

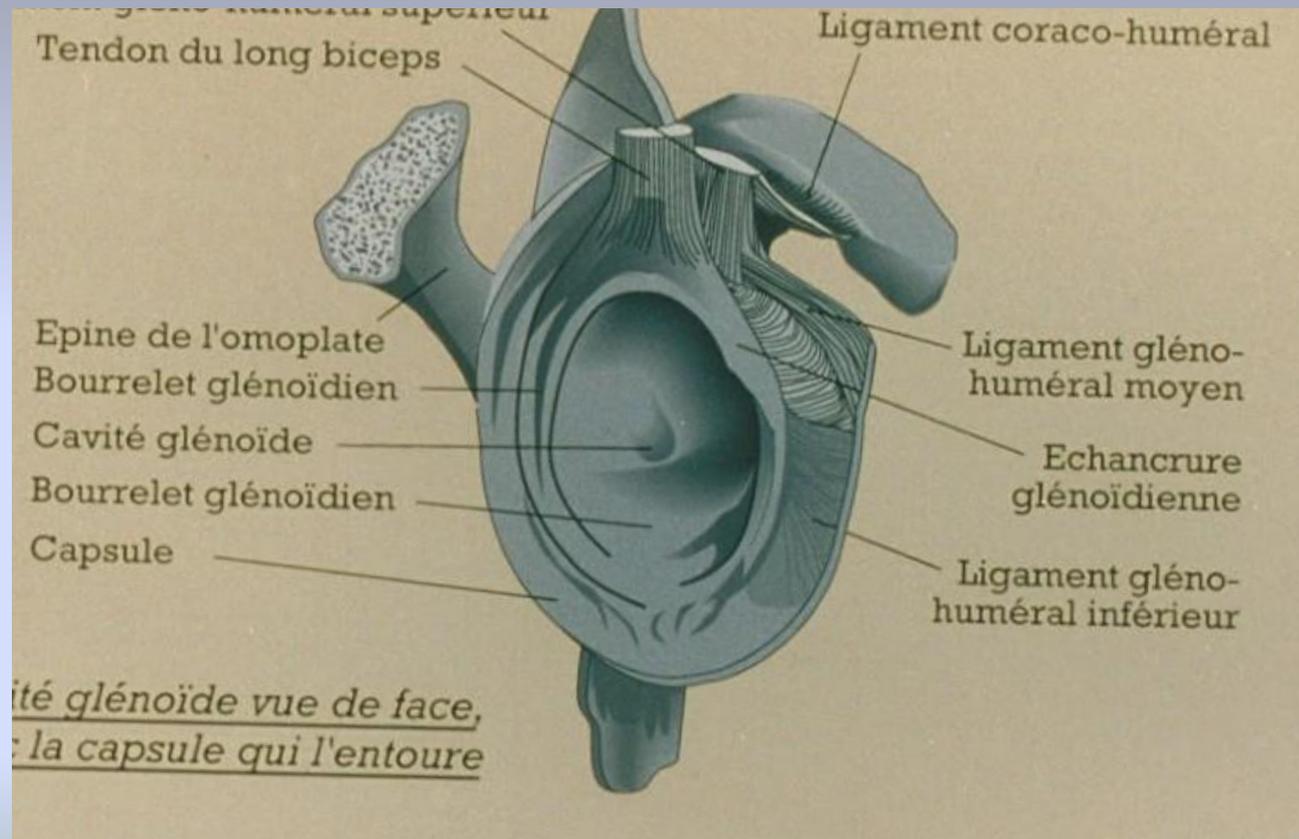
INSTABILITE ANTERIEURE de l'aigu au chronique

Pr E Servien

DIU pathologie locomotrice liée à la
pratique du sport
2016



ANATOMIE



LGHI

- le plus important / stabilité antéro-interne
- 1^{er} verrou statique / subluc. ant, post et inf.
à 45 et 90° ABD

