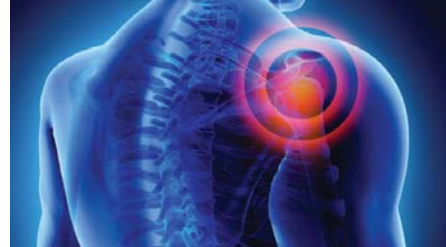


Instabilité de l'épaule



L'épaule est l'articulation la plus mobile et dotée de la plus grande amplitude. C'est sa mobilité qui vous permet de lever et de tourner le bras et d'atteindre ce qui est situé plus haut que votre tête. Par contre, cette même mobilité peut la rendre instable.

Anatomie

L'épaule comprend trois os : l'humérus (haut du bras), la scapula (omoplate) et la clavicule. La tête humérale, ou « sphère », est insérée dans une cavité peu profonde, la « cavité glénoïdale », sur la scapula. Des tissus conjonctifs rigides, composant la capsule articulaire de l'épaule, contiennent les ligaments de l'articulation qui contribuent à centrer la tête humérale dans la cavité glénoïdale. Ces tissus couvrent l'articulation et relient l'extrémité supérieure de l'humérus à la scapula. La capsule articulaire est quant à elle couverte par la coiffe des rotateurs, composée de tendons et de muscles qui favorisent aussi la stabilité de l'épaule. La stabilité de l'épaule dépend des interactions de toutes ces structures de sorte à maintenir l'équilibre de la tête humérale, plus grosse, sur la petite cavité glénoïdale, un peu comme une balle de golf sur un té. Une blessure à l'une de ces structures peut entraîner une instabilité de l'épaule.

Causes de l'instabilité de l'épaule

L'instabilité de l'épaule peut découler d'une blessure ou d'un traumatisme à l'épaule (luxation ou subluxation), de claquages répétés, d'une laxité ou d'un relâchement généralisé des ligaments qui supportent l'épaule, ou encore d'une incapacité des muscles à offrir une stabilité adéquate. Elle peut également être due à une combinaison de ces causes.

Luxation et subluxation de l'épaule

Une luxation de l'épaule survient quand la tête humérale sort de sa cavité, en général à la suite d'une blessure. La tête humérale en sort le plus souvent par l'avant (luxation antérieure), mais elle peut aussi en sortir par l'arrière (luxation postérieure), par le bas (luxation inférieure) ou selon une combinaison de ces directions. Il y a luxation complète quand la tête humérale sort entièrement de sa cavité, tandis qu'on parle de subluxation quand la tête humérale en sort seulement partiellement. Une épaule luxée ou subluxée peut se replacer seule ou nécessiter l'intervention d'un médecin ou autre professionnel de la santé pour la replacer dans la bonne position (réduction). Une épaule qui a subi une luxation est plus vulnérable aux luxations. Quand une épaule se disloque facilement, on dit qu'elle est instable. Une luxation ou subluxation est la cause la plus courante d'instabilité de l'épaule.

Symptômes de luxation

Les symptômes de luxation de l'épaule peuvent comprendre les suivants :

- Douleurs
- Enflure
- Déformation
- Faiblesse
- Ecchymoses
- Engourdissement

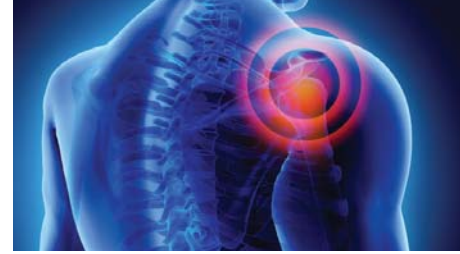
Une luxation peut entraîner une rupture des ligaments ou tendons de l'épaule, peut survenir en même temps qu'une fracture de la tête humérale ou de sa cavité, et peut endommager les nerfs de l'épaule.

Claquages répétés

Les claquages répétés sont une cause beaucoup moins courante d'instabilité de l'épaule. Ils peuvent être en cause chez les personnes qui soulèvent le bras au-dessus de la tête au travail ou dans les sports qu'elles pratiquent, comme les lanceurs, les joueurs de tennis et de volleyball et les nageurs. En raison de ces activités, l'épaule peut devenir déséquilibrée ou les ligaments peuvent se relâcher avec le temps. Ce type d'instabilité de l'épaule peut aussi survenir chez les patients aux ligaments plus lâches, mais une luxation complète est alors plus rare. Ce type d'instabilité de l'épaule est plus souvent associée à des douleurs à l'activité.



Instabilité de l'épaule



Instabilité non traumatique

Aussi appelée « instabilité multidirectionnelle », l'instabilité non traumatique survient chez les patients dont les ligaments sont plus lâches et dont les muscles sont incapables d'offrir une stabilité adéquate, mais qui n'ont pas subi de luxation complète ni de claquages répétés. En général, ces patients sont jeunes et de sexe féminin, mais ce type d'instabilité peut toucher n'importe qui. L'épaule peut être instable dans plus d'une direction, ce qui explique pourquoi on l'appelle souvent « instabilité multidirectionnelle ». Elle peut être accompagnée de douleurs et est une cause beaucoup moins courante d'instabilité de l'épaule.

Symptômes d'instabilité de l'épaule

Les symptômes courants d'instabilité de l'épaule comprennent les suivants :

Luxations et subluxations répétées – Le patient subit des épisodes répétés de luxation complète ou partielle de l'épaule. Il peut être capable de se replacer l'épaule lui-même ou avoir besoin de l'intervention d'un professionnel de la santé pour le faire.

