

La stabilisation de l'épaule

Une prise en charge globale et multidisciplinaire



Vous êtes atteint d'une instabilité d'épaule et dans votre cas, une chirurgie de stabilisation est indiquée. En accord avec votre chirurgien, vous avez choisi d'être pris(e)* en charge à l'Hôpital de La Tour. Soyez assuré que nous mettrons tout en œuvre pour que votre séjour soit le plus agréable possible et que vous puissiez retourner à votre vie privée et professionnelle dans les meilleures conditions. La collaboration de nos différents spécialistes présents sur le campus vous assure une prise en charge globale et multidisciplinaire du diagnostic de votre trouble à la rééducation.

La stabilisation de l'épaule

La chirurgie pour la stabilisation de l'épaule a pour objectif de réparer les lésions causées par les luxations et subluxations à répétition et de rendre à l'articulation sa stabilité.

Le traitement chirurgical est indiqué à chaque fois que la fréquence des luxations ou l'appréhension générée est incompatible avec une vie quotidienne confortable (luxations en dormant par exemple) ou avec la pratique sportive.

Le chirurgien du service de chirurgie orthopédique de l'Hôpital de La Tour responsable de la chirurgie du coude et de l'épaule pratique en moyenne 70 stabilisations de l'épaule par année. Il s'agit donc d'une intervention courante qui procure généralement une amélioration significative de la qualité de vie des patients qui en bénéficient.

*Pour des raisons de fluidité de lecture, nous utilisons la forme masculine dans son sens générique, se référant indifféremment aux hommes et aux femmes.

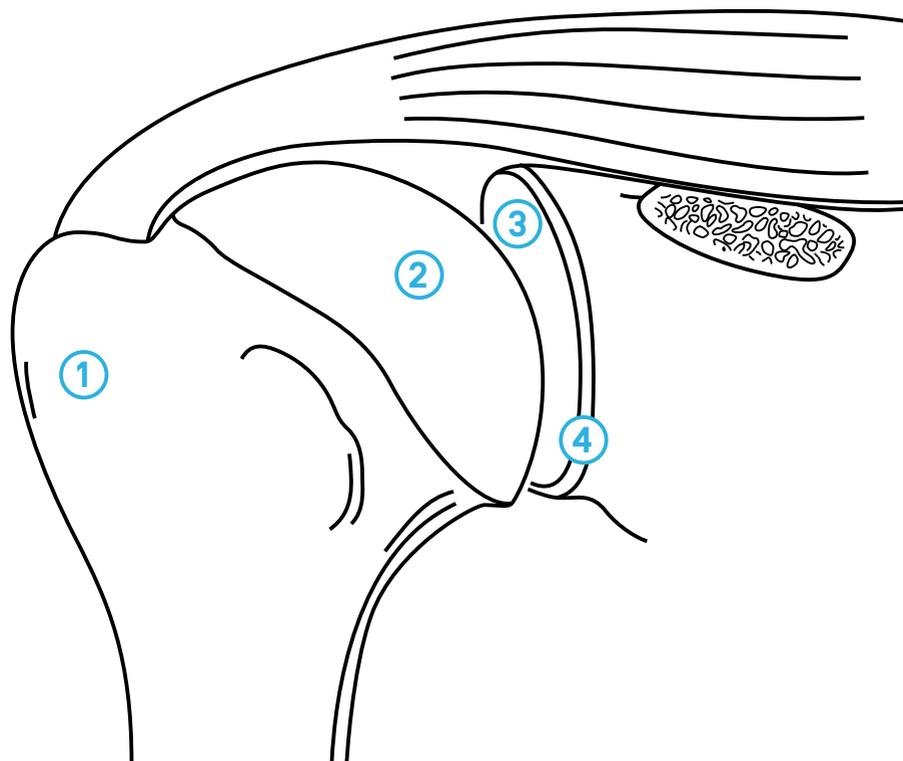


L'instabilité de l'épaule

Une épaule est instable quand elle se déboîte de manière répétée lors de certains mouvements. Cette affection s'exprime par différents phénomènes :

- la luxation (déboitement) nécessitant le plus souvent une réduction ;
- la subluxation répétée (déboitement partiel avec remise en place spontanée) ;
- l'épaule douloureuse en mise en tension du bras ;
- l'appréhension constante de la douleur et du déboitement.