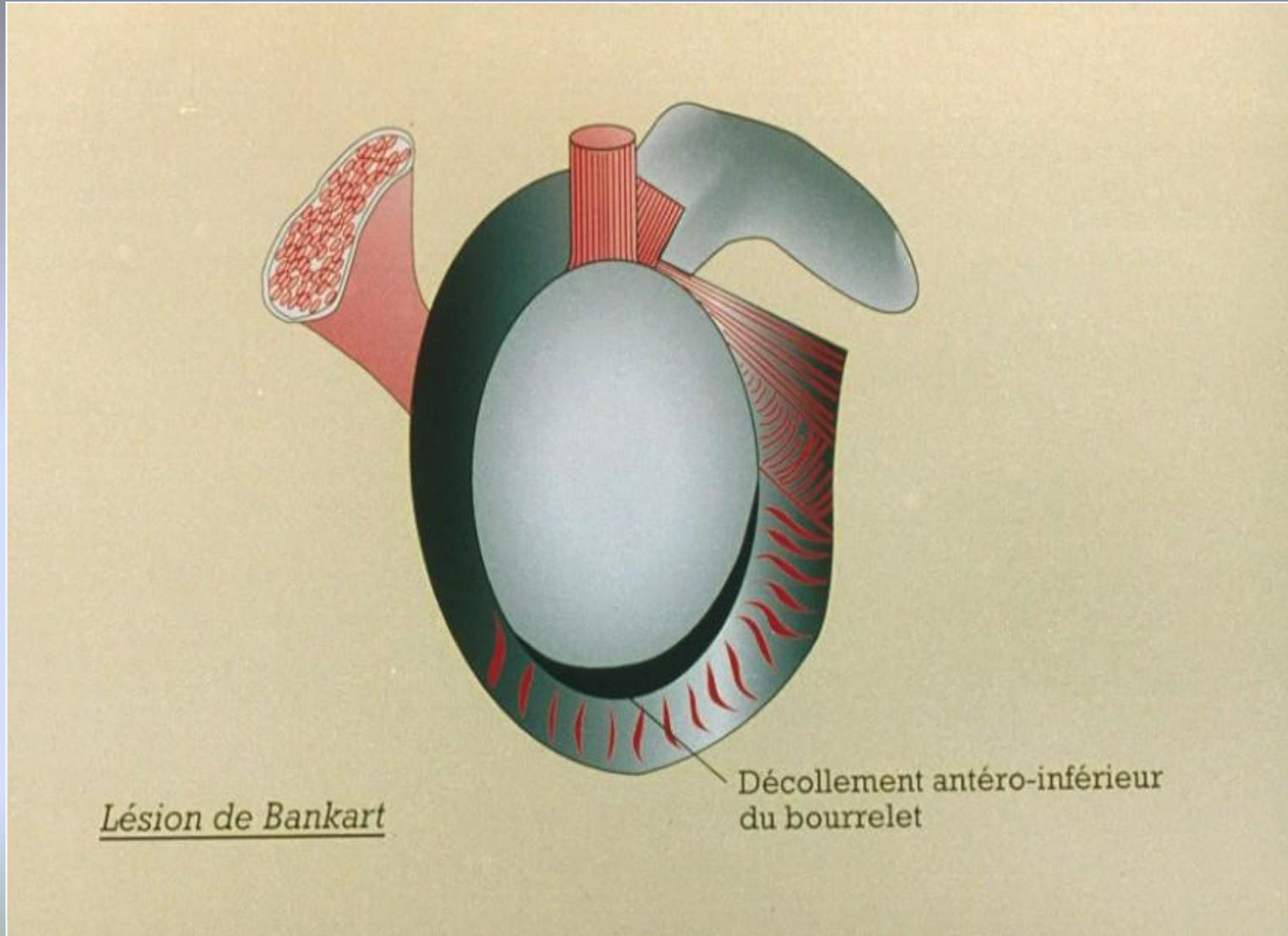
ANATOMOPATHOLOGIE

- Lésions capsulo-ligamentaires
 - Labrum ('lésion de Bankart')
 - Capsule & Ligaments (distension, déchirures...)
 - Long Biceps (SLAP)
 - Intervalle des Rotateurs
- Lésions osseuses
 - Humérus
 - Glène
- Lésions musculo-tendineuses
 - Sous-scapulaire
 - Coiffe (post.) des Rotateurs

Lésions capsulo-ligamentaires

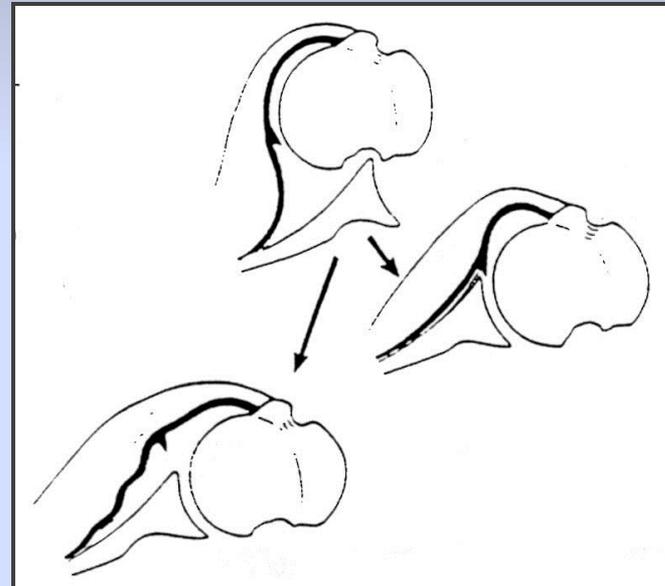
- Labrum ('lésion de Bankart')
- Capsule & Ligaments (distension, déchirures...)
- Long Biceps (SLAP)
- Intervalle des Rotateurs

Lésions capsulo-ligamentaires



lésion de Bankart

- désinsertion du bourrelet et du LGHI



Lésion de Bankart

Très fréquente

Instabilité Aiguë

95%

Instabilité Chronique

LESION DE BANKART

50 à 90%

Lésion de Bankart

Supprime l'effet « cale »:

65% de stabilité en moins (**Lazarus, 1996**)



Conséquences pratiques :

Une lésion de Bankart est pathognomonique
d'une instabilité Ant.

Lésion de Bankart

Ce n'est pas la seule lésion

3 sites de lésions du LGHI :

-Glène

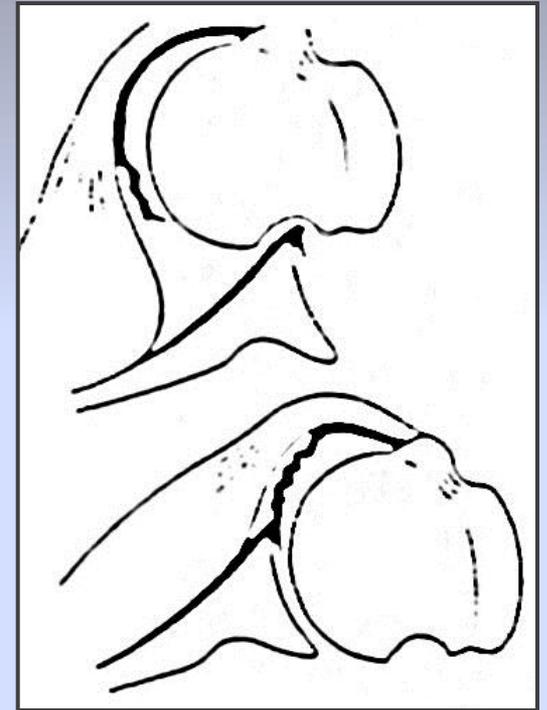
-Intra-ligamentaire

-Humérus

déchirure du LGHI

3 sites de lésions du LGHI :

- Glène
- Intra-ligamentaire
- Humérus



Lésion du LGHI

3 sites de lésions du LGHI :

