



# L'ÉPAULE INSTABLE

## De la clinique à l'imagerie

S. AIRAUDI – R. GRAVIER

Institut de la Main et du Membre Supérieur

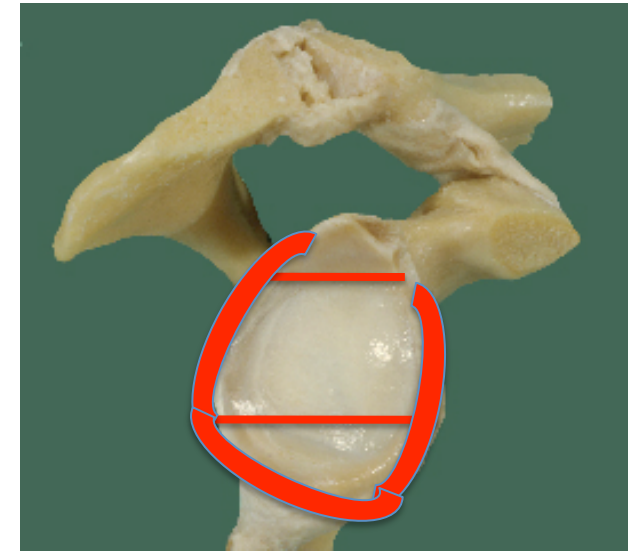
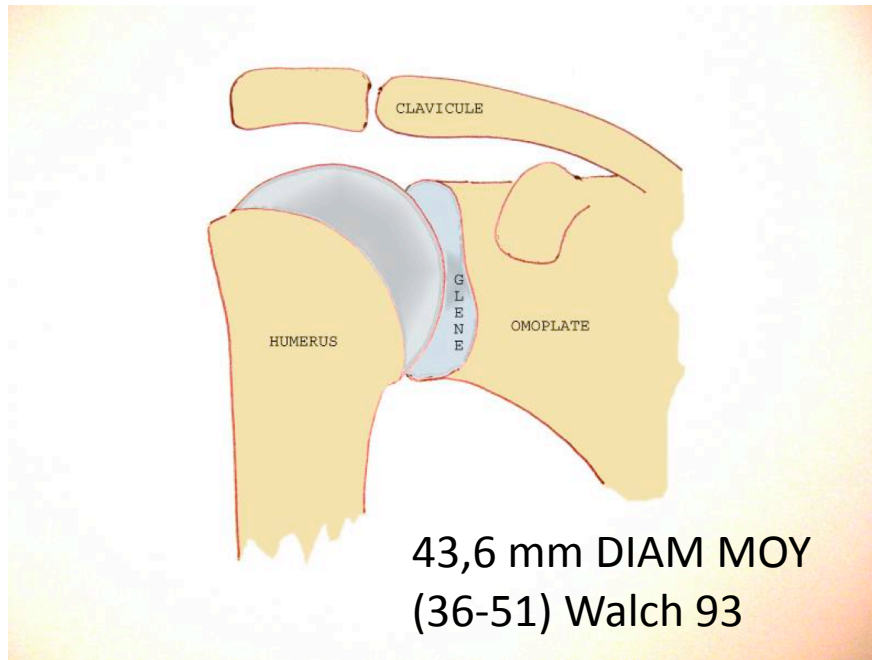
Clinique MONTICELLI

MARSEILLE

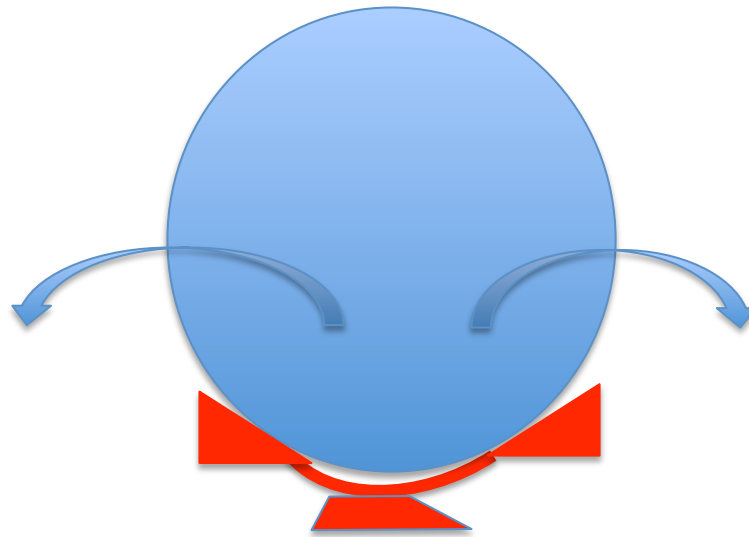
[www.epaule-main.fr](http://www.epaule-main.fr)



# Anatomie



Glène Poire  
H 24mm(18-30) B 28mm (21 – 35)  
Vertical :39 mm (30-48)