L'insuffisance des éléments stabilisateurs de l'épaule peut conduire à son instabilité. Cette dernière peut également être la conséquence d'un premier traumatisme et d'une mauvaise cicatrisation.



1. Humérus
2. Tête de l'humérus
3. Glène
4. Labrum

Les éléments stabilisateurs de l'épaule

Les structures stabilisatrices sont statiques (os et ligaments) ou dynamiques (muscles). La tête de l'humérus est constituée d'un tiers de sphère qui s'articule avec une partie de l'omoplate (glène) elle-même quasiment plate. Cette configuration n'offre donc que peu de congruence et, ce faisant, de stabilité.

Pour pallier à ce problème, la glène est entourée par un bourrelet (labrum). Ces deux surfaces osseuses sont par ailleurs solidarisées grâce à l'ensemble des ligaments se situant tout autour de l'épaule. Finalement, les muscles entourant l'épaule offrent un rempart dynamique.

Les conséquences de l'instabilité d'épaule

Les conséquences majeures de l'instabilité de l'épaule sont induites par les luxations récidivantes. En effet, lorsque la tête de l'humérus se luxue, elle emporte tout sur son passage. Elle déchire le labrum, emporte parfois un fragment osseux ou cartilagineux, étire ou détache le ligament et la capsule. La tête humérale lèse parfois également le muscle sous-scapulaire et les nerfs. Ceci se reproduit à chaque épisode. Ainsi ces luxations récidivantes peuvent induire en plus d'autres conséquences physiques et psychiques, notamment des douleurs, une impotence fonctionnelle, une entrave professionnelle et sportive. En outre, à terme, cette pathologie est responsable d'arthrose.





Avant l'intervention

Le bilan préopératoire

Avant tout geste opératoire ou acte d'anesthésie, vous devez effectuer un bilan préopératoire. Ce bilan a pour objectif de vous assurer une sécurité maximale lors des actes médicaux et chirurgicaux que nous pourrions être amenés à réaliser. Ce bilan permet par exemple de guider l'anesthésie ou de dépister des anomalies, dont il faudra tenir compte pendant l'intervention. Ces anomalies peuvent ne pas être apparentes et n'entraîner aucune gêne dans la vie courante. Pour un bilan initial, des radiographies standards de l'épaule suffisent. Le bilan préopératoire doit être complété par un scanner ou par une imagerie par résonance magnétique (IRM). Le choix entre les deux techniques dépend notamment des lésions osseuses objectivées sur les radiographies. Ces indications constituent un critère important pour décider quel type de chirurgie sera effectué.

La consultation préopératoire avec l'anesthésiste

Cette consultation se déroule à l'hôpital ou par téléphone dans les 24 à 48 heures précédant votre intervention. Tous les renseignements nécessaires sont contenus dans notre brochure « Informations concernant votre anesthésie » que vous devez lire avant votre admission.

Les mesures d'hygiène spéciales

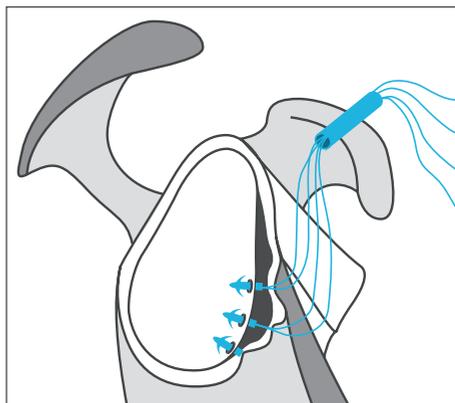
Afin de diminuer les risques d'infection, vous devez prendre une douche antiseptique le matin de votre intervention. Le médecin vous prescrit un savon spécial et des explications à propos de la manière d'effectuer cette douche vous sont fournies.

Les techniques de stabilisation de l'épaule

La technique de stabilisation peut être anatomique, il s'agit de l'intervention de Bankart, ou sous forme de butée osseuse (méthode selon Latarjet).

