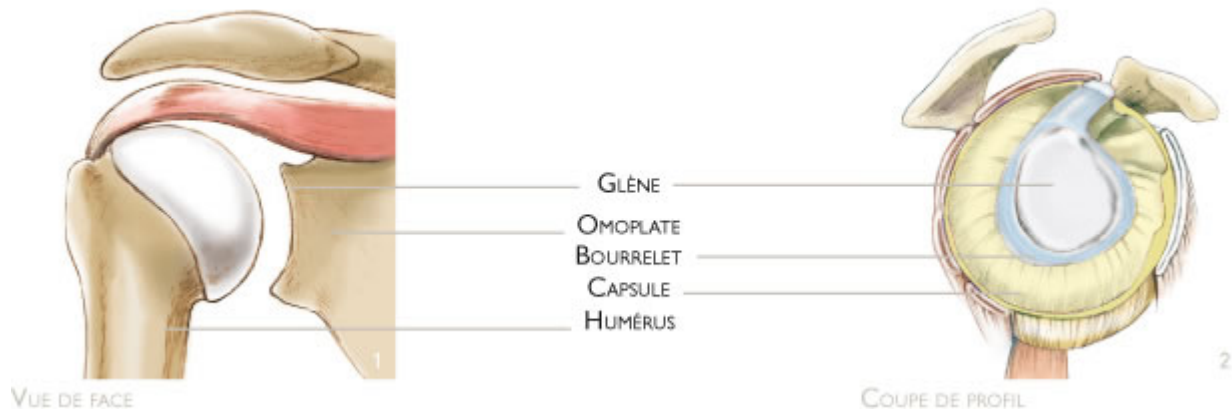


# Stabilisation arthroscopique

## 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 plusieurs structures : la capsule articulaire qui est une poche entourant l'articulation, les ligaments qui sont des sortes de rubans reliant la glène à l'humérus et le labrum qui est un bourrelet élastique autour de la glène (figures 1 et 2).



Lors d'un traumatisme occasionnant un déboîtement de l'épaule (figure 3), ces structures peuvent être distendus ou rompus (figures 4 et 6). Dans ces conditions, la tête est moins bien tenue à sa place et elle peut se déboîter plus ou moins complètement 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 des structures stabilisatrices 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 cartilagineuses limitant ainsi la dégradation de l'articulation.

## L'intervention : Stabilisation arthroscopique de l'épaule (bankart)

L'intervention consiste à réparer les lésions de la capsule et des ligaments afin d'empêcher la tête de l'humérus de sortir de son emplacement naturel.

Elle est réalisée sous arthroscopie, c'est à dire sans ouvrir l'articulation. Deux ou trois petites incisions de 5 mm chacune sont réalisées autour de l'épaule. Une petite caméra est introduite par l'une d'entre elles pour visualiser l'articulation et notamment les lésions de la capsule et des ligaments. Des petits instruments sont introduits par les autres incisions pour réaliser le geste chirurgical.

Plusieurs ancres sont impactées au niveau de la glène. Les fils montés sur ces ancres sont passés dans la capsule et les ligaments (figure 5) et noués entre eux afin de réappliquer ces structures à l'os (figures 7 et 8).

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 2 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 6 premières semaines suivant l'opération, votre épaule est immobilisée dans une attelle coude au corps. Après la 6ème 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 des activités sportives ne sollicitant pas l'épaule est envisageable à partir du 3ème mois.  
Il faut attendre le 6ème mois pour reprendre tous les sports notamment ceux sollicitant votre épaule.

## 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.

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 90% des cas.