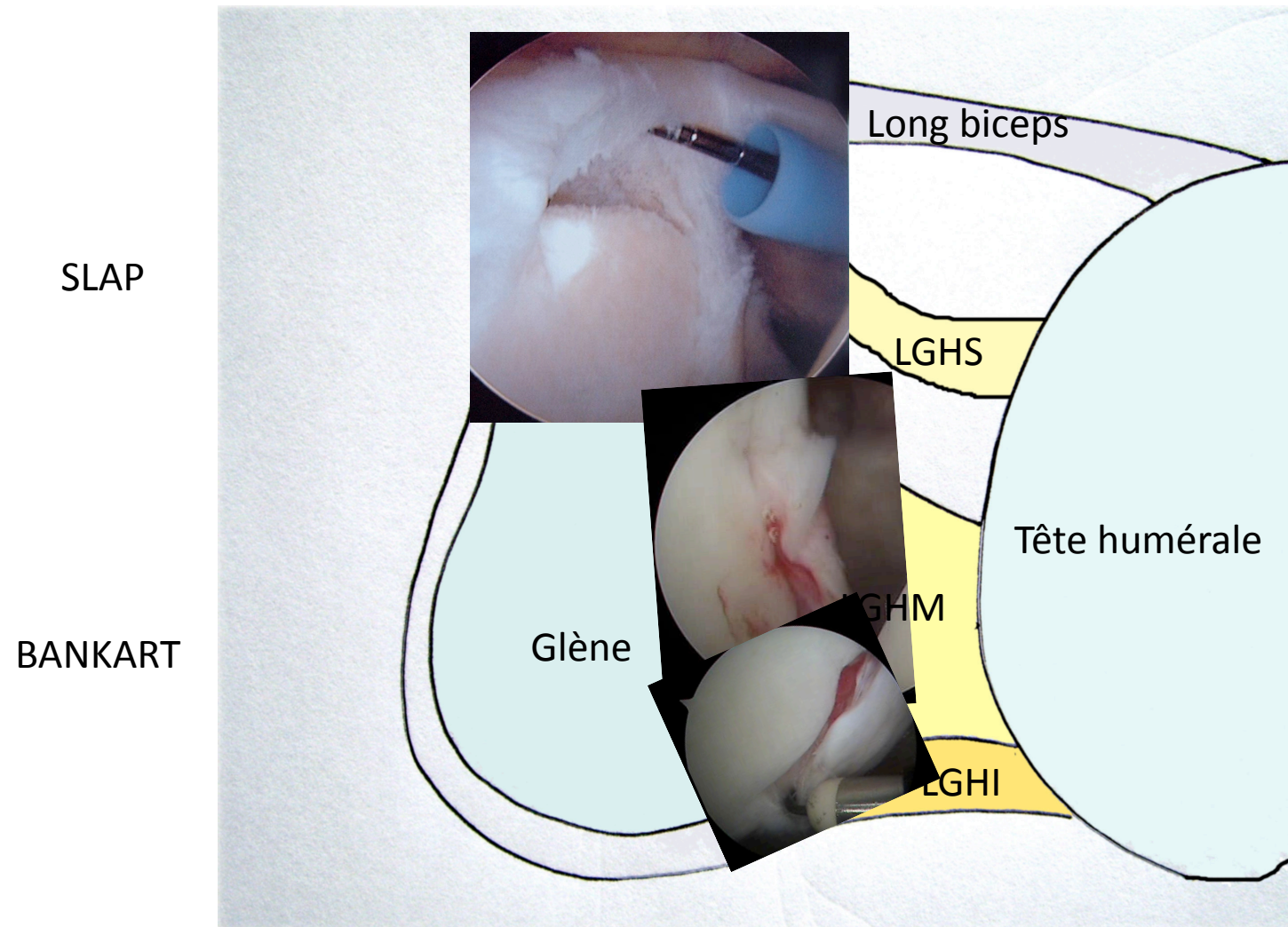


Rapport

Volume de tête / surface de glène

# Importance des ELEMENTS CAPSULO LABRAUX STABILISATEURS:

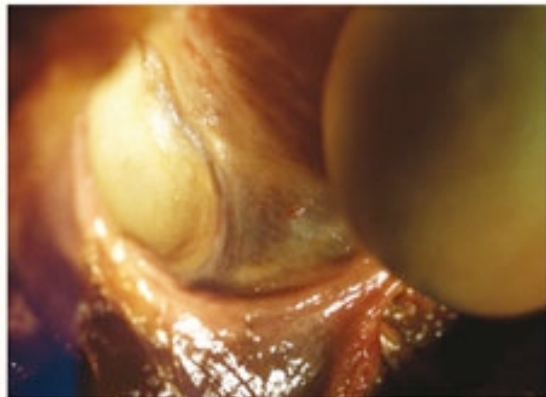
- Ligaments GHS /GHM/ GHI
- Labrum sup/ant/moyen



# Anatomopathologie

- Atteinte du LGHI peut se situer sur 3 niveaux
  - Glène : lésion de bankart
  - Humerus HAGL lésion
  - Détente du LGHI

Le LGHI peut être comparé à un hamac attaché du côté glénoïdien (l'arbre) et du côté huméral (le rocher)



P. BOILEAU

# Terminologie

- **Laxité**: état du patient
- **Hyper laxité** : laxité anormale avec signes spécifiques :
  - $RE1 > 85^\circ$
  - Distance pouce radius
  - Laxité cutané
  - Les critères de Carter et Wilkinson, 5 :
    - hyperextension de cheville,
    - recurvatum du genou supérieur à  $10^\circ$ ,
    - hyperextension du coude supérieure à  $10^\circ$ ,
    - hyperextension supérieure à  $90^\circ$  de la métacarpo-phalangienne du 5e ou du 2e doigt
    - et opposition passive du pouce sur l'avant-bras.
- **Instabilité** : signe clinique subjectif
  - Ressenti par le patient
  - Découvert par l'examineur



# Motifs de consultation



« mon épaule est sortie , mais je l'ai remise **tout seul** »

« mon épaule s'est déboitée, **les urgences** me l'ont remise »

« mon épaule bouge, voila ce que j'arrive à faire »

Voici quelques unes des motifs de consultations fréquemment rencontrés  
A chacun de ces items correspond une pathologie différente.

ETRE SUR DU DIAGNOSTIC .....



# 1<sup>er</sup> consultation

- Interrogatoire et anamnèse est primordial dans cette pathologie
- LE DIAGNOSTIC SE FAIT A L'INTERROGATOIRE
- L'EXAMEN SERT A CHOISIR LE TRAITEMENT ADAPTÉ
- **Faire la preuve de la luxation est un élément capital**
  - LUXATION VRAI OU SUBLUXATION
  - SENS DU DEPLACEMENT
  - Y A T IL EU RADIO AVEC ÉPAULE LUXÉE
  - Y A TIL REDUCTION PAR MEDECIN



# TYPOLOGIE/ CIRCONSTANCE

- TYPE DE PATIENT

- AGE (-20 ans recidive)

