

INSTABILITÉ DE L'ÉPAULE





Votre chirurgien a diagnostiqué une instabilité de l'épaule. Cette brochure vient compléter les informations qu'il vous aura fournies.

Elle vous présentera brièvement la Clinique La Colline, elle décrira ce qu'est une instabilité de l'épaule, les examens complémentaires, le principe de traitement, la mise en place de l'attelle, la gestion de la douleur, votre vie quotidienne avec une instabilité de l'épaule, ainsi que les complications possibles.

Clinique La Colline

SOMMAIRE

Clinique La Colline	2
Les Centres	3
Introduction à l'instabilité de l'épaule	4
Examens complémentaires	5
Principe de traitement	6
Votre séjour à la Clinique La Colline	9
Mise en place de l'attelle	10
Gestion de la douleur	12
Exercices	13
Vie quotidienne	16
Les complications	16
Littérature	17
Shoulder Instability	18
Complications	19
Prevention of complications	19

CLINIQUE LA COLLINE

La Clinique La Colline est un établissement médical et chirurgical pluridisciplinaire qui est équipé pour accueillir des patients en hospitalisation ou en ambulatoire.

Elle dispose de six salles d'opération qui répondent aux normes les plus récentes où peuvent être réalisées toutes les chirurgies.

Notre pôle d'excellence est l'orthopédie et toutes ses spécialités, représentant environ 65% des chirurgies réalisées chaque année dans le canton de Genève pour le secteur privé.

Les murs de la Clinique abritent une vingtaine de cabinets de consultations, un laboratoire d'analyses et de prélèvements médicaux, un centre d'urgences, une unité de physiothérapie, un bassin de balnéothérapie et un département Check-up.

Ainsi, nous simplifions votre quotidien et vous faisons bénéficier de solutions novatrices en vous permettant d'accéder à l'ensemble des prestations dans un seul et même environnement.

L'accent est mis sur une vision des compétences et d'exigences où confort hôtelier et technologie ouvrent la voie à une nouvelle manière de concevoir la médecine.

LES CENTRES

Le Centre de l'épaule vous assure une prise en charge multidisciplinaire et personnalisée, de la première consultation jusqu'au suivi de rééducation post-opératoire.

Les différentes pathologies de l'épaule sont prises en charge. Que ce soient les pathologies traumatiques (fracture, luxation...), dégénératives (rupture de la coiffe des rotateurs, calcifications, arthrose, polyarthrite rhumatoïde...) ou sportives (instabilité de l'épaule ou acromio-claviculaire...).

Les méthodes thérapeutiques modernes permettent la prise en charge au sein du Centre de l'Épaule de ces différentes pathologies grâce à l'arthroscopie (chirurgie de l'épaule avec une caméra) ou de la microchirurgie.

Le Centre de physiothérapie, situé au sein de la Clinique La Colline, possède un centre dédié à la rééducation des différentes pathologies de l'épaule, opérée et non opérée.

Une équipe spécialisée de physiothérapeutes expérimentés, au fait des techniques les plus récentes, vous propose un suivi personnalisé en traitement individuel avec l'équipement le plus approprié à votre pathologie.

Ce centre dédié à la rééducation de l'épaule possède également un bassin de balnéothérapie.



INTRODUCTION À L'INSTABILITÉ DE L'ÉPAULE

L'articulation de l'épaule est l'articulation la plus mobile de l'organisme. Elle doit concilier mobilité extrême et stabilité. Le compromis entre ces deux impératifs est fragile. Les phénomènes d'instabilité sont donc une pathologie fréquente, particulièrement chez le sujet jeune et sportif. Elle peut s'exprimer cliniquement de plusieurs façons : luxation (déboîtement), subluxation (déboîtement partiel avec remise en place spontanée), appréhension (sensation désagréable) ou simple douleur en mise sous tension du bras.

Les structures stabilisatrices sont statiques (os et ligaments) ou dynamiques (muscles). Une insuffisance de ces différents éléments peut conduire à une instabilité. 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 (aussi connu sous le nom de 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.