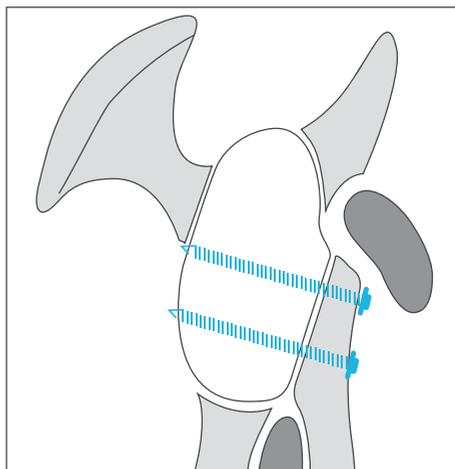
La stabilisation par arthroscopie ou intervention de Bankart-Neer

Cette intervention consiste à réinsérer le labrum et à retendre un ligament par arthroscopie. Pour ce faire, environ deux ou trois ancrés résorbables sont implantés dans la glène. Ce geste peut également être associé à une stabilisation antérieure dynamique par transfert du long chef du biceps; ou encore à un remplissage, consistant à plaquer un tendon dans une lacune osseuse sur la tête de l'humérus.



La stabilisation selon Latarjet ou butée osseuse

Lors d'une stabilisation selon Latarjet, un fragment d'os de l'omoplate appelé le coracoïde, est prélevé et fixé avec deux vis afin d'agrandir la surface articulaire sans bloquer l'épaule.



Le choix entre les deux procédures

Le choix entre ces différentes techniques est guidé par les habitudes du chirurgien, le stock osseux, l'âge du patient, son métier mais surtout la nature de sa pratique sportive éventuelle.

Résultats attendus

Les résultats de ces techniques sont très satisfaisants. La disparition de la douleur, de l'appréhension et des sensations d'instabilité est très rapide après l'opération.

La récupération de la mobilité et de la force musculaire se fait généralement dans des conditions particulièrement satisfaisantes dès 3 mois après l'intervention.

Complications postopératoires éventuelles

Des risques inhérents à n'importe quelle intervention chirurgicale existent ainsi que des complications potentielles spécifiques à la stabilisation de l'épaule.

Les risques potentiels décrits sont :

- l'infection (moins de 1% de cas) ;
- une lésion transitoire d'un nerf (rare) ;
- une limitation transitoire de la mobilité ;
- une récurrence de l'instabilité ;
- une non-consolidation de la butée osseuse (méthode Latarjet).

Info+

Le développement d'une arthrose n'est que rarement lié au geste opératoire, elle est le plus souvent le fait de l'évolution naturelle de la maladie.

Rééducation postopératoire

Une phase de repos

La mise au repos du membre supérieur est préconisée pendant dix à trente jours en fonction du type d'intervention, et de la qualité des tissus et de l'os. Toute sollicitation de votre bras opéré est proscrite et vous devrez porter une attelle. Les mouvements de la main et du coude au corps restent autorisés s'ils sont non douloureux.

Une phase de récupération progressive

Vous commencerez ensuite une phase de rééducation durant laquelle vous allez petit à petit récupérer l'amplitude de votre articulation. La durée de cette phase dépend de votre évolution et il est donc difficile de la quantifier avec précision.

Vous devrez alors effectuer tous les jours des exercices d'auto-mobilisation et respecter également des temps de pause. Durant cette période, certaines activités sont proscrites, notamment :