- SPORT

- ARME

- ARME CONTRE

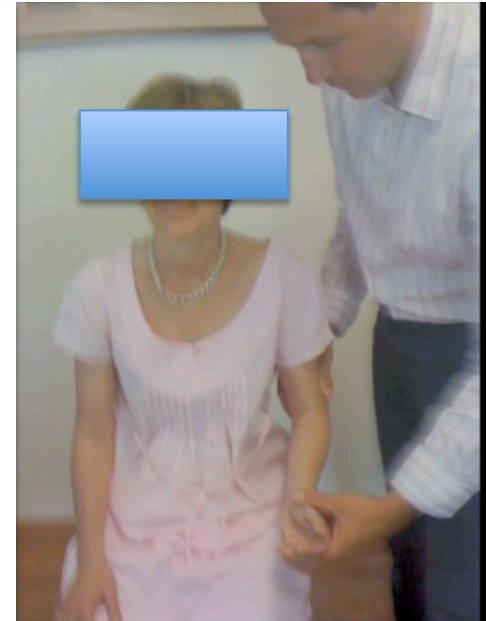
- COMPETITION

- Epaule douloureuse ou instable ou les 2

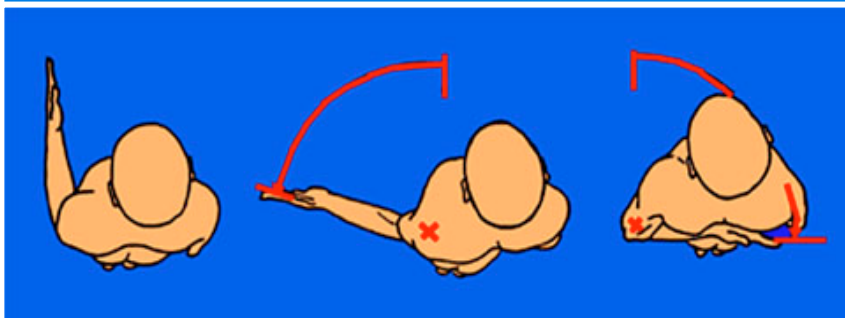
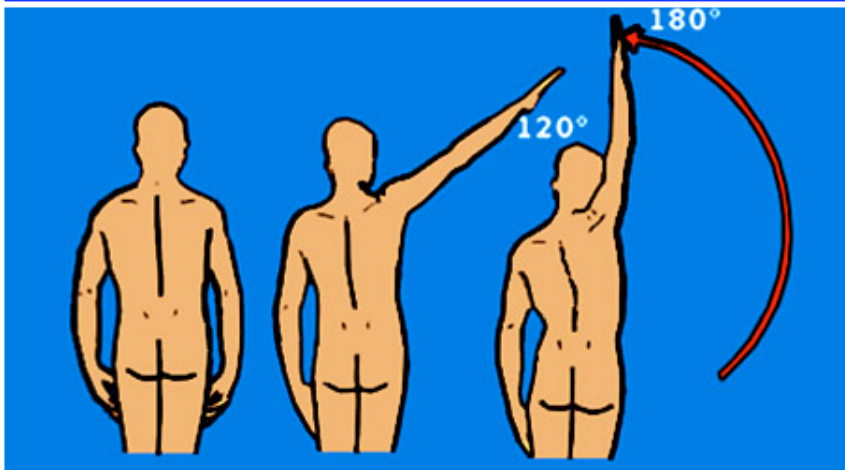
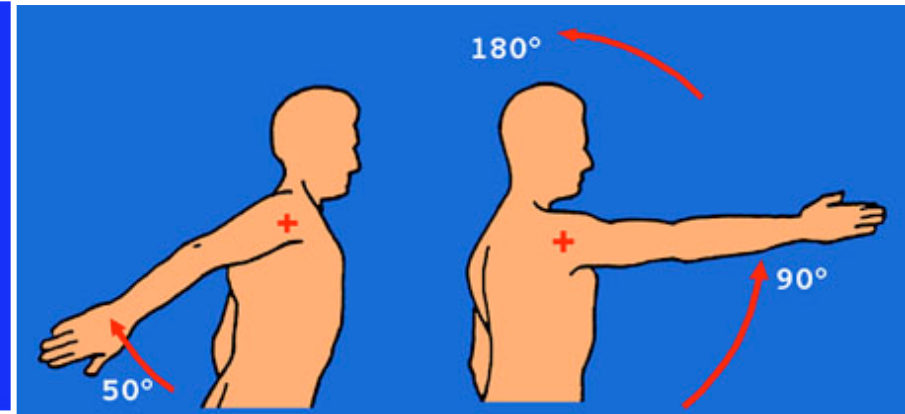
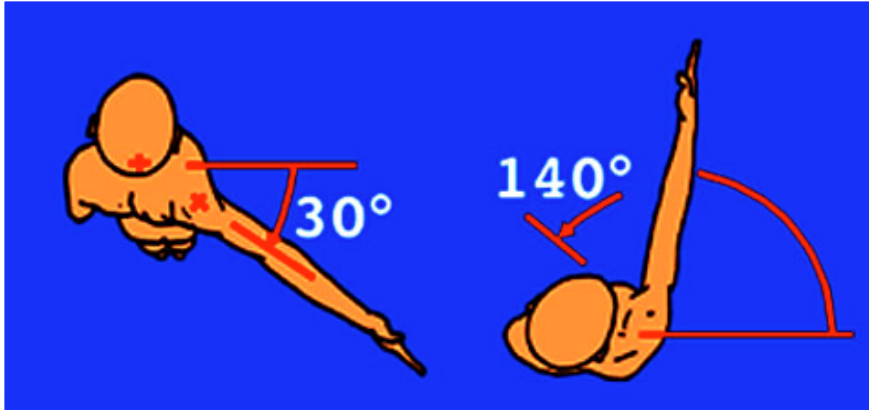


# EXAMEN BILATERAL ET COMPARATIF

- Etude des MOBILITES Articulaires
  - Si réduites l'examen est impossible
  - Capsulite ou traumatisme proche
- ANALYSE DE L'INSTABILITE DU PATIENT
  - ANT
  - INF
  - POST