L'instabilité est dans 95% des cas vers l'avant et le bas (luxation antéro-inférieure), dans 4% des cas postérieure, le pourcent restant se manifeste par des luxations inférieures pures. Lorsque la tête de l'humérus se luxe, 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. Elle peut également léser le muscle sous-scapulaire et les nerfs. Ceci se reproduit à chaque épisode ; l'instabilité n'est donc pas anodine. Des luxations récidivantes conduisent à une myriade de complications physiques et psychologiques, notamment des douleurs, une impotence fonctionnelle, une entrave professionnelle et sportive. À terme, cette pathologie est responsable d'arthrose. Il n'est donc pas raisonnable ni acceptable de se luxer l'épaule de manière répétitive.

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Des radiographies standards de l'épaule suffisent comme bilan initial. Le bilan préopératoire comprendra aussi un scanner (CT) ou une imagerie par résonance magnétique (IRM) en fonction des dégâts osseux objectivés sur les radiographies.

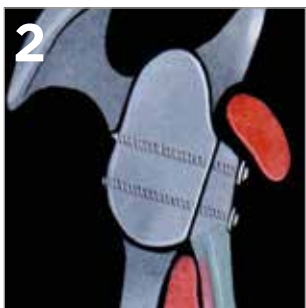


PRINCIPE DE TRAITEMENT

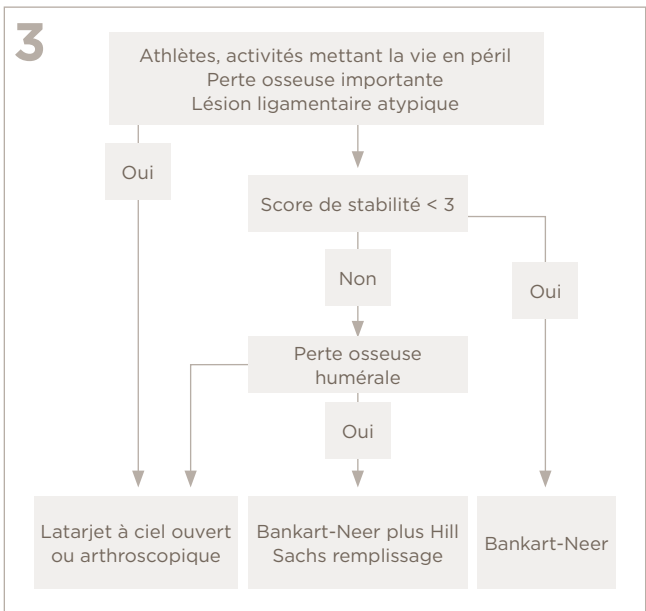
Le traitement chirurgical est indiqué à chaque fois que la fréquence des luxations ou l'appréhension générée est incompatible avec une vie quotidienne confortable (exemple : luxations en dormant) ou avec la pratique sportive.

Les techniques de stabilisation peuvent être anatomiques (Bankart-Neer, photo 1) ou sous forme de butée osseuse (Latarjet, photo 2).

L'opération de Bankart-Neer sous arthroscopie consiste à réinsérer le labrum par arthroscopie et à retendre un ligament. Pour ce faire, environ deux ancrés résorbables sont implantés dans la glène. Un remplissage, consistant à plaquer un tendon dans une lacune osseuse sur la tête de l'humérus, peut être ajouté. Lors d'une stabilisation selon Latarjet, un fragment d'os de l'omoplate, le coracoïde, est prélevé et stabilisé avec deux vis afin d'agrandir la surface articulaire sans bloquer l'épaule.



Ces interventions se déroulent sous anesthésie générale, éventuellement associée à un bloc des nerfs du bras afin de limiter les douleurs au réveil. Des antibiotiques intraveineux sont administrés. Le geste dure environ une heure. Il nécessite habituellement une nuit d'hospitalisation. 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. Sur la base de publications récentes, nous avons adopté dans notre service l'algorithme de traitement suivant (photo 3).