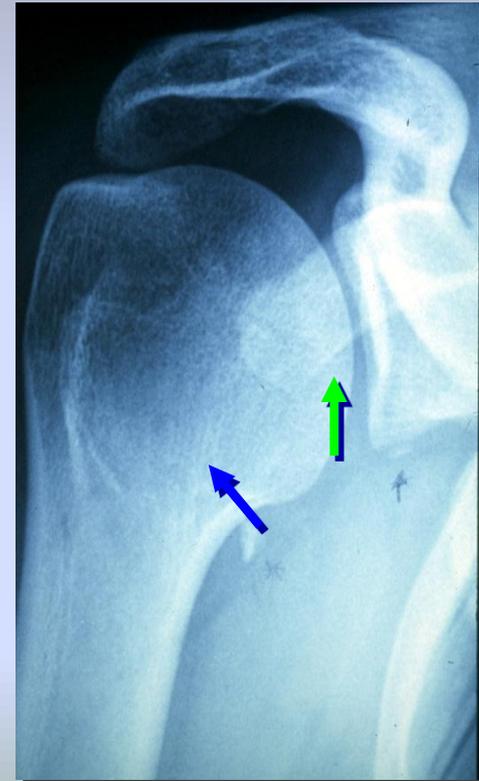
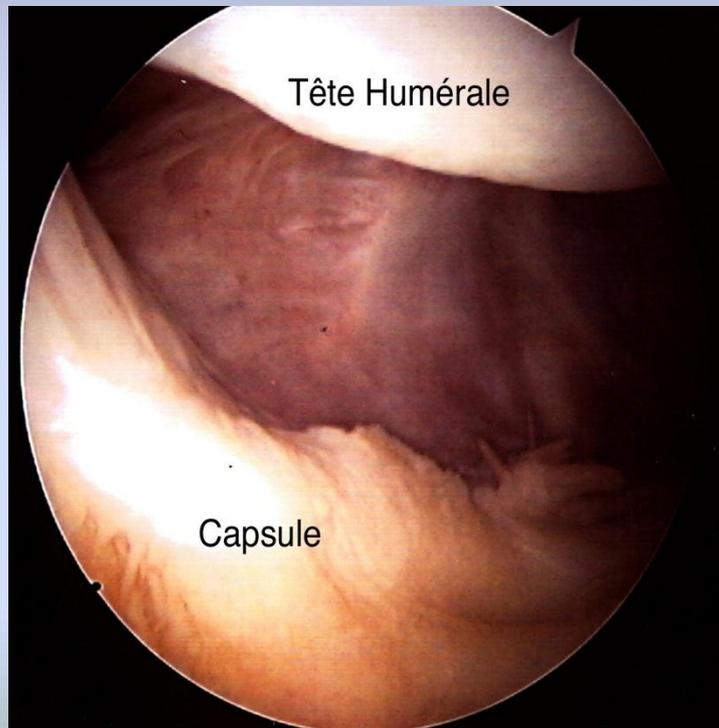
-Glène

-Intra-ligamentaire

-Humérus : HAGL

HAGL lésion

‘Humeral Avulsion of Glenohumeral Ligaments’
(Wolf, 1995)

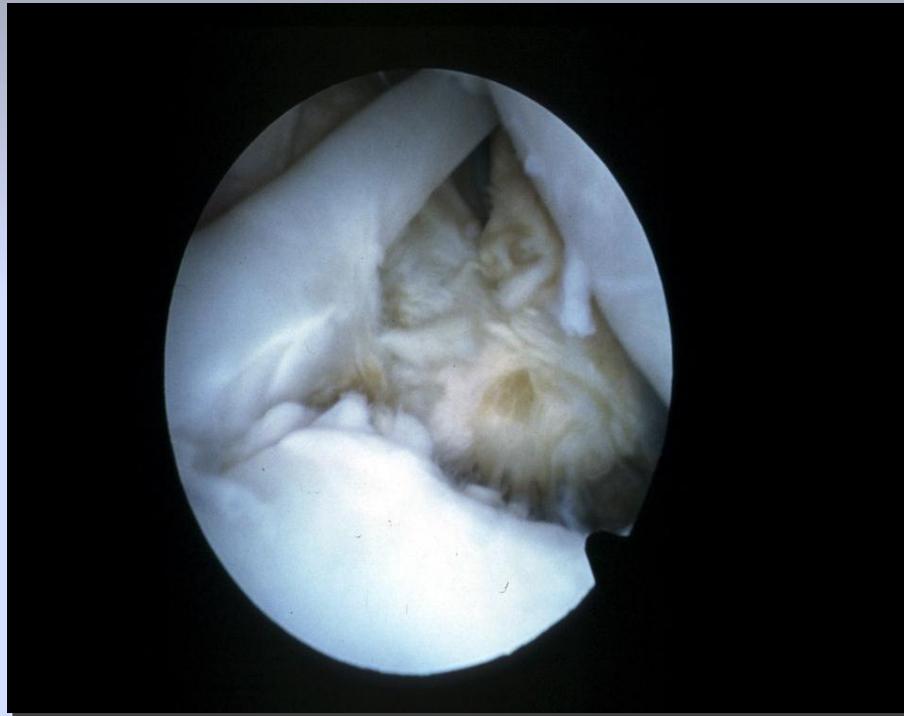


Courtesy of P. Boileau

SLAP lésion

‘Superior Lesion of the Labrum from Ant. to Post’

(Snyder, 1990)