# Mobilité de l'épaule

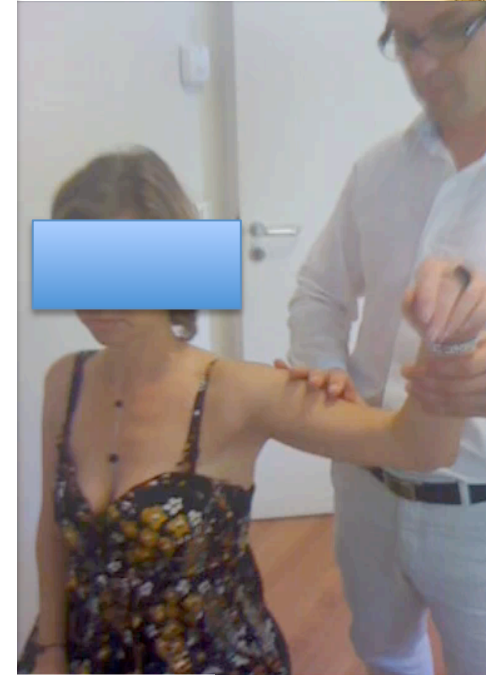


Rotation externe RE1 < 85°  
ABDuction pure < 90°

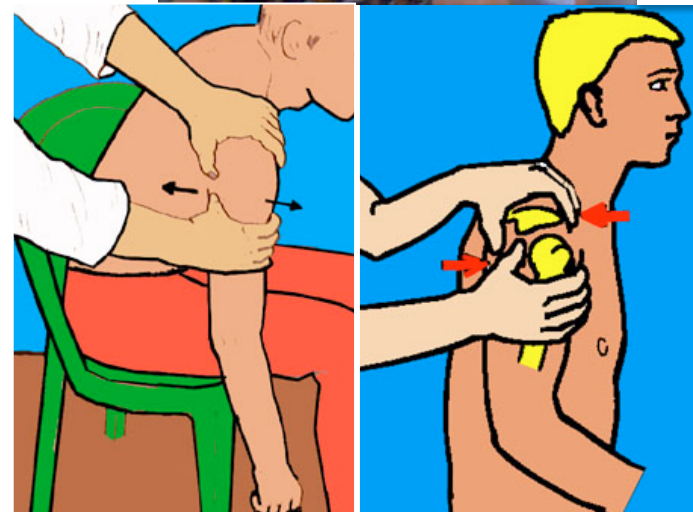
# INSTABILITE ANT/lésion labrale



- Test d'APPREHENSION



- TIROIR Antéro postérieur



# Mesure RE1



- RE1 > 85°: hyperlaxité antérieure

# Mesure RE2: anomalie si $> 100^\circ$

## Distance pouce radius



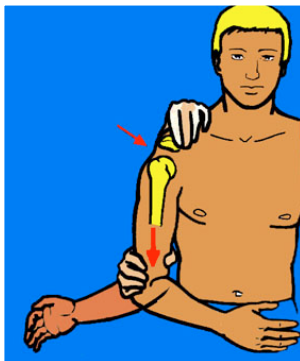
# LAXITE INF/Rupture du LGHI



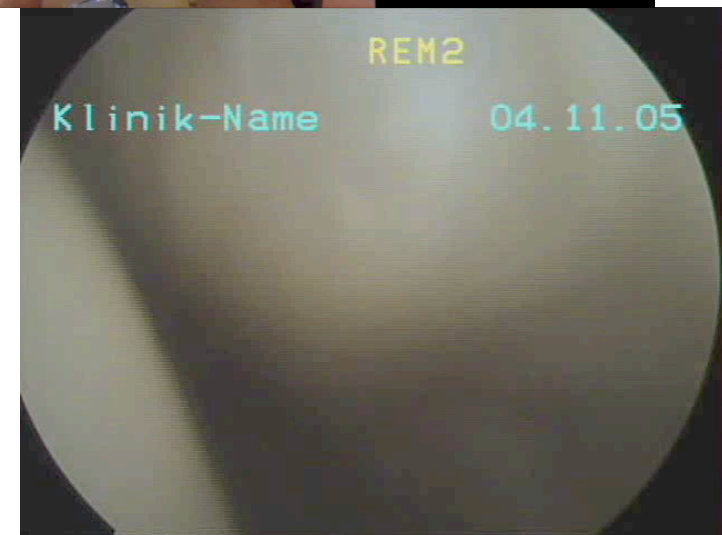
- GAGEY +  
(ABD > 90°)



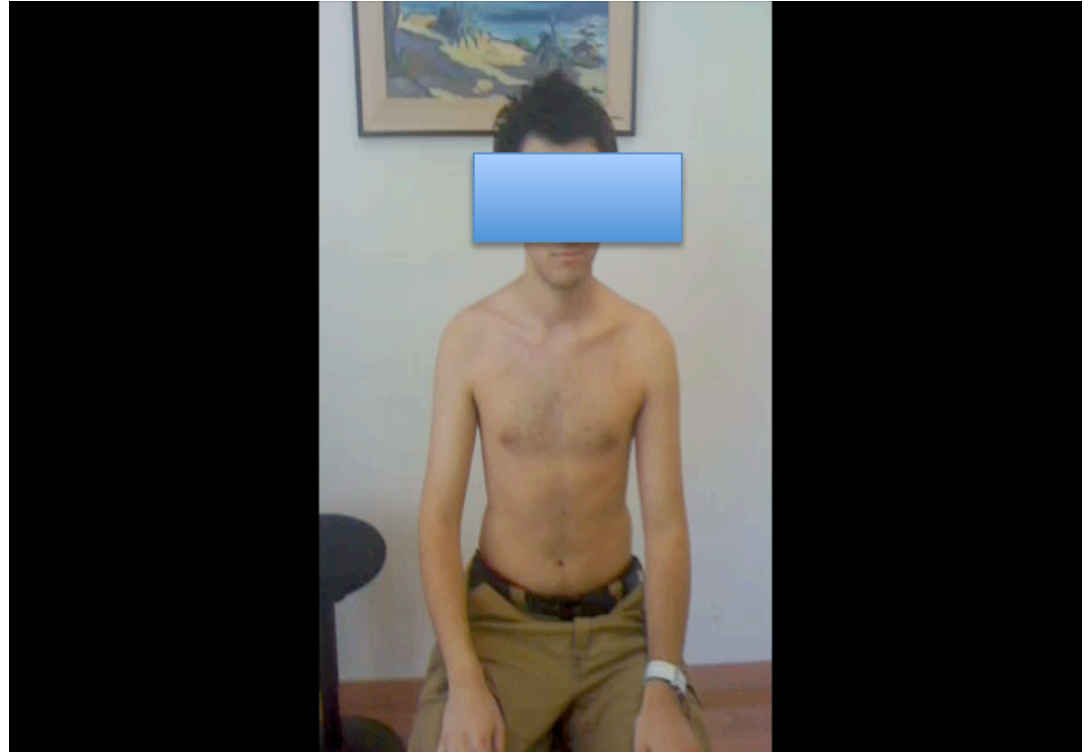
- SULCUS



Sulcus spontané



# Hyperlaxité inférieure

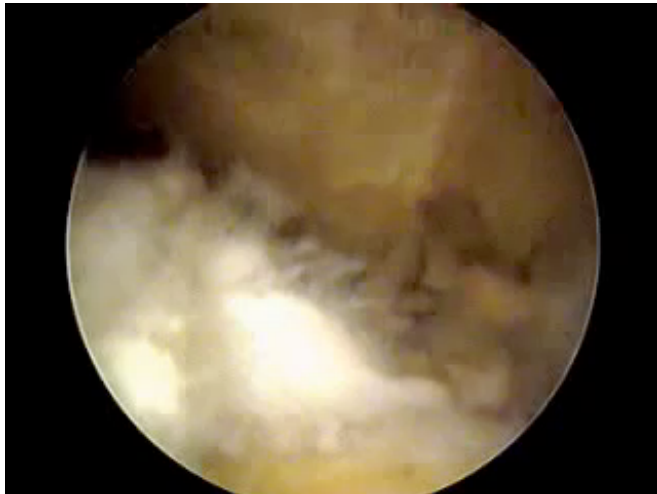


Parfois quelques animations du cirque !!!