PRINCIPE DE TRAITEMENT (SUITE)

RÉÉDUCATION POSTOPÉRATOIRE

- **Bankart-Neer**

Le membre supérieur est mis au repos pendant un mois. Pendant cette période, le patient fait des exercices simples d'auto-mobilisation passive de son coude pour éviter toute raideur. Après un mois, la rééducation est alors débutée. Elle comprend un gain des amplitudes articulaires et un renforcement global de l'épaule.

- **Latarjet**

La mise au repos du membre supérieur est préconisée pendant dix jours. Le patient récupère ensuite ses amplitudes au moyen d'exercices d'auto-mobilisation de son épaule. Il n'a pas le droit de porter ou d'effectuer de flexion de son coude contre résistance durant ce laps de temps.

La reprise du sport au même niveau qu'avant l'opération est effective dans 85 % des cas, y compris pour la compétition. Elle ne commence progressivement qu'à partir de trois mois après l'opération. De même, les efforts musculaires importants avec le bras opéré ne doivent pas être entrepris avant trois mois.

VOTRE SÉJOUR À LA CLINIQUE LA COLLINE

En accord avec votre chirurgien, vous avez choisi la Clinique La Colline dans le cas d'une hospitalisation. Nous sommes heureux de vous y accueillir et nous veillerons à vous assurer un service de qualité. À votre arrivée en clinique, vous serez reçu(e) par le service des admissions, qui vérifiera que toutes les données utiles vous concernant sont à jour.

Assurez-vous de prendre les éléments suivants :

- **Une liste complète de vos médicaments** en précisant les doses et la durée, vos radiographies.
- **Tous les documents pour l'admission** (papier d'identité, carte d'assurance maladie et autres documents relatifs à votre couverture complémentaire de santé).

Une fois les formalités effectuées, vous serez accompagné(e) à l'étage où se situe votre chambre. Une infirmière vous prendra en charge et répondra à toutes vos questions.

AVANT L'INTERVENTION

La visite pré-anesthésique se déroule en général la veille de l'intervention, soit dans votre chambre si l'hospitalisation se fait la veille de l'intervention, soit lors d'un rendez-vous fixé par l'anesthésiste à la Clinique. Durant cette visite, vous discuterez des modalités de l'anesthésie avec le médecin anesthésiste. Ce dernier vous expliquera également le déroulement de votre passage en salle d'opération.

LE JOUR DE L'OPÉRATION

L'intervention est précédée d'une préparation préopératoire, puis d'une surveillance en salle de réveil, une fois l'acte chirurgical effectué. Vous bénéficiez ainsi d'un encadrement infirmier constant et sécurisant, pouvant répondre immédiatement à vos besoins.

MISE EN PLACE DE L'ATTELLE

Votre physiothérapeute vous expliquera la mise en place, relativement simple, de l'attelle.



Le bras du côté opéré doit être posé et relâché. Placer le bras dans le manchon et serrer les velcros au niveau du poignet et du coude (photo 4).

Passer ensuite la sangle, qui est située au-dessus du coude, derrière l'épaule opérée et derrière la nuque pour faire une boucle par l'avant (photo 5).

Prendre la dernière sangle libre et la faire passer autour de la taille puis dans la boucle en avant (photo 6), puis fermer en arrière (photo 7).



Pour retirer l'attelle, effectuer les mêmes étapes dans le sens inverse.

L'épaule doit être relâchée dans l'attelle (photo 8). Si une gêne ou une douleur est présente, c'est que votre bras n'est pas correctement installé dans l'attelle.

En position allongée, placer un linge ou une serviette sous votre coude (photo 9).



GESTION DE LA DOULEUR

Glace toutes les deux heures pendant 15 minutes, notamment avant le coucher. Si les douleurs persistent au repos, en parler à votre physiothérapeute ; cela peut être dû à une surcharge des exercices ou à des exercices mal effectués. Il faut donc organiser votre journée avec des temps de pause réguliers.



EXERCICES

Exercices d'auto-mobilisation passive

à effectuer dès la quatrième semaine après une stabilisation selon Bankart-Neer, immédiatement après un Latarjet.

