

INSTABILITE ANTERIEURE CHRONIQUE BILATERALE DE L'EPAULE A PROPOS D'UN CAS OPERE PAR BUTEE SELON LATARJET.

Chronic Bilateral Anterior Shoulder Instability: A Case Treated Surgically With The Latarjet Procedure.

Idrissa Seidou M^{1*}, Soumana Yahaya I¹, Souleimana B², Seyni Zirbine A¹, Souna Badio S¹.

¹Service de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique, Hôpital National Amirou Boubacar Diallo, Niamey-Niger ; ²Centre Hospitalier des Armées de Niamey-Niger.

***Auteur correspondant :** Dr IDRISSE SEIDOU Mohamed, **Email :** mohamedidrissa96@yahoo.fr, **Tel :** +227 91 77 60 73.

RESUME

La luxation antérieure de l'épaule est la plus fréquemment rencontrée des luxations. La forme bilatérale pure sans fracture associée est une entité rare. Nous rapportons le cas d'un jeune de 29 ans présentant une luxation glénohumérale récidivante bilatérale qui a été traité avec succès par butée osseuse de Latarjet. Au dernier recul les résultats clinique et radiologique étaient satisfaisants avec une reprise totale de ses activités professionnelles. **Mots-clés :** Instabilité antérieure, Epaule, Latarjet.

ABSTRACT

Anterior shoulder dislocation is the most commonly encountered type of dislocation. The pure bilateral form without associated fracture is a rare entity. We report the case of a 29-year-old man presenting with recurrent bilateral glenohumeral dislocation who was successfully treated with a Latarjet bone block procedure. At the latest follow-up, clinical and radiological outcomes were satisfactory, with full return to professional activities. **Keywords:** Anterior instability, Shoulder, Latarjet.

INTRODUCTION

L'épaule est l'articulation la plus mobile et de ce fait la plus instable de l'organisme ; sa luxation est la plus fréquente : 23 pour 100 000 personnes/année [1,2]. La butée de Latarjet représente une technique efficace pour la stabilisation de ces instabilités [3]. La forme bilatérale pure sans fracture est rare. L'objectif de ce travail est de présenter un cas de luxation glénohumérale antérieure bilatérale récidivante de l'épaule chez un jeune militaire dont la prise en charge a constitué à la réalisation d'une double butée osseuse selon la technique de Latarjet.

PATIENT ET OBSERVATION

Nous présentons le cas d'un patient âgé de 29 ans, de profession militaire, droitier, sans antécédents d'épilepsie. Il participe à des compétitions sportives militaires, notamment en athlétisme, football, courses d'obstacles et tir à l'arme. Il consultait après plusieurs épisodes de luxation antérieure de l'épaule droite et la seconde de l'épaule gauche à l'intervalle de trois mois qui ont toutes été traitées initialement par traitement orthopédique suivi de séances de rééducation. Concernant l'épaule droite, le premier accident de luxation était survenu dans un contexte de fausse manœuvre suite à l'utilisation d'une arme à feu, le second lors d'un accident de sport par chute avec réception sur le membre thoracique. L'épaule gauche était aussi luxée à deux reprises pendant les matchs de football militaires. Le motif de sa consultation était une douleur avec sensation de dérobage de l'épaule droite avec impossibilité d'accomplir ses activités professionnelles. L'examen

clinique et comparatif des épaules retrouve une instabilité des deux épaules plus marquée au niveau de l'épaule droite. Le score de ISIS (Instability Severity Index Score) est à 4 au niveau de chaque épaule (tableau) [4]. Devant l'instabilité des épaules avec risque de récurrence de la luxation (score ISIS), du fait qu'il s'agissait d'un sujet jeune de sexe masculin et devant l'impossibilité de reprendre ses activités militaires, nous avons d'emblée opté pour une stabilisation chirurgicale des épaules par butée de Latarjet. Cette technique [5] consiste en une ostéotomie d'une partie de l'apophyse coracoïde et de l'ostéosynthèse sur le versant antéro-inférieur de la glène au travers du tendon du muscle sous scapulaire associée à une plastie capsulaire pendant la fermeture. Nous réalisons successivement et selon la même technique deux butées (en position assise) osseuses coracoïdiennes vissées de l'épaule droite puis gauche à 3 mois d'intervalle. Le protocole postopératoire incluant une immobilisation par Mayo Clinic de l'épaule pendant 3 semaines suivie des séances de rééducation chez un kinésithérapeute pour une récupération progressive des amplitudes articulaires, de la force musculaire et de la stabilité de l'épaule. A deux mois postopératoire notre patient a repris les activités de la vie courante sans grande difficulté. La reprise complète et totale du sport militaire et des activités professionnelles a été possible au recul de six mois et nous avons réalisé à cette période une réévaluation clinique et radiologique (figure 1 et 2) avec des résultats satisfaisants.