# Diagnostic d'éventuelles complications post luxations anciennes

- Rupture coiffe ( age > 40 ans )
  - Echographie systématique après 40 ans
- Atteinte nerveuse :
  - Nerf circonflexe : rare, EMG si doute



# Au terme de l'examen

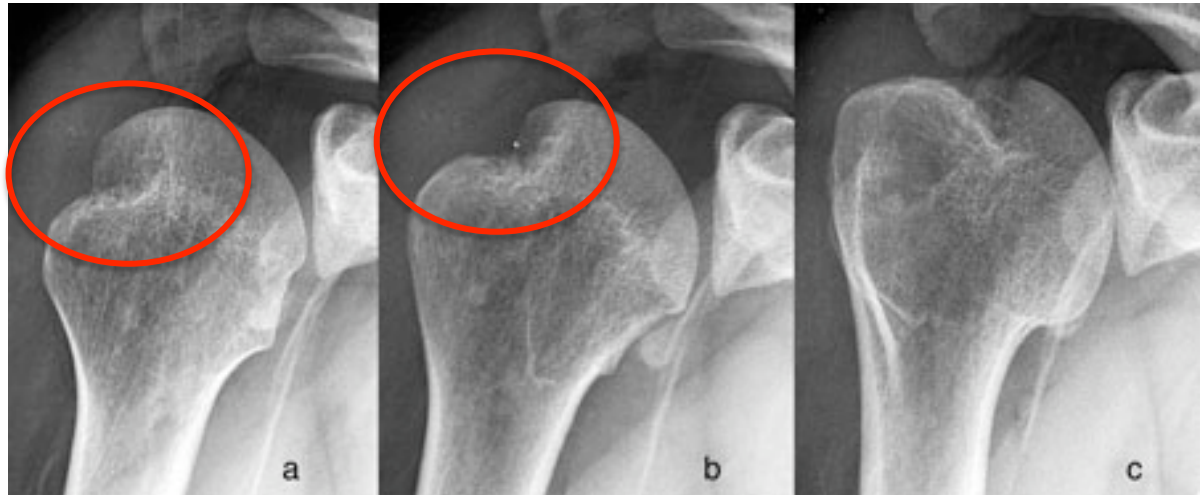
- Le diagnostic clinique est fait
- Le Patient est:
  - Instable , direction
  - hyperlaxe localement / générale (maladie du collagene)
  - Dououreux EDI
- Le bilan paraclinique s'impose....





# ELEMENT OSSSEUX

- RX SPECIFIQUE  
Epaule de face  
3 rotations

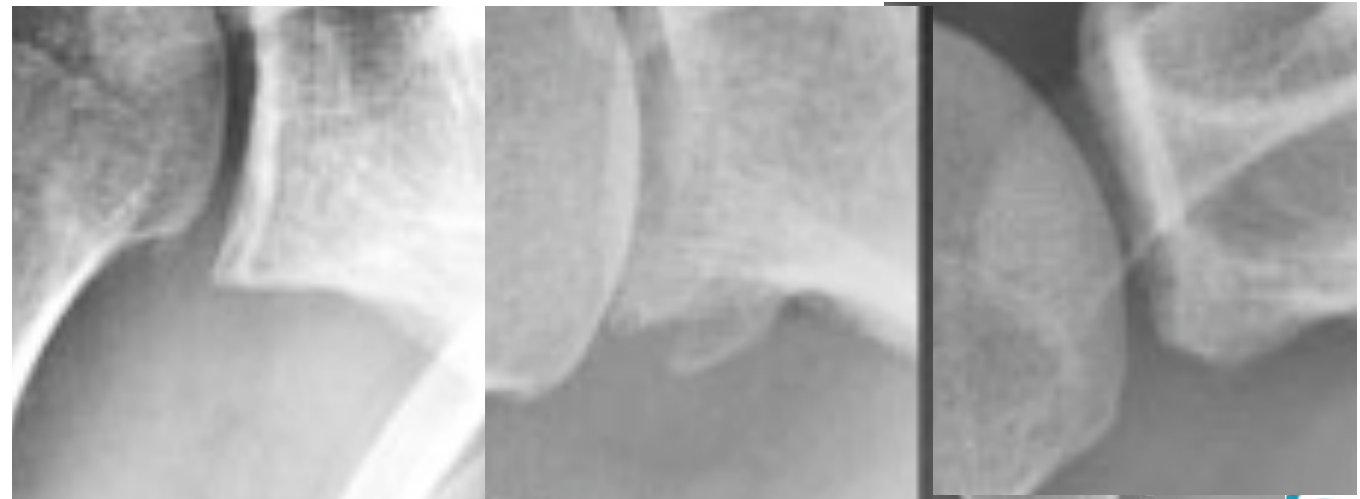


Rotation int

Rot Neutre

Rot Ext

Glène



pointu

avulsé

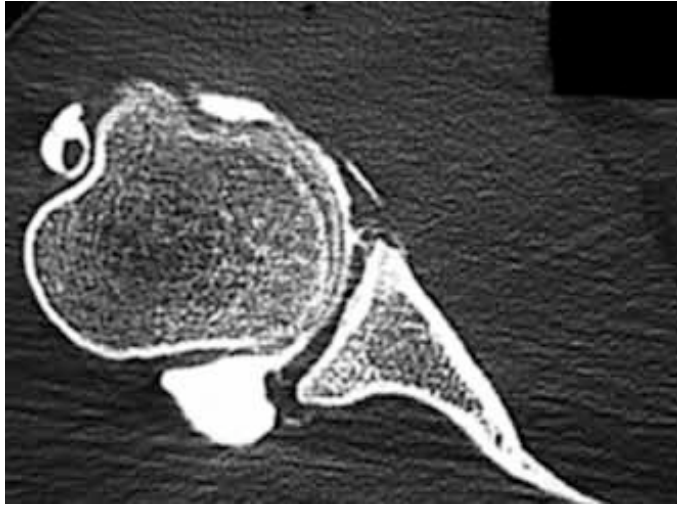
emoussé



# TDM



# ARTHRO TDM



- Rotation externe



Rotation interne

Examen indispensable



# Testing sous AG



- Utile en cas de doute clinique avec absence d'images concluantes
- Luxation antéro interne reproduite sous AG