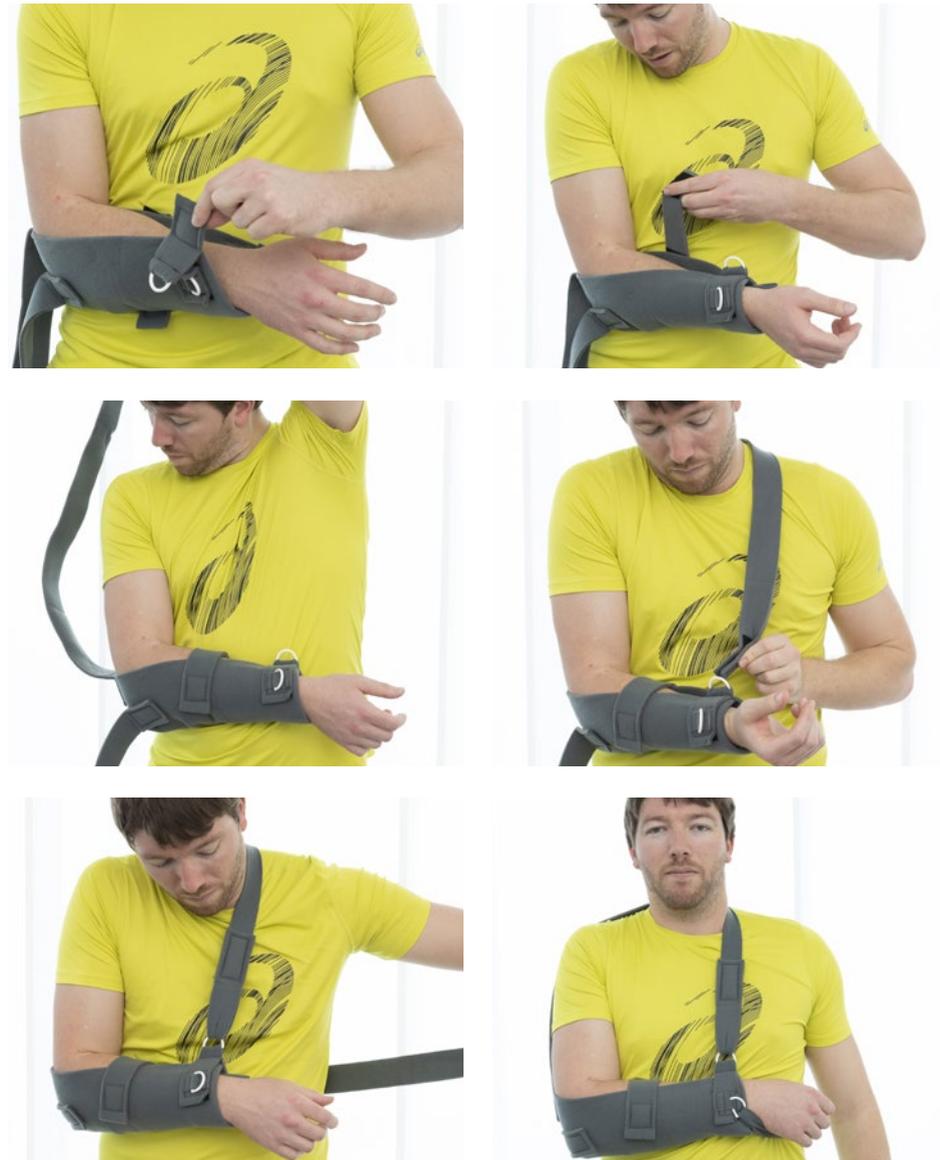
- porter quelque chose avec votre bras opéré ;
- effectuer des flexions de votre coude contre résistance.

En outre, des séances de physiothérapie vous seront prescrites. La physiothérapie est cruciale pour vous motiver, contrôler l'évolution de l'affection, corriger les exercices d'auto-mobilisation et proposer des activités appropriées en fonction des différents stades de récupération.

Reprise du sport et efforts musculaires importants

La reprise du sport recommence progressivement dès 6 semaines après l'opération tout comme les efforts musculaires importants avec votre bras opéré. Les sports de contact sont proscrits durant 3 à 4.5 mois. Dans 85% des cas, les patients pratiquant le sport peuvent atteindre un niveau équivalent à celui d'avant l'opération.

Mise en place de l'attelle



Gestion de la douleur

La douleur suite à une intervention de ce type est fréquente et normale. Cependant, sa bonne gestion permet une meilleure récupération. Ainsi, vous devez respecter la prise d'antalgiques prescrite par votre médecin.

Voici quelques conseils pour vous aider à diminuer les douleurs.

- Placez une poche de glace toute les deux heures pendant 15 minutes sur votre épaule, notamment avant le coucher.
- Si les douleurs persistent au repos, parlez-en à votre physiothérapeute, cela peut être dû à des exercices mal effectués ou à une surcharge d'activité. Les temps de pause sont importants.

Conseil pour la vie quotidienne

Douche

Enlevez l'écharpe, penchez-vous en avant pour laver le côté opéré. Utilisez le côté opéré en gardant le coude au corps pour laver le côté sain.

Habillage

Commencez toujours par le côté opéré, coude au corps ou en vous penchant en avant. Préférez les chemises, gilets et pantalons larges aux T-shirts et pantalons serrés.