Douleurs – Le patient ressent souvent des douleurs quand l'épaule est luxée ou subluxée. Les douleurs s'atténuent souvent une fois l'épaule replacée. Les douleurs peuvent persister chez certains patients après la réduction de l'épaule, ce qui peut être dû à des dommages aux os, aux ligaments ou aux tendons.

Fatigue ou relâchement – Le patient peut avoir l'impression que son épaule va lâcher lors de certaines activités. Il peut également sentir que l'épaule se déplace ou qu'elle est lâche. Certains patients décrivent l'instabilité en disant avoir l'impression que leur épaule est juste « accrochée là ».

Évaluation du médecin ou d'un autre professionnel de la santé

Le médecin ou autre professionnel de la santé pose des questions sur vos symptômes et vos blessures et traumatismes passés à l'épaule. Il pose aussi des questions sur vos antécédents médicaux et sociaux. On examine l'épaule à la recherche de signes d'instabilité, et on peut vérifier s'il y a un relâchement des ligaments, par exemple en ramenant le pouce vers l'avant-bras ou grâce à une hyperextension des coudes ou des genoux.

Imagerie

Il existe différentes façons d'obtenir des images de l'épaule :

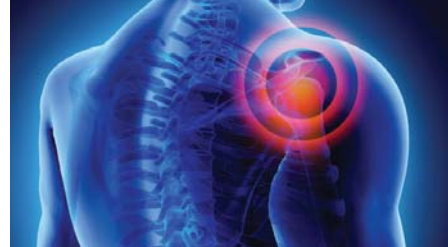
Radiographies – Les radiographies de l'épaule produisent une image des os et articulations composant la ceinture scapulaire sans montrer les tissus mous entourant l'épaule. Dans le cas d'une instabilité de l'épaule, les radiographies peuvent entre autres permettre de détecter une encoche de Hill-Sachs (fracture par compression de la partie postérieure de la tête humérale) et un Bankart osseux (fracture de la partie antérieure de la lèvre glénoïde).

Examen de tomodensitométrie (TACO) – Si une intervention chirurgicale est requise, le médecin peut demander un TACO de l'épaule; cette radiographie en trois dimensions permet de mieux voir la taille et l'emplacement de l'encoche de Hill-Sachs et du Bankart osseux, et peut faciliter la planification de l'intervention.

Imagerie par résonance magnétique (IRM) – L'IRM est un type spécial d'imagerie qui fournit une meilleure image des tissus mous de l'épaule qu'une radiographie ou un TACO. Elle peut être effectuée par injection d'un colorant ou produit de contraste (arthrogramme) dans l'épaule avant l'examen. Elle peut aider le médecin à confirmer le diagnostic d'instabilité de l'épaule et peut faciliter la planification de l'intervention, le cas échéant.



Instabilité de l'épaule



Traitement

Traitement non chirurgical

L'instabilité de l'épaule est souvent traitée, surtout au départ, à l'aide d'options non chirurgicales comme les suivantes :

Physiothérapie – Renforcer les muscles de l'épaule et travailler sur le contrôle de l'épaule peut en améliorer la stabilité. Le physiothérapeute conçoit un programme d'exercices à faire régulièrement à la maison afin d'accroître la force et la stabilité de l'épaule.

Modification des activités – Éviter les positions et les activités qui causent les symptômes d'instabilité peut atténuer l'incidence de l'instabilité de l'épaule sur les activités quotidiennes.

Anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) – Ces médicaments peuvent réduire les douleurs et l'enflure parfois associées à l'instabilité de l'épaule.

Le traitement non chirurgical peut prendre des mois avant d'être efficace. Faire les exercices régulièrement joue un rôle important dans l'efficacité du plan de traitement non chirurgical.

Traitement chirurgical

Si le traitement non chirurgical n'est pas efficace ou que le médecin croit qu'un traitement chirurgical est à privilégier, une chirurgie peut être effectuée afin de réparer les structures endommagées qui contribuent à l'instabilité de l'épaule.

Arthroscopie – Dans de nombreux cas, les structures endommagées de l'épaule peuvent être réparées à l'aide d'une caméra et d'instruments spéciaux. La chirurgie est effectuée grâce à de petites incisions dans l'épaule.

Chirurgie effractive – Certains cas nécessitent une chirurgie effractive afin de réparer les structures endommagées. On pratique une plus grande incision de sorte à voir directement les structures à réparer.

Réadaptation après la chirurgie

L'épaule est généralement immobilisée à l'aide d'une écharpe jusqu'à six semaines après une chirurgie visant à traiter une instabilité de l'épaule. L'orthopédiste vous fournira des directives sur la réadaptation, qui peut commencer tout de suite après la chirurgie ou non. Dans la plupart des cas, la réadaptation est supervisée par un physiothérapeute. En général, la réadaptation comprend des exercices qui doivent être effectués tous les jours. Pour de nombreux patients, le rétablissement peut prendre jusqu'à douze mois, et il peut falloir jusqu'à six mois avant de recommencer à faire du sport ou des activités plus violentes. Il est important de suivre les directives de l'orthopédiste et du physiothérapeute pour assurer la guérison de l'épaule après la chirurgie et le rétablissement de la stabilité, de l'amplitude et de la force de l'épaule.

Pour plus de renseignements : La Fondation Canadienne d'Orthopédie offre gratuitement le document *Chirurgie de l'épaule – La planification pour des résultats optimaux*, dans lequel on trouve différents renseignements, entre autres sur la façon de se préparer à une chirurgie et sur le suivi des complications, de même qu'un journal pour y noter ses progrès, et bien plus encore. Pour y accéder, consultez le site www.movepainfree.org/fr pour en télécharger une copie.