# Au terme de l'examen clinique et des images

- Contexte de luxation vraies:
  - >2 luxations avec images radiographiques labrales et/ou atteinte osseuse → **CHIRURGIE**
- Contexte d'instabilité:
  - Instabilité prouvée sans hyperlaxité et lésion labrale → **CHIRURGIE**
  - Instabilité prouvée avec hyperlaxité vraie sans lésion évidente imagerie → **REEDUCATION**

# Si l'indication opératoire est posée

## Quel traitement proposer

- Réparation Lésions Labrales (bankart)
  - Rétente Capsulo-Ligamentaire (capsular shift)
  - Barrière Osseuse NON ANATOMIQUE (butée os)
- SCORE PREDICTIF DE FACTEUR DE RISQUE PERMETTANT DE CHOISIR UN TRT:
    - **ISIS score** (Boileau 2007)
    - Score établissant le % de risque de récurrence après chirurgie arthroscopique

# Score ISIS

Tableau I : Le Score ISIS (Instability Severity Index Score)

Facteurs Pronostiques Préopératoires		Points	
Questionnaire	Age à la chirurgie	<20 ans >20 ans	2 0
	Niveau de pratique du sport (préop)	Compétition Loisirs ou pas de sports	2 0
Examen	Type de sports (préop)	Contact ou armé-contré Autre	1 0
	Hyperlaxité de l'épaule (antérieure ou inférieure)	Hyperlaxité de l'épaule Laxité normale	1 0
RX de Face	Lésion de Hill-Sachs sur la RX de l'épaule de Face	Visible en RE Non visible en RE	2 0
	Erosion Glenoïdienne sur la RX de l'épaule de Face	Perte du contour inférieur Absence de lésion	2 0
Total		10 points	

Score ISIS (points)	Taux de Récidive de l'instabilité
< 3	5%
< 6	10%
> 6	70%

# TRAITEMENTS

SCORE ISIS < 3

→ **BANKART**

---

SCORE ISIS > 4 +

- Atteinte osseuse glène

→ **BUTEE**

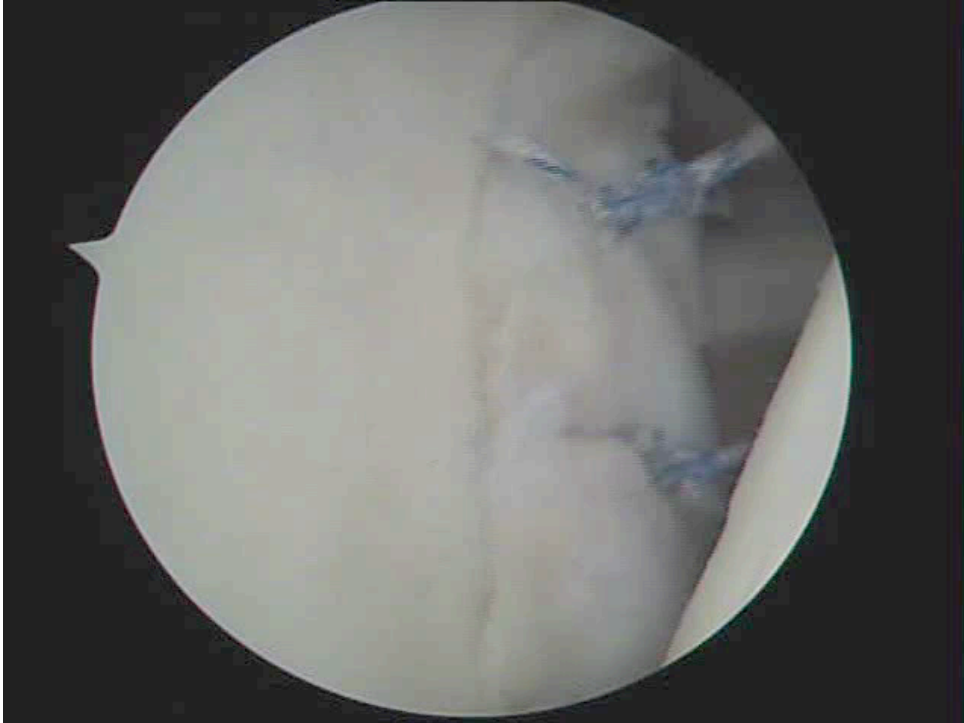
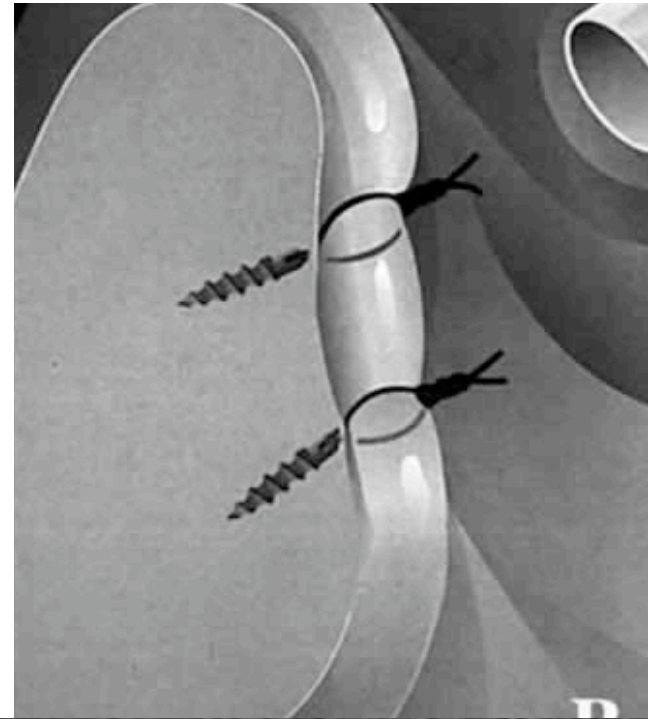
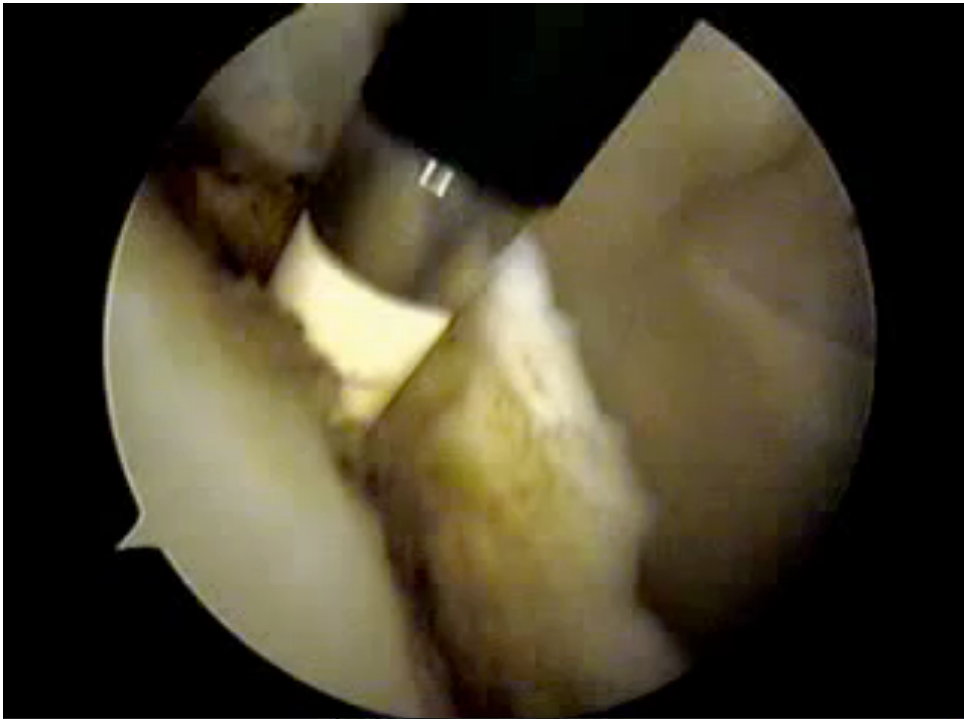
- Atteinte os humérus