... correspond à une extension sup. du décollement antérieur

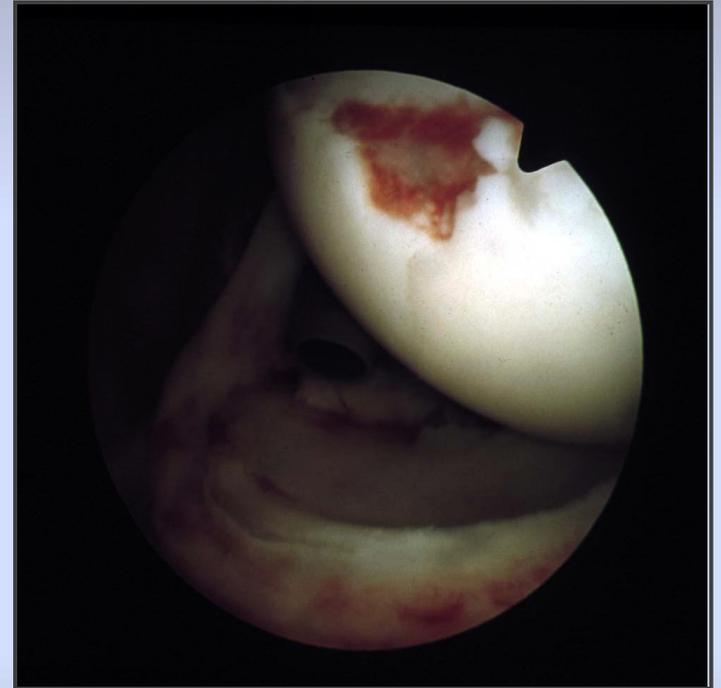
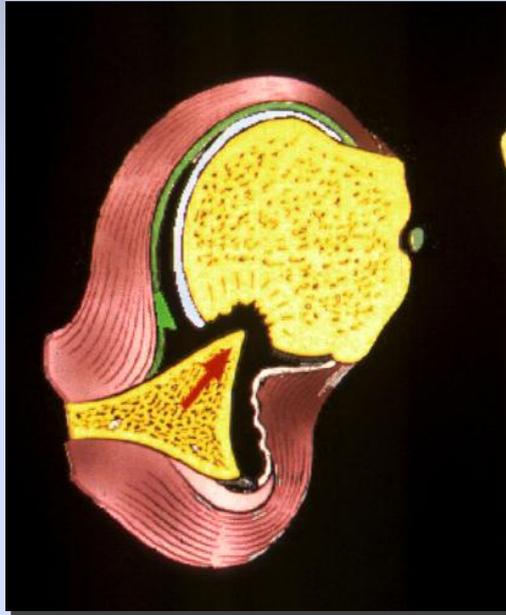
Lésions osseuses

- Humérus
- Glène

Lésions osseuses

Humérus :encoche humérale (66%)

(Malgaigne = Hill-Sachs)



Conséquence de l'impaction
céphalique sur le rebord de la glène

Lésions osseuses

Glène :

- fracture du bord antéro-inférieur
(compression ou arrachement du
LGHI)



Lésions osseuses

Glène :

- écoulement

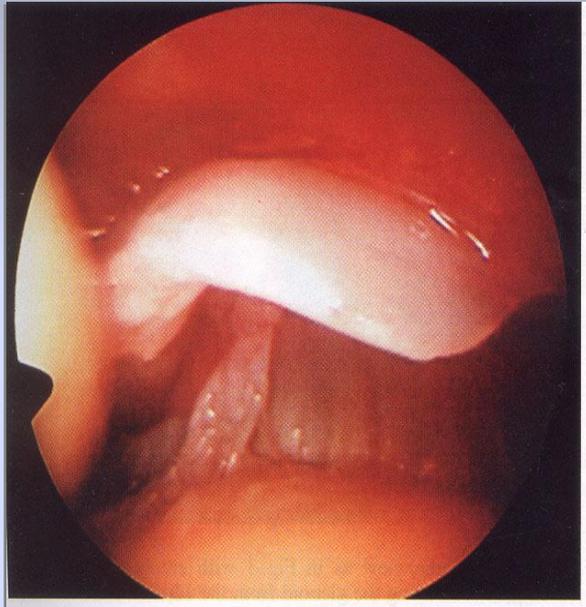


Lésions musculo-tendineuses

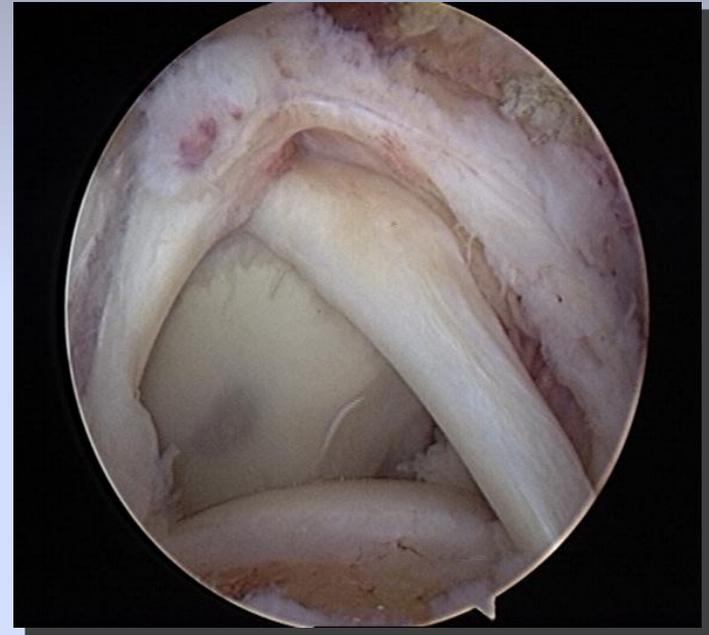
- Sous-scapulaire +/- luxation TLB
- Suprasupinatus, infrasupinatus

Lésions de la Coiffe des Rotateurs

Lésions partielles
(face profonde)
Jeune, < 40 ans



Lésions transfixiantes
Age mûr, > 40 ans



« Toute luxation de l'épaule après 40 ans est une rupture de la coiffe des rotateurs jusqu'à preuve du contraire! »