DISCUSSION

Le traitement classique établit d'un premier épisode de luxation de l'épaule est conservateur. Il consiste en réduction et immobilisation de 3 à 4 semaines, permet une guérison des lésions capsulo-ligamentaires préalablement à un protocole de rééducation [3]. Cependant, l'incidence de la récurrence était de 60 % chez les patients de vingt à quarante ans [6]. Le contexte clinique et le statut professionnel de ce patient ont motivé notre choix thérapeutique dans la prise en charge secondaire de cette luxation bilatérale récidivante qui a consisté à réaliser une butée coracoïdienne. Après un suivi de 3 ans nous n'avons pas observé de récurrence. Cependant, un problème se pose souvent celui de savoir s'il faut opérer d'emblée un sujet jeune sportif d'un premier épisode luxation de l'épaule ? Les facteurs de risques de récurrence ainsi que les lésions associées sont des éléments qui orientent l'indication et le choix chirurgical qui peut s'opérer selon plusieurs techniques (opération de Bankart, de Trillat, l'ostéosynthèse de la grande tubérosité, le Hill-Sachs remplissage) s'effectuant de plus en plus par voie arthroscopique. Contrairement à ce cas qui est aussi rare, il a été rapporté selon plusieurs auteurs dans la littérature [7,8,9] des cas de luxation antérieure bilatérale traité orthopédiquement et dont il faut garder à l'esprit l'instabilité future de l'épaule dans le suivi régulier des patients et d'ailleurs à ce titre une étude de cohorte prospective sur 252 patients [10] a montré que 55,7 % des jeunes patients ayant subi une luxation de l'épaule présentaient une récurrence de l'instabilité de l'épaule dans les deux ans.

CONCLUSION

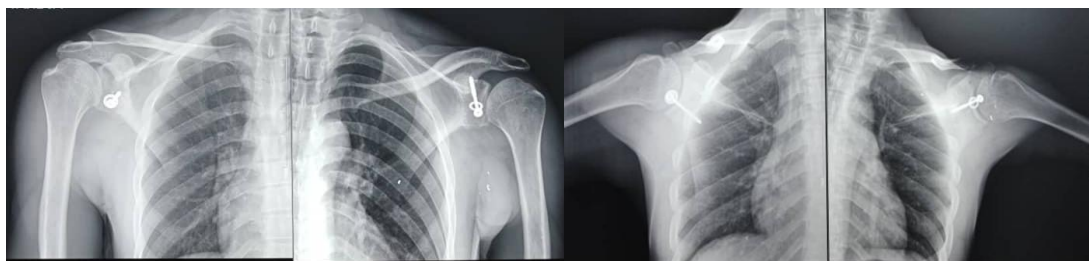
Malgré l'avènement des techniques arthroscopiques dans la prise en charge des instabilités de l'épaule, la butée osseuse de Latarjet à ciel ouvert demeure une technique d'actualité avec des résultats cliniques et fonctionnels satisfaisants.

Déclaration d'intérêts : les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt en rapport avec la rédaction de cet article.

Contributions des auteurs : tous les auteurs ont participé à l'élaboration de ce manuscrit, ils ont lu et approuvé la version finale.