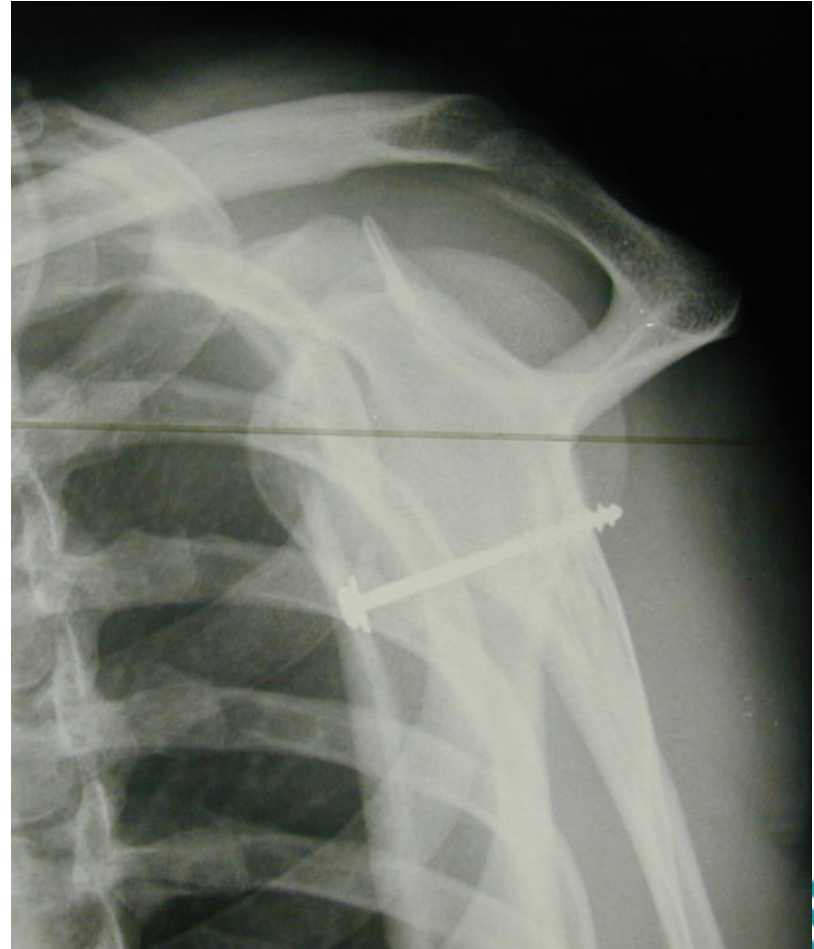
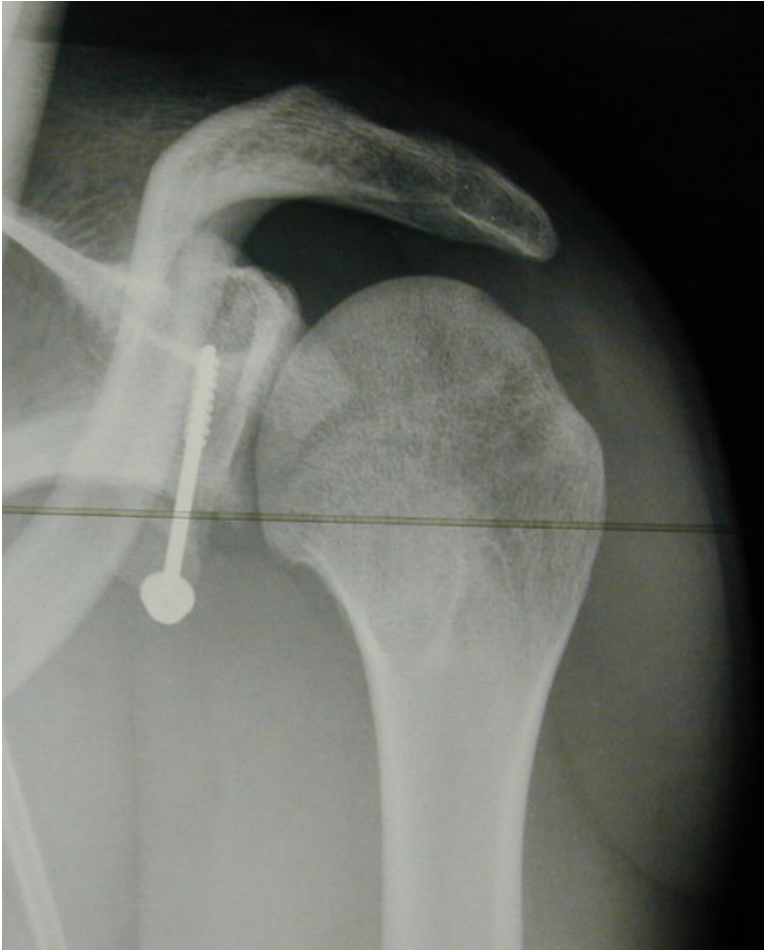
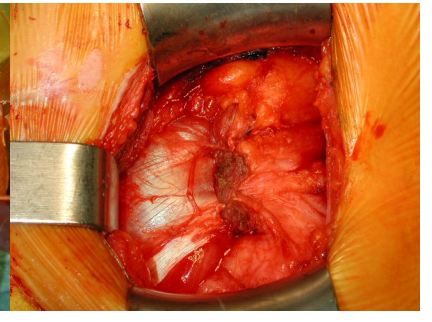
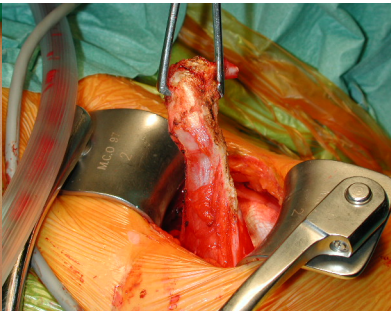
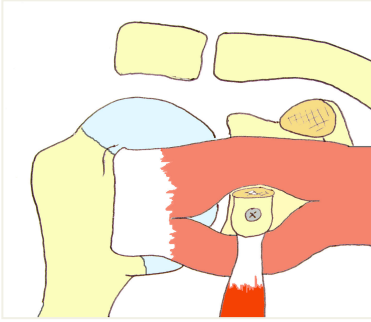
→ **BANKART + remplissage huméral**

