

Dr Laurent Béguin

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET ARTHROSCOPIQUE
CHIRURGIE DE L'ÉPAULE

Dr François Chalencon

CHIRURGIE DE LA HANCHE ET DU GENOU
TRAUMATOLOGIE DU SPORT

Dr Florent Delangle

CHIRURGIE DE LA HANCHE ET DU GENOU
CHIRURGIE DU PIED

Dr François-Xavier Verdot

CHIRURGIE DE LA HANCHE ET DU GENOU
TRAUMATOLOGIE DU SPORT

Butée coracoïdienne de l'épaule

L'instabilité de l'épaule est une maladie fréquente particulièrement chez le sujet jeune et sportif ; elle peut s'exprimer de trois façons : la luxation récidivante, la sub-luxation récidivante ou les douleurs dans certaines situations sportives notamment à l'armé du bras.

- La maladie : De par son anatomie, l'articulation gléno-humérale (articulation de l'épaule) est l'articulation la plus mobile de l'organisme mais également la plus instable. Les éléments ligamentaires notamment en avant et en bas de l'articulation sont soumis à d'importantes contraintes notamment lors des mouvements d'armé du bras (lancés, smatchs) les lésions peuvent toucher ces ligaments gléno-huméraux et également le bourrelet articulaire situé autour de la glène de l'omoplate qui améliore la profondeur de la surface et donc la stabilité de

l'articulation mais qui peut être désinsérée ou déchirée.

Introduction

- **Instabilité antérieure**

- désordre fonctionnel, unilatéral et pathologique.
- 95% des instabilités gléno-humérales
 - 5% : instabilité postérieure

- **Incidence**

- Hommes : 70%
- Sportifs : 75%
- < 30 ans : 85%



- Signes et symptômes : Il peut s'agir de luxation vraie de l'épaule nécessitant une anesthésie ou une réduction par un médecin mais également de sensation de déboitement-réemboîtement de l'articulation dans certains mouvements réalisés au-dessus du niveau des épaules en haut et ou en arrière. Il existe souvent un facteur déclenchant à cette instabilité à savoir un traumatisme initial, (chute de ski, chute de moto, mouvement d'armé contré) avec, ou non, un premier épisode de luxation vraie. L'instabilité peut s'exprimer uniquement par des douleurs dans le geste sportif. On l'appelle alors instabilité fruste.

Tableau clinique

- **Les luxations récidivantes**

- Manœuvre de réduction



- **Les subluxations récidivantes**

- Sensation de blocage, de mobilité anormale, d'appréhension douloureuse
- Pas de manœuvre de réduction



- **L'épaule douloureuse pure**

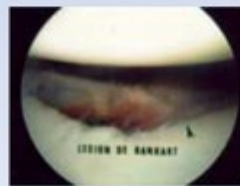
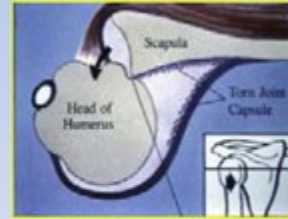
- Symptôme d'instabilité. Douleur à l'armer

- Diagnostic et examens complémentaires : En cas d'épisodes récidivants d'une luxation, le diagnostic est facile et l'examen clinique de votre médecin et/ou du

chirurgien se contentera de mettre en évidence une appréhension dans les mouvements du bras au dessus et en arrière de l'épaule.

Lésions capsulo-ligamentaires

- Distension capsulaire
- Lésion du bourrelet
- Contexte d'hyperlaxité



Dans le

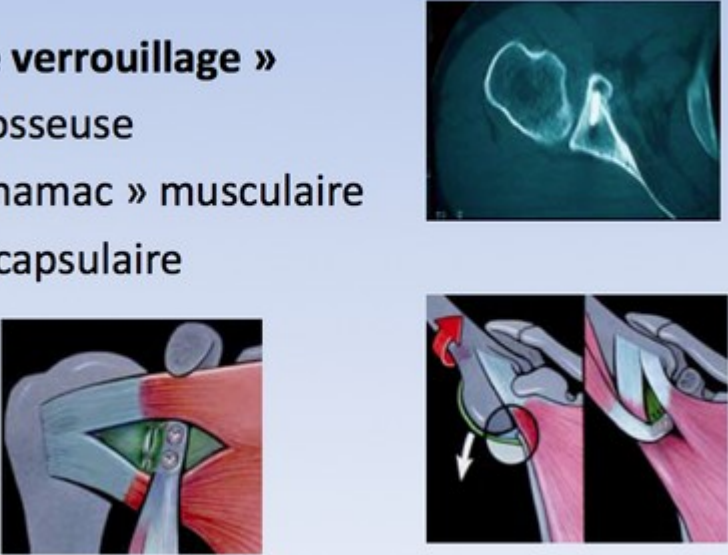
cadre de simples douleurs, c'est l'analyse de vos symptômes qui permettra d'évoquer le diagnostic qui sera confirmé par des examens complémentaires : il s'agira de radiographies avec des incidences spécifiques et d'un arthroscanner qui permettra de montrer les lésions situées le plus souvent au niveau du bourrelet glénoïdien et ou, des ligaments gléno-huméraux ; une lésion osseuse de la glène peut également être associée.

- Traitement de l'instabilité : Si un premier épisode de luxation doit être traité par une immobilisation de 4 à 6 semaines avec rééducation dans les suites, la récurrence de luxation (instabilité vraie) nécessite un traitement chirurgical tout comme les sub-luxations récidivantes ou les douleurs chroniques du geste sportif dans le cadre d'instabilité fruste . Votre chirurgien, après analyse de votre demande fonctionnelle, personnelle et sportive ainsi, des lésions osseuses et ligamentaires, vous proposera le traitement le plus adapté à votre cas personnel ; il pourra s'agir d'un traitement par « butée osseuse vissée », intervention réalisée classiquement à

ciel ouvert ou d'une intervention de retention capsulo-ligamentaire arthroscopique.

Butée (Latarjet-Patte)

- « Triple verrouillage »
- Greffe osseuse
- Effet « hamac » musculaire
- Plastie capsulaire



The complex block contains three images. The top right image is a CT scan of a shoulder joint, showing the bony structures and the position of the Latarjet-Patte procedure. The bottom left image is an anatomical diagram of the shoulder joint, highlighting the Latarjet-Patte procedure in red. The bottom right image is a diagram showing the mechanism of the 'hamac' effect, with a red arrow indicating the direction of the force.

- Les complications : Les gestes chirurgicaux quels qu'ils soient, réalisés par des mains expérimentées, entraînent un risque très faible de récurrence d'instabilité, encore plus faible par une intervention classique de butée osseuse vissée. Cette technique « à ciel ouvert » peut se compliquer d'infection (inférieure ou égale à 1%), d'une lésion d'un nerf (nerf musculo-cutané), exceptionnelle, d'une limitation de la mobilité, rare. Dans tous les cas la spécialisation et l'expérience de l'opérateur réduit le nombre de résultats insatisfaisants et de complications.
- Suites opératoires et rééducation : Après l'intervention par butée osseuse vissée, le bras est maintenu dans une écharpe mais il n'y a pas d'immobilisation stricte et la rééducation est immédiate. Dans le cas d'une intervention de retention capsulo-ligamentaire arthroscopique, une immobilisation d'un mois est nécessaire à la cicatrisation de l'appareil ligamentaire. La rééducation débute ultérieurement. Le résultat fonctionnel des deux techniques est identique à trois mois. Les activités sportives peuvent être reprises à ce délai mais les activités sportives dites « à risque » (rugby, judo, ski, hand-ball...) seront reprises à six mois.