G. Walch

FORME AIGUE

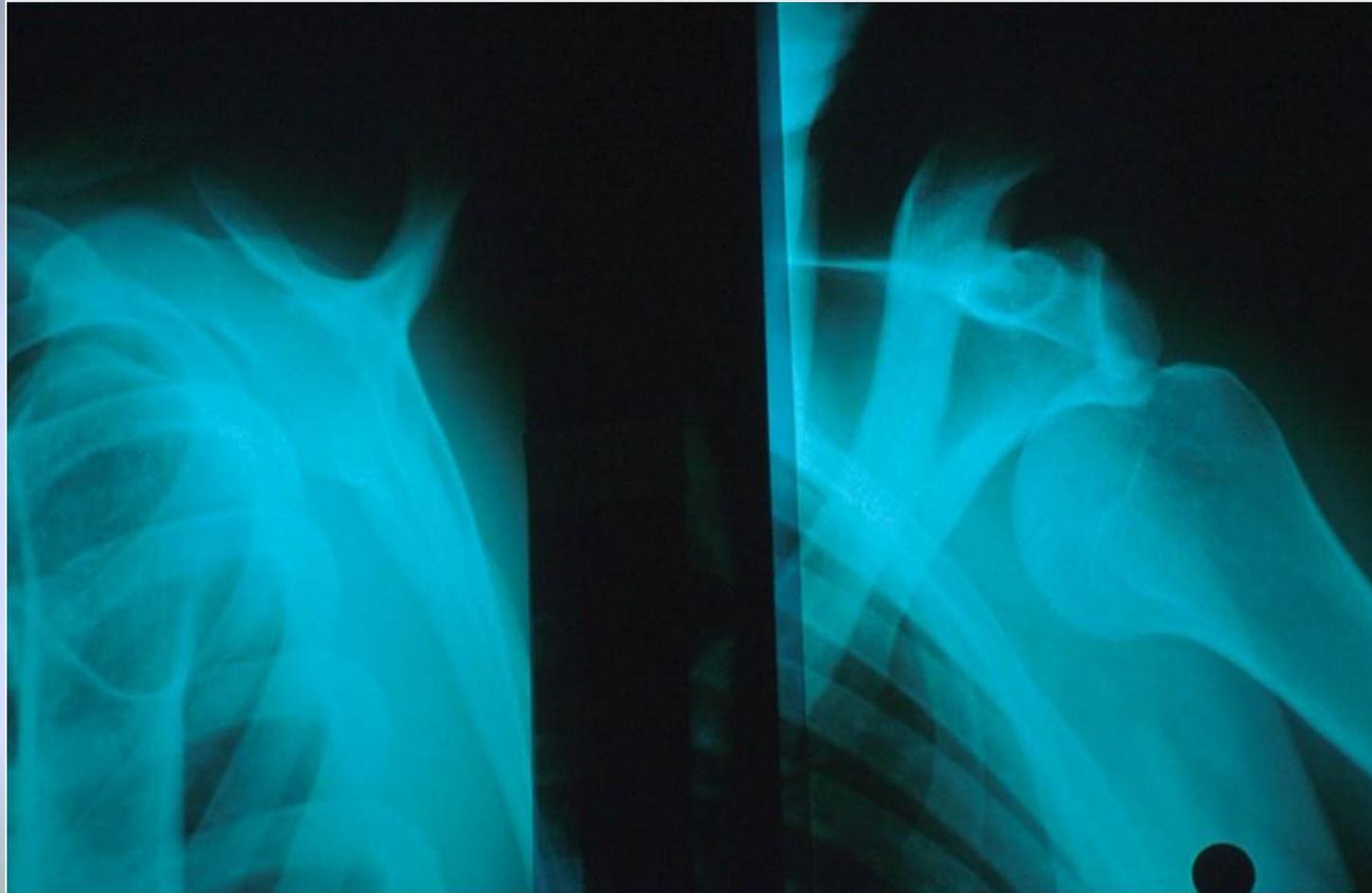
luxation/subluxation

- méthode de réduction
- immobilisation
- rééducation
- lésions associées : neurovasculaires, coiffe des rotateurs ...

LUXATION D'EPAULE

- Antérieure
- Postérieure
- Inférieure

LUXATION ANTERO-INTERNE



LUXATION ANTERO-INTERNE

Réduction

- Testing neurologique (avant réduction)
- Plusieurs manœuvres de réduction
- Quelle que soit la manœuvre : toujours en douceur (risque de fracture de glène, trochiter, ...)

Traitement immédiat

- Immobilisation en Rotation Interne
- Vérifier la sensibilité (plexus brachial)
- Après réduction : tjs faire une Rx de contrôle +++
- Analyse des lésions osseuses



Conduite à tenir après immobilisation

- Traitement chirurgical en urgence si : fracture déplacée du trochiter (réinsertion chirurgicale), fracture de plus de 30% et déplacée de la glène)
- Durée d'immobilisation : en fonction de l'âge :
- - Moins de 30 ans : risque de récidence +++
- - Plus de 40 ans : risque de rupture de coiffe associée +++

Facteur de récurrence

- Age +++
- Environ si < 20 ans : 50% de risque de récurrence dans les 2 ans
- Importance du traumatisme
- Lésions anatomiques
- Pratique sportive

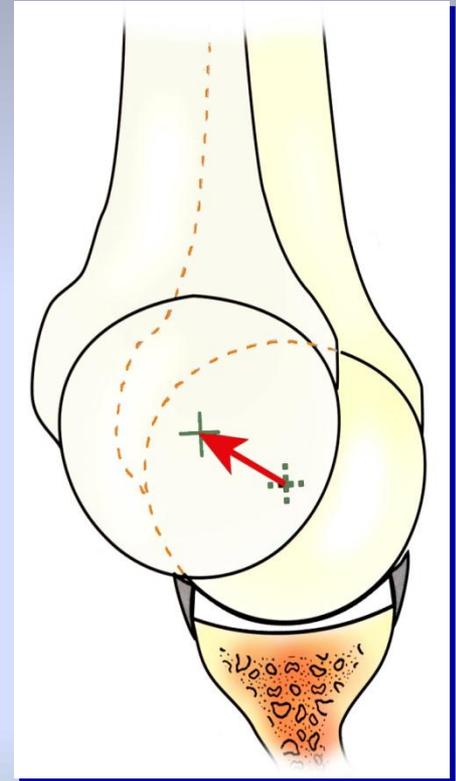
Pas de preuve

Durée d'immobilisation

- Moins de 20 ans : 6 semaines
- Entre 20 et 35- 40 ans : 4 semaines
- Plus de 40 ans : 15 jours