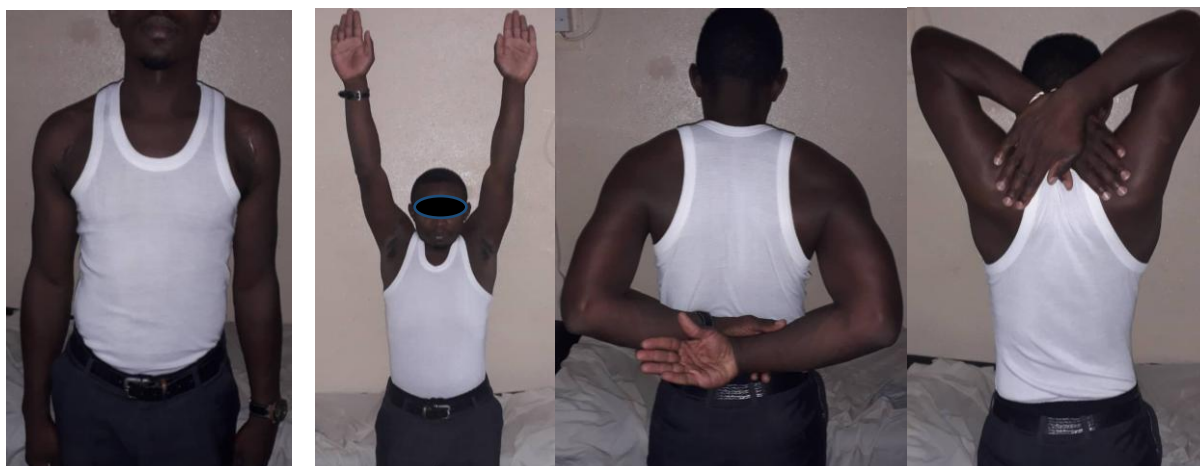
REFERENCES

1. Leroux T, Wasserstein D, Veillette C, et al. Epidemiology of primary anterior shoulder dislocation requiring closed reduction in Ontario, Canada. *Am J Sports Med.* 2014;42:442-450.
2. Zacchilli MA, Owens BD. Epidemiology of shoulder dislocations presenting to emergency departments in the United States. *J Bone Joint Surg Am.* 2010;92:542-549.
3. Özbaydar M, Chambat G, Hardy N. Prise en charge d'un premier épisode de luxation antéro-inférieure de l'épaule chez l'athlète. *Rev Med Suisse.* 2018;14:1326-1331.
4. Balg F, Boileau P. The instability severity index score: a simple pre-operative score to select patients for arthroscopic or open shoulder stabilisation. *J Bone Joint Surg Br.* 2007;89:1470-1477.
5. Latarjet M. Treatment of recurrent dislocation of the shoulder. *Lyon Chir.* 1954;49:994-997.
6. McLaughlin HL, Cavallaro WU. Primary anterior dislocation of the shoulder. *Am J Surg.* 1950;80:615-621.
7. Songahir CD, Sayouba T, Alexandre SK, et al. Bilateral anterior shoulder fracture-dislocation: a case report. *Open J Orthop.* 2018;8:183-189.
8. Chen KL, Lin SY, Wang TS. Bilateral anterior shoulder dislocation as a result of manipulation: a case report. *Medicine (Baltimore).* 2017;96(49):85-90.
9. Aryal Y, Jha ML, Kafle SK. Simultaneous bilateral anterior glenohumeral joint dislocation: a case report. *J Nepal Med Assoc.* 2020;58(227):512-514.
10. Robinson CM, Howes J, Murdoch H, et al. Functional outcome and risk of recurrent instability after primary traumatic anterior shoulder dislocation in young patients. *J Bone Joint Surg Am.* 2006;88:2326-2336.



1a: clichés de face 1b: clichés de profil

Figure 1(1a, 1b) : clichés de face et profil des 2 épaules avec butées coracoidiennes vissées selon Latarjet (front and side views of the 2 shoulders with Latarjet screwed coracoidal abutments)



2a : cicatrices opératoires 2b : hyper abduction 2c : rotation interne 2d : rotation externe

Figure 2 (2a, 2b, 2c, 2d) : test dynamique évaluation fonctionnelle des 2 épaules (dynamic test functional evaluation of the 2 shoulders).