Déshabillage

C'est l'inverse, terminez par le côté opéré.

Chaussage

Utilisez un chausse-pied et penchez-vous en avant pour serrer les lacets.

Repas

Épaule relâchée avec le coude sur la table.



Exercices d'auto-mobilisation

Les exercices d'auto-mobilisation passive doivent être effectués dès la quatrième semaine après une stabilisation selon Bankart-Neer et immédiatement après l'intervention de Latarjet.

Votre physiothérapeute peut être amené à adapter les séquences d'exercices en fonction de l'évolution de votre épaule.

Exercice 1: pendulaire



Exercice 2: auto-mobilisation en élévation



Exercice 3 : glisser sur une table



Exercice 4 : rotation externe



Exercice 5 : mobilisation du coude



Les dernières publications de votre chirurgien

1. Comparison of arthroscopic and open Latarjet with a learning curve analysis. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc.* 2016
2. Does surgery for instability of the shoulder truly stabilize the glenohumeral joint? *Medicine (Baltimore).* 2016
3. Structural white matter alterations in patients with shoulder apprehension. *Sci Rep.* 2017
4. Brain activity in the right-frontal pole and lateral occipital cortex predicts successful post-operative outcome after surgery for anterior glenohumeral instability. *Sci Rep.* 2017
5. Dynamic Anterior Stabilization Using the Long Head of the Biceps for Antero-inferior Gleno-humeral Instability. *Arthrosc Tech* 2018
6. Level of the Subscapularis Split During Arthroscopic Latarjet. *Arthroscopy.* 2017
7. Arthroscopic Latarjet: Where are we? Where are we going? *Arthroscopy.* 2017
8. Bony-mediated Antero-inferior Gleno-humeral Instability: Current Concepts. *Orthopade.* 2018
9. Shoulder Apprehension: a Multifactorial Approach. *EFORT Open Rev.* 2018
10. Dynamic anterior shoulder stabilization using the long head of the biceps tendon: a biomechanical study. *Am J Sport Med.* 2019

Informations pratiques

Responsable de l'orthopédie du coude et de l'épaule

PD Dr med. Alexandre Lädermann

Secrétariat

Hôpital de La Tour
Bâtiment B2
1^{er} étage

T: +41 22 719 75 55

F: +41 22 719 60 77

secretariat.laedermann@latour.ch

Centre de rééducation

Hôpital de La Tour
Bâtiment B2
Rez supérieur

T. +41 22 719 67 67

Horaires du secrétariat :

Lu./Ma./Jeu. 9h00 – 11h30 et 14h00 – 16h00

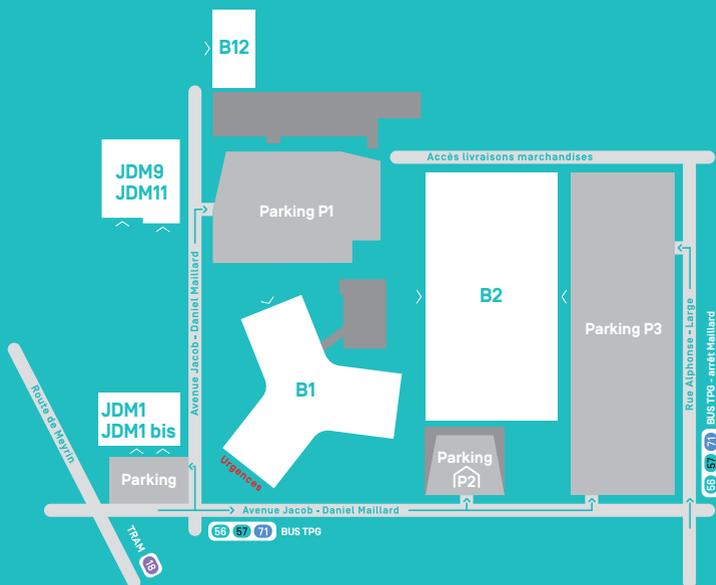
Me./Ve. 9h00 – 11h30

Accès

Arrêt « Hôpital de La Tour »

Tram 18

Bus 56, 57, 71



Hôpital de La Tour

Avenue J.-D. Maillard 3
CH—1217 Meyrin/Genève
T +41 [0] 22 719 61 11
F +41 [0] 22 719 61 12