Instabilité : Formes Cliniques

- **Luxation:** perte de contact totale et permanente des surfaces articulaires (Réduction par un tiers)
- **Subluxation:** perte de contact partielle et transitoire des surfaces articulaires (Auto-Réduction)
- **Epaule Douleuruse & Instable (EDI):** instabilité non perçue (non verbalisée) par le patient



Instabilité : Classification

I. Degré	A. Luxation B. Subluxation C. Epaule douloureuse pure ('microinstabilité')
II. Fréquence	A. Aiguë (1 ^{ère} luxation ou subluxation) B. Chronique (ou récidivante) >3 épisodes C. Invétérée (ou fixée)
III. Etiologie	A. Traumatique 1. Macrotraumatique 2. Microtraumatique ("acquise") B. Atraumatique 1. Volontaire (musculaire) 2. Involontaire (positionnelle) C. Congénitale D. Neuromusculaire (épilepsie, ...)
IV. Direction	A. Unidirectionnelle 1. Antérieure 2. Postérieure 3. Inférieure B. Bidirectionnelle 1. Antéro-inférieure 2. Postéro-inférieure C. Multidirectionnelle (Ant-Inf-Post)
V. Hyperlaxité	A. Sans hyperlaxité B. Avec hyperlaxité

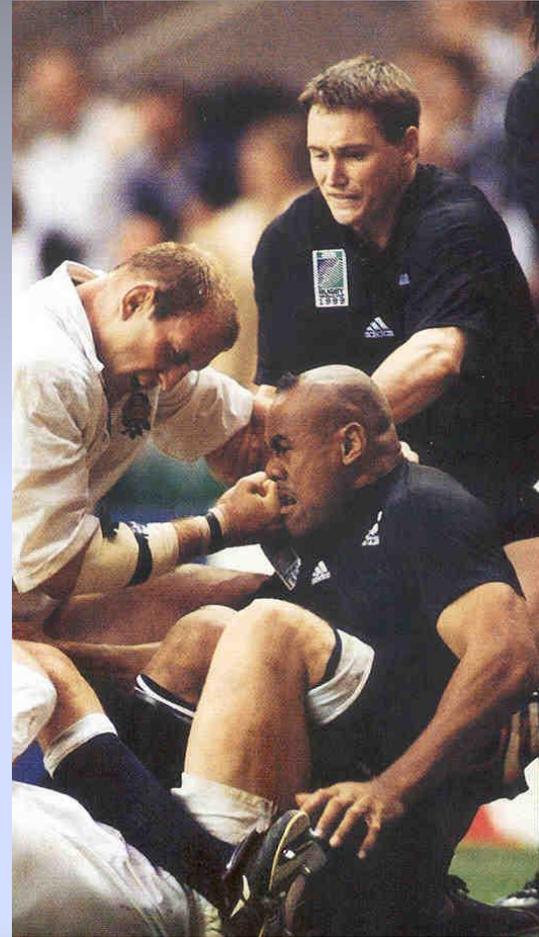
INTERROGATOIRE

- méthode de réduction
- immobilisation
- rééducation
- lésions associées : neurovasculaires, coiffe des rotateurs ...

INTERROGATOIRE

Type de sport

- Armé contact
- Armé sans contact
- Pas d'armé



INTERROGATOIRE

- Degré d'instabilité

luxation, subluxation, épaule douloureuse

- Type d'instabilité

aigue, chronique, invétérée

- Etiologie de l'instabilité

traumatique ou atraumatique

volontaire ou involontaire,

reproductible

EXAMEN CLINIQUE

- tests de laxité
- tests d'instabilité

LAXITE: Translation de la tête
humérale par rapport à la glène
asymptomatique (habituellement)

≠

INSTABILITE: symptôme fonctionnel
rapporté par le patient

« LAXITE »

PHYSIOLOGIQUE:

- antéro-postérieure en adduction
en abduction
- inferieure (sulcus test)

PATHOLOGIQUE:

- hyperabduction test (Gagey)

LAXITE PHYSIOLOGIQUE

(Tiroir antéro-postérieur et sulcus test)

- MULTIDIRECTIONNELLE
- Bilatérale et asymptomatique
- Constitutionnelle
- Généralisée ou non
- Test Qualitatif → confusion
- Multiples degrés de laxité physiologique

HYPERLAXITE

laxité physiologique importante ou sévère

- un facteur de risque d'instabilité
- peut contribuer à l'échec du traitement

HYPERLAXITE

multidirectionnelle



Rechercher systématiquement

Rotation externe (coude au corps) $> 90^\circ$



Test quantitatif et définition de l'hyperlaxité constitutionnelle

« hyperlaxité multidirectionnelle physiologique »

- ne devrait pas être traitée comme une pathologie
- ≠ de l'instabilité (même si douloureuse)
- la chirurgie n'est pas efficace pour diminuer la laxité physiologique



Différence $> 20^\circ$ en
abduction passive entre les 2
épaules

= test spécifique d'une distension sévère LGHI
(100%)

