

Butée de l'épaule

Le problème : Instabilité de l'épaule

L'épaule correspond à l'articulation entre l'omoplate et l'humérus. La partie supérieure de l'humérus constitue une tête qui pivote dans un creux de l'omoplate qui est la glène. Ces surfaces de glissement sont recouvertes de cartilage. Malgré les mouvements de très grande amplitude au niveau de cette articulation, la tête humérale est maintenue en permanence en regard de la glène grâce à la capsule articulaire qui est une poche entourant l'articulation, et les ligaments qui sont des sortes de rubans reliant la glène à l'humérus (figure 1).



Lors d'un traumatisme occasionnant un déboîtement de l'épaule, ces structures peuvent être distendus ou rompus (figure 2). De plus, des lésions osseuses de la glène ou de la tête peuvent survenir (figure 5). Dans ces conditions, la tête est moins bien tenue à sa place et elle peut se déboîter lors de la pratique sportive voire même lors de certains gestes de la vie courante. On parle alors d'épaule instable pouvant être responsable de phénomènes d'appréhension et de douleur.

A chaque fois que la tête sort de sa place, elle aggrave les lésions ligamentaires et osseuses et peut générer des lésions cartilagineuses. L'évolution se fait alors vers des luxations plus faciles, une appréhension plus importante, et une dégradation progressive de l'articulation.

Le but de l'intervention est de stabiliser l'épaule, permettant la reprise de toutes les activités et d'éviter les lésions cartilagineuse limitant ainsi la dégradation de l'articulation.

L'intervention : Butée de l'épaule

L'intervention consiste à mettre en place un bloc osseux en avant de la glène afin d'empêcher la tête de l'humérus de sortir de son emplacement naturel.

Une incision courte est réalisée au niveau de la partie antérieure de l'épaule. Les différents muscles sont écartés pour accéder à l'articulation. La coracoïde, qui est un petit crochet osseux de l'omoplate sur lequel s'insère le tendon du biceps, est prélevée et préparée. Elle est par la suite fixée en avant de la glène par une ou deux vis. Le bloc osseux permet d'élargir la glène et le tendon joue un rôle de hamac qui empêche la tête de l'humérus de se déboîter (figures 3, 4, 6 et 7).

La capsule et les ligaments sont enfin réparés par un système d'ancres et de fils pour compléter la stabilisation.

L'intervention est réalisée sous anesthésie générale. Une anesthésie loco-régionale peut y être associée. Elle dure en moyenne une heure et nécessite une hospitalisation d'environ 3 jours.

Après l'opération, un pansement stérile ainsi qu'une attelle sont mis en place.

Le traitement de la douleur sera mis en place, surveillé et adapté de manière très rapprochée dans la période post-opératoire.

La rééducation post-opératoire et la reprise des activités

Pendant les 4 premières semaines suivant l'opération, votre épaule est immobilisée dans une attelle coude au corps. Après la 4ème semaine et la visite de contrôle chez votre chirurgien, vous pouvez enlever définitivement votre attelle et commencer la rééducation.

Il faut souvent attendre le 2ème mois pour reprendre le volant. La reprise du travail survient en général entre le 2ème et le 3ème mois et cela en fonction de votre profession, une activité de bureau pouvant être plus précoce. La reprise de tous les sports est envisageable après le 3ème mois.

Les risques et les complications

En plus des risques communs à toute intervention chirurgicale et des risques liés à l'anesthésie, notons quelques risques plus spécifiques à cette chirurgie :

Une raideur articulaire peut se développer si la rééducation post-opératoire n'est pas bien prise en charge.

Des réactions inflammatoires post-opératoires peuvent occasionner des douleurs importantes et un ralentissement de la rééducation. Ces réactions exacerbées correspondent parfois à une algodystrophie. Cette complication bien que rare, reste très longue à guérir. Cependant, de nouveaux traitements existent et permettent de la gérer plus facilement.

La survenue d'une infection de l'articulation reste exceptionnelle. Cette complication connue nécessite un lavage de l'épaule et la mise sous antibiotiques plus ou moins longue avec éventuellement une reprise chirurgicale.

Il est possible que la zone opérée saigne et qu'il se forme un hématome. En fonction de son importance, une évacuation peut être nécessaire.

Les nerfs qui entourent l'épaule peuvent être accidentellement blessés. Cette complication exceptionnelle peut occasionner une douleur ou une perte de la sensibilité et de la motricité de certaines parties du bras.

Une fracture, une mauvaise consolidation ou une disparition de la butée peuvent survenir dans certain cas sans nécessiter forcément une reprise chirurgicale.

Les risques énumérés ne constituent pas une liste exhaustive. Votre chirurgien donnera toute explication complémentaire et se tiendra à votre disposition pour évoquer avec vous chaque cas particulier avec les avantages, les inconvénients et les risques de l'intervention.

Les résultats 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 survient en général entre 2 et 3 mois.

La récurrence de l'instabilité dépend surtout du sport pratiqué. Il faut donc rester vigilant face aux risques que représentent les sports avec armé du bras comme le tennis, le basket, le hand ou encore le rugby.

Les résultats de cette technique restent néanmoins très encourageants puisqu'on obtient une épaule stable dans près de 95% des cas.