



L'instabilité de l'épaule est un problème qui touche principalement les jeunes sportifs que ce soit lors de la pratique de sports utilisant la position "d'armer du bras" (shoot au handball, service au tennis...) ou au cours d'une chute.

L'INSTABILITE MULTIDIRECTIONNELLE

Invalidante par la répétition fréquente de subluxations, elle se voit le plus souvent dans un contexte d'hyperlaxité constitutionnelle généralisée. Le patient a dans ce cas des antécédents d'accidents d'instabilité d'autres articulations notamment entorses de cheville récidivantes, subluxations ou luxations de rotule. La tête humérale peut se déboîter vers l'avant mais aussi le bas ou l'arrière. Le traitement en est difficile, la rééducation tient une part importante dans l'amélioration de la qualité de vie, la chirurgie est en général évitée car les résultats sont médiocres.

LA LUXATION POSTERIEURE

Elle ne concerne pas spécialement les sportifs mais peut s'observer fréquemment dans les sports scolaires. Il s'agit plus souvent de subluxation que de luxation. La position responsable n'est pas "l'armer du bras" mais une position bras levé à 90° croisant légèrement l'axe du corps. On la rencontre également au cours de choc direct et de crise d'épilepsie. Le recours à la chirurgie est exceptionnel, le traitement repose sur la rééducation et l'éducation.

A RETENIR

La prise en charge multidisciplinaire permet d'affiner le diagnostic. Faire un bilan des lésions pour proposer le traitement le plus adapté au sein duquel la place principale. En cas d'échec de celle-ci une indication chirurgicale peut être évoquée, confortée et ciblée par les moyens d'imagerie.

ATTENTION : CE N'EST PAS UNE INSTABILITE

De nombreux signes peuvent laisser penser au sportif que son épaule est instable alors que la stabilité gléno-humérale n'est pas réellement en cause, exemple : craquement, claquement de l'épaule ou de l'omoplate, entorse acromio-claviculaire, le manque de force. Sur ce dernier point, une perte de force musculaire ou de précision survenue récemment sans douleur franche doit évoquer une paralysie partielle du nerf sus scapulaire ou du nerf du grand dentelé nécessitant absolument une exploration médicale.

LE + INFO :

L'épaule ou articulation gléno-humérale est naturellement instable. Les surfaces articulaires ne sont pas "emboîtées", comme pour la hanche, mais simplement en contact telle une balle de golf sur un tee (la sphère de la tête humérale en rapport avec la glène de l'omoplate, sorte de petit socle). L'épaule tire donc sa stabilité des éléments qui l'entourent à savoir les ligaments et les muscles. Cette architecture articulaire lui confère une mobilité maximale mais en contrepartie une certaine fragilité.

La tête humérale se luxé le plus fréquemment en avant (instabilité antérieure), mais on observe aussi des luxations vers l'arrière et parfois même multidirectionnelles.

Il existe 2 grandes techniques opératoires ayant une efficacité comparable :

- La butée coracoïdienne selon Latarjet

Consiste à déplacer un fragment d'os proche de la glène (l'apophyse coracoïde) et le tendon qui s'y insère et le fixer à l'aide de vis quelques centimètres plus bas afin de créer un effet de sangle en avant de la tête humérale.

- La retension capsulaire selon Bankart

Consiste à retendre et suturer les ligaments et la capsule afin d'empêcher toute nouvelle luxation. Elle peut être réalisée sous arthroscopie.

Il n'y a pas de critère absolu pour choisir l'une ou l'autre des techniques. Dans tous les cas, les suites opératoires comportent comme après une première luxation, une phase d'immobilisation puis une phase de rééducation suivant les mêmes principes. La reprise de tout sport sans restriction se fait à trois mois.