Exercice 1 : pendulaire.

à effectuer dès _____ semaines.



Exercice 2 : auto-élévation.

Assis, debout ou couché sur le dos, croiser les mains. Le bras non opéré tire en élévation le bras opéré. à effectuer dès _____ semaines.



Exercice 3 : glisser sur une table.

Glisser le bras opéré avec l'aide du bras non opéré.
à effectuer dès _____ semaines.



Exercice 4 : rotation externe

Avec l'aide du bras non opéré, amener le bras opéré sur le côté en rotation latérale. à effectuer dès _____ semaines.



Exercice 5 : flexion/extension du coude du côté opéré avec l'aide du bras du côté non-opéré.

à effectuer dès _____ semaines.

5



VIE QUOTIDIENNE

- **Douche**
Enlever l'écharpe, vous pencher en avant pour laver le côté opéré. Utiliser le côté opéré en gardant le coude au corps pour laver le côté sain.
- **Habillage**
Commencer toujours par le côté opéré, coude au corps ou en vous penchant en avant.
- **Déshabillage**
C'est l'inverse, terminer par le côté opéré. Préférer les chemises, gilets et pantalons larges aux T-shirts et pantalons serrés.
- **Chaussage**
Utiliser un chausse-pied, vous pencher en avant pour serrer les lacets.
- **Repas**
Épaule relâchée avec le coude sur la table.

Mouvements autorisés de la main et du coude au corps (si non douloureux).

LES COMPLICATIONS

Dans l'immense majorité des cas, les suites de ces interventions sont simples. Toutefois certaines complications sont décrites. Le risque d'infection (moins d'1% des cas) justifie les mesures suivantes avant l'opération à savoir douches antiseptiques le matin de l'intervention, emploi d'antibiotiques et règles d'asepsie très strictes pendant l'opération et mesures d'hygiène au niveau du pansement après l'opération (ne pas le salir ni le mouiller). Il peut rarement survenir une lésion transitoire d'un nerf, une non consolidation de la butée en cas de Latarjet, une limitation transitoire de la mobilité et des récurrences d'instabilité. Le développement d'une arthrose n'est que rarement lié au geste opératoire mais est le fait de l'évolution naturelle de la maladie.

LITTÉRATURE

1. Cunningham G, Lädermann A, Guerne PA (2012) Large paralabral cyst in the axilla. *Joint, bone, spine : revue du rhumatisme*. doi:10.1016/j.jbspin.2012.06.004
2. Denard PJ, Lädermann A, Burkhart SS (2012) Long-Term Outcome After Arthroscopic Repair of Type II SLAP Lesions: Results According to Age and Workers' Compensation Status. *Arthroscopy*. doi:10.1016/j.arthro.2011.09.005
3. Denard PJ, Narbona P, Lädermann A, Burkhart SS (2011) Bankart augmentation for capsulolabral deficiency using a split subscapularis tendon flap. *Arthroscopy* 27 (8):1135-1141. doi:10.1016/j.arthro.2011.02.032
4. Holzer N, Cunningham G, Lädermann A, Gazielly D (2013) Latarjet-Patte Triple-locking Procedure for Recurrent Anterior Instability. *Tech Should Surg* 14: 63-68
5. Lädermann A, Denard PJ, Burkhart SS (2012) Injury of the suprascapular nerve during latarjet procedure: an anatomic study. *Arthroscopy* 28 (3):316-321. doi:10.1016/j.arthro.2011.08.307
6. Lädermann A, Lubbeke A, Stern R, Cunningham G, Bellotti V, Gazielly DF (2013) Risk factors for dislocation arthropathy after Latarjet procedure: a long-term study. *International orthopaedics*. doi:10.1007/s00264-013-1848-y

SHOULDER INSTABILITY

The shoulder can be portrayed as a sphere (head of the humerus) balancing on a small pedestal (glenoid cavity, which is part of the scapula), similar to a golf ball on a tee. The shoulder has a wider range of motion than any other joint in the body, this flexibility makes the shoulder joint one of the most unstable joints in the body.