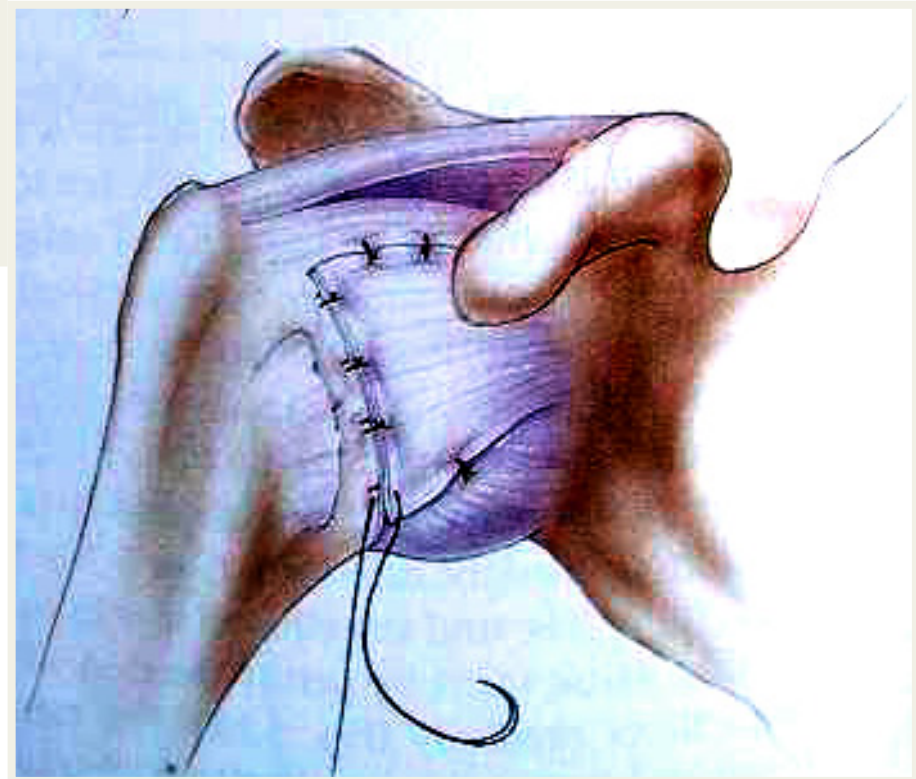
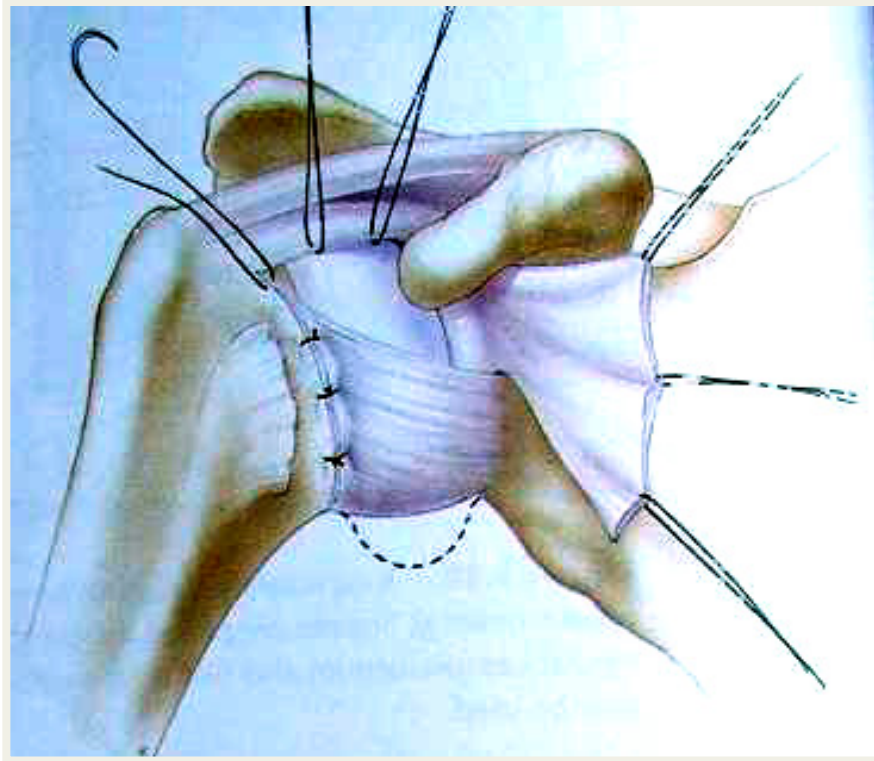
- Hyperlaxe

→ **CAPSULARSHIFT à ciel ouvert**









# Conclusion

- Diagnostic clinique
- Preuve de la luxation
- Paraclinique choix du TRT
- Attention aux **hyperlaxes**



Merci

