pulsatiles ; gonflement et rougeur importante ; fièvre, pouvant nécessiter des soins locaux ; la prise d'antibiotique. Une ré-intervention est toujours possible. Pour limiter ce risque, le pansement doit rester sec et propre, il doit être renouvelé régulièrement selon les consignes, par un professionnel.

- **les lésions nerveuses**: baisse de sensibilité, fourmillements dans les doigts qui disparaissent généralement en quelques mois, en cas de plaie du nerf nécessitant une ré-intervention, des séquelles peuvent persister.

- **les lésions tendineuses** : une rupture de tendon peut survenir avant pendant ou après l'intervention, par lésion avec un outil chirurgical ou par le traumatisme initial qui peut fragiliser le tendon ou le rompre secondairement (classiquement décrit après certaines fractures du poignet par exemple)
- **le déplacement du matériel** : fracture de vis, déplacement intra articulaire, butée débordante entraînant un conflit avec la tête humérale nécessitent une nouvelle intervention pour limiter les risques d'arthrose.
- **Les réactions allergiques** : au latex, aux antibiotiques, au matériel implanté, aux pansements... il est important de bien signaler vos antécédants allergiques.
- Complications **anesthésiques et au traitement médical** post opératoire pouvant engager le pronostic vital.
- **la récurrence** est inhabituelle mais n'est jamais exclue

Pour lutter contre ces complications une intervention est toujours possible. Cette intervention peut être annulée le jour même en cas de circonstances exceptionnelles.

Votre chirurgien est le mieux placé pour répondre à toutes les questions que vous vous poseriez avant ou après votre intervention. Cette fiche d'information n'est pas exhaustive, chaque cas est particulier. N'hésitez pas à lui en reparler avant de prendre votre décision.