The shoulder joint is held in place by capsular ligaments, glenoid labrum and muscles. When stability is affected, the sphere loses contact with the pedestal, tearing the various tendons and muscles, creating temporary bone lesions. Instability will appear as a dislocation, subluxation (incomplete dislocation, that feels as if the shoulder temporarily slips out of its socket) or apprehension. Dislocation is anterior in 95%, posterior in 4% and inferior in 1% of patients. Instability is possible at any age but occurs most often in young patients.

Diagnostic tests involve a standard X-ray examination. Depending on the situation, an arthroscopy by means of an MRI or CT scan may be required in order to rule out other injuries and to plan surgery.

The first episode is generally treated by standard immobilisation. The patient will wear an immobiliser sling for three weeks. The aim is to relieve pain, support healing of the dislocated glenoid labrum and prevention of a dislocation happening again.

Rehabilitation involving a gradual increase in joint range and strength is usually recommended later on. Unfortunately dislocations with more severe injuries may reoccur. In the event of a recurring dislocation an immobiliser sling is used to relieve pain for a few days, since healing is no longer possible at this stage.

Surgical treatment is indicated whenever the frequency of dislocation or apprehension is incompatible with normal daily life or sports activities. The most common forms of surgery are arthroscopy, either Bankart reinsertion (which aims to repair and tighten the ligaments) (cf. photos 1, 2) or Latarjet stabilisation (a bone block), (cf. photos 3, 4).

The choice of surgery is determined by a variety of factors such as the patient's age, the presence of hyperlaxity, lesions detected with diagnostic tests and the type of sport that the patient wants to practise.

COMPLICATIONS

Complications, should there be any, are usually not serious and may include recurring, persistent pain, incomplete recovery of joint range, non-consolidation of the bone block, and post-operative infection. To avoid the risk of infection, (less than 1% of patients) the following prevention measures are important: an antiseptic shower in the morning of surgery, using antibiotics and following the aseptic guidelines before, during and after surgery. For example the bandages applied should not get dirty or wet.

After Latarjet surgery, the following may occur:

- temporary nerve damage
- the non-union of a bone fragment
- temporary limited mobility and a relapse of instability.

The development of osteoarthritis is only rarely related to the surgical procedure, and is instead the result of the natural progression of the disease.

PREVENTION OF COMPLICATIONS

Everything will be done to avoid complications. The patient will receive guidelines on how to avoid risks for example patients should not smoke for six weeks after surgery to quicken tissue healing.

Both surgical procedures require you to spend a night at hospital. You may need to keep your arm in an immobiliser sling for 10 to 30 days, depending on the choice of surgery. If necessary, a rehabilitation plan will be implemented. You will be able to drive after four to six weeks. Light sports activity can only be resumed after six weeks, but no contact sport is allowed for three to four months after surgery.

NOTES

LES INFORMATIONS CONTENUES DANS CE DOCUMENT
ONT ÉTÉ PRÉPARÉES EN ÉTROITE COLLABORATION AVEC:

LA COLLINE CENTRE DE L'ÉPAULE
WWW.CENTRE-EPAULE.CH

CENTRE DE PHYSIOTHÉRAPIE
WWW.HIRSLANDEN.CH/LACOLLINE/PHYSIOTHERAPIE

CEPENDANT, CES INFORMATIONS DEMEURENT
GÉNÉRALES ET NE PEUVENT S'APPLIQUER À TOUS LES
PATIENTS NI SE SUBSTITUER À L'AVIS ÉCLAIRÉ DE VOTRE
MÉDECIN TRAITANT OU CHIRURGIEN, EN POSSESSION DE
VOTRE DOSSIER MÉDICAL.

L'EXPERTISE EN TOUTE CONFIANCE.

HIRSLANDEN CLINIQUE LA COLLINE
AVENUE DE LA ROSERAIE 76B
1205 GENÈVE - SUISSE
T 022 702 20 22
INFO@LACOLLINE.CH

WWW.HIRSLANDEN.CH/LACOLLINE