

Docteur David FORISSIER
Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Chirurgie de la Main - Membre Supérieur

Centre de la main TOULON Tel : 04.98.00.09.13 – Fax : 04.98.00.11.61
Centre de la main LA CIOTAT Tel : 04 42 08 73 48 – Fax : 04 42 08 73 42

INSTABILITE DE L'EPAULE

Fiche d'information : Mars 2012

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, hyperlaxe, 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 « déboitée » 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, sportif.

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 peut se faire sous arthroscopie, mais sera plutôt indiquée dans mon expérience, chez les patients de plus de 30 ans ne pratiquant pas d'activité à risque traumatique afin de limiter les risques de récurrence.

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** :

- l'infection post-opératoire qui peut nécessiter la prise d'antibiotique prolongée, une réintervention est toujours possible.
- la raideur : notamment en rotation, pour limiter ce risque il sera nécessaire de bien suivre sa rééducation.
- l'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).
- les lésions nerveuses sont exceptionnelles:(fourmillements dans les doigts qui disparaissent en quelques mois,).
- La récurrence est toujours possible.

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.