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

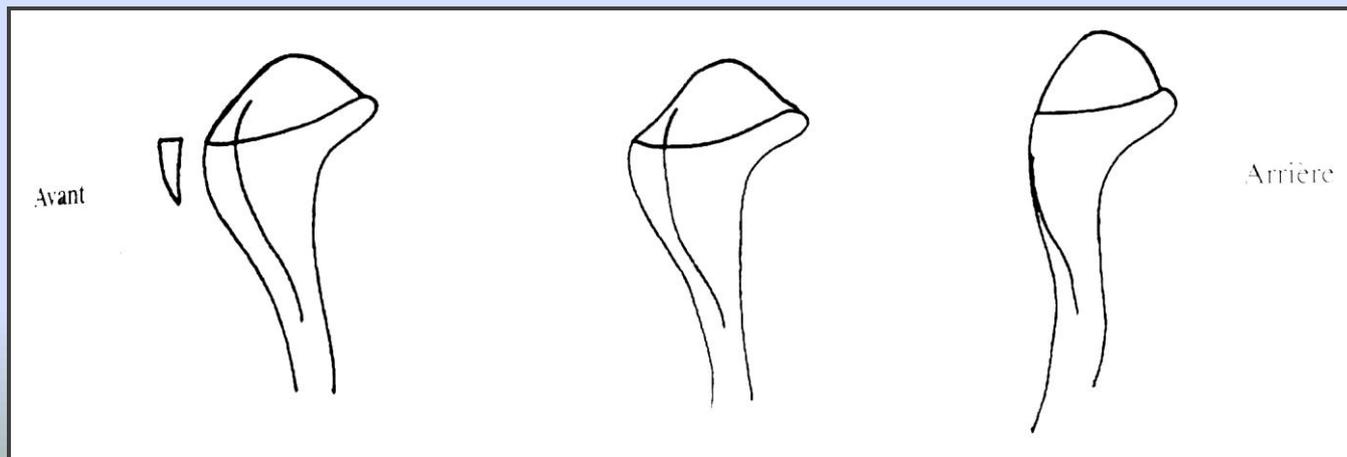
bilan radiologique

- Radiographie de face (3 rotations)
- Radiographie de profil :
- incidence de bernageau



bilan radiologique

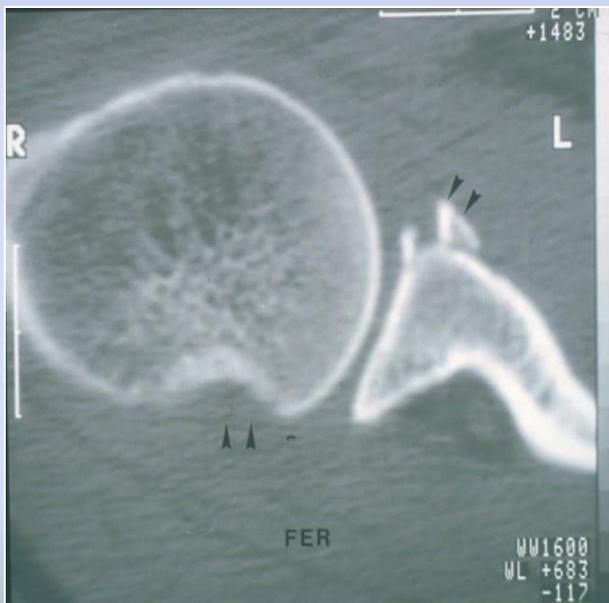
Incidence de bernageau :
analyse de la glène +++
(fracture, aspect en pan coupé)



bilan radiologique

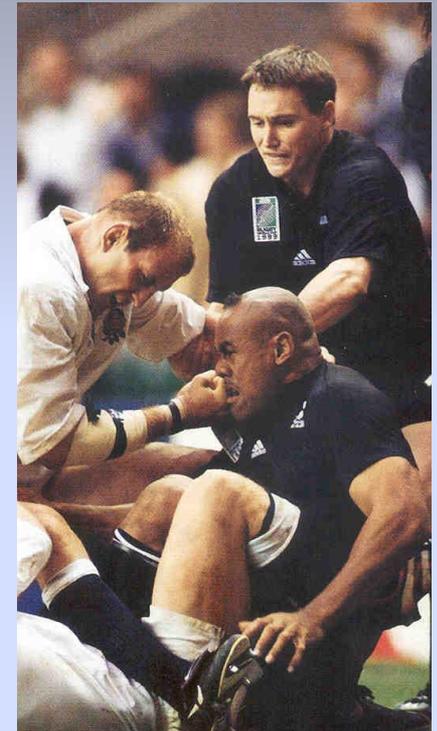
Arthroscanner :

Analyse lésion du bourrelet (bilan radio négatif)



SCORE ISIS

Facteurs Pronostiques Préopératoires			Points
Questionnaire	Age à la chirurgie	<20 ans	2
		>20 ans	0
Questionnaire	Niveau de pratique du sport (préop)	Compétition	2
		Loisirs ou pas de sports	0
Questionnaire	Type de sports (préop)	Contact ou armé-contré	1
		Autre	0
Examen	Hyperlaxité de l'épaule (antérieure ou inférieure)	Hyperlaxité de l'épaule	1
		Laxité normale	0
RX de Face	Lésion de Hill-Sachs sur la RX de l'épaule de Face	Visible n RE	2
		Non visible en RE	0
RX de Face	Erosion Glenoïdienne sur la RX de l'épaule de Face	Perte du contour inférieur	2
		Absence de lésion	0
Total			10 points



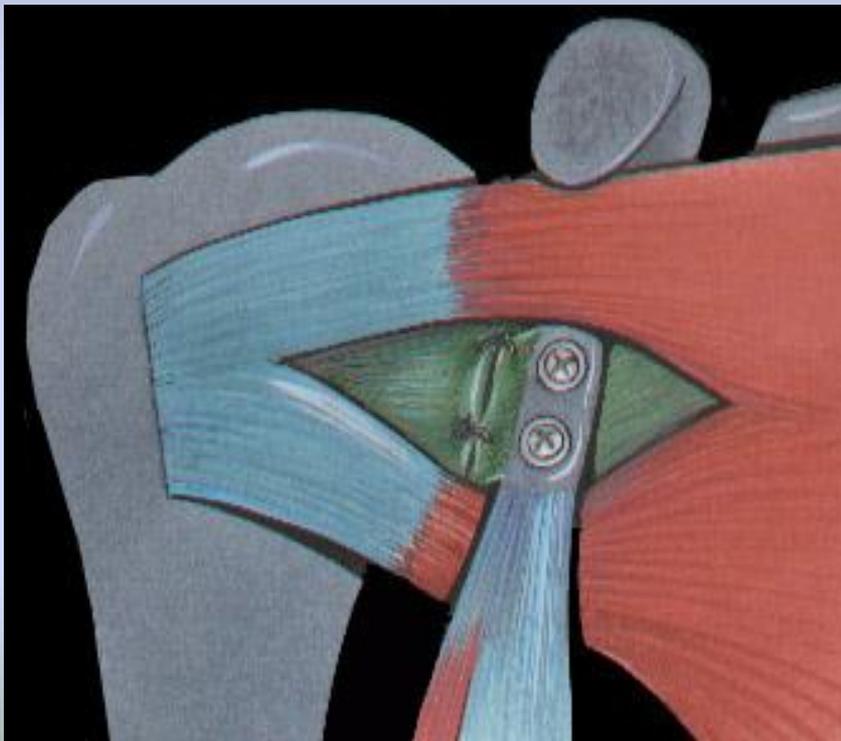
Score ISIS (points)	Taux de Récidive de l'instabilité	p-value
< 3	5%	< 0.001
< 6	10%	< 0.001
> 6	70%	< 0.001

TRAITEMENT CHIRURGICAL

-BUTEE CORACOIDIENNE

-BANKART (S) sous arthroscopie +++
ou ciel ouvert

Vissage coracoïde couchée, suture lig a/c -capsule



Op Latarjet modifiée Patte

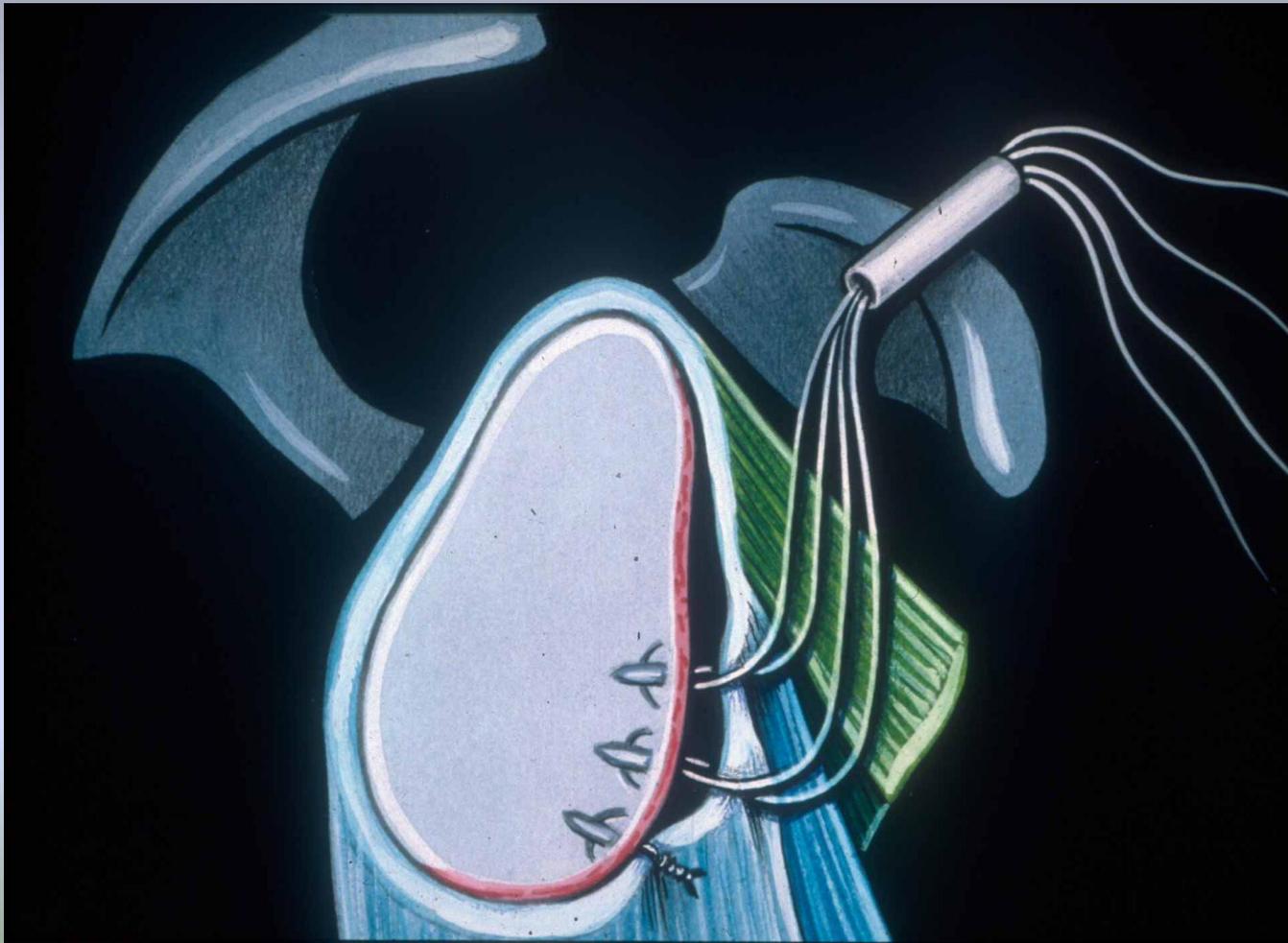


Techniques de réinsertion capsulaire

« Op de BANKART »

Bankart arthroscopique

E. Wolff



CONCLUSION

INSTABILITE

- Examen clinique : facteurs de risque
- Examens complémentaires +++
- Renforcement des rotateurs int +/- en chronique ? puis Traitement chirurgical