

Le Traitement  
Chirurgical Des  
Luxations  
Recidivantes De  
L'épaule Selon La  
Technique De Latarjet

The Surgical Treatment Of  
Recurrent Shoulder  
Dislocation With The  
Latarjet Procedure

\* J. Boukhris, O. Margad, H. Sallahi, O.  
Azriouil, M. Daoudi, K. I. Koulali.

## RESUME

Il s'agit d'une étude rétrospective de 51 cas de luxations récidivantes de l'épaule, traités chirurgicalement par butée coracoïdienne pré-glénoidienne selon la technique de Latarjet, au service de Traumatologie Orthopédie de l'hôpital militaire Avicenne de Marrakech, sur une période de six ans, entre Janvier 2010 et Décembre 2015. Le but de ce travail est de faire le point sur le

Conflit d'intérêt : Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt en rapport avec la rédaction de cet article

\* Service de Traumatologie-Orthopédie – HMA –  
Marrakech - Maroc.

coracoïdienne préglénoidienne selon Latarjet, d'en apprécier le résultat fonctionnel, de rechercher les complications spécifiques et de cibler les principales indications tout en comparant nos résultats aux données de la littérature récente.

**Mots clés :** Epaule, Luxation, Instabilité, Latarjet

## SUMMARY

We report a series of 51 cases of the recurrent shoulder dislocation for whom the Latarjet surgical procedure which marks our experience in the department of Orthopedic and Traumatologic surgery of the Avicenne military hospital in Marrakech from 2010 to 2015.

The objectives of this retrospective work were to give a progress report on the total prosthesis of the elbow, still little answered nowadays, to appreciate the functional result, to seek the specific complications and to target of it the principal indications while comparing our results with the data of the recent literature.

**Keywords:** Shoulder, Dislocation, Instability, Latarjet.

## **INTRODUCTION**

La luxation de l'épaule est une perte de contact permanente entre la tête humérale et la cavité glénoïde, très fréquente, elle occupe le premier rang dans les luxations de l'organisme. Ceci est en rapport avec la grande mobilité de l'articulation de l'épaule et surtout avec l'absence de concordance entre la tête et la cavité glénoïde. La luxation récidivante est une complication assez fréquente de la luxation de l'épaule, dont le traitement est résolument chirurgical. Il permet la récupération de la mobilité articulaire ainsi qu'une stabilité articulaire satisfaisante.

Le but de ce travail est de faire le point sur le traitement chirurgical des luxations récidivantes de l'épaule par butée coracoïdienne préglénoïdienne selon Latarjet, d'en apprécier le résultat fonctionnel, de rechercher les complications spécifiques et de cibler les principales indications tout en comparant nos résultats aux données de la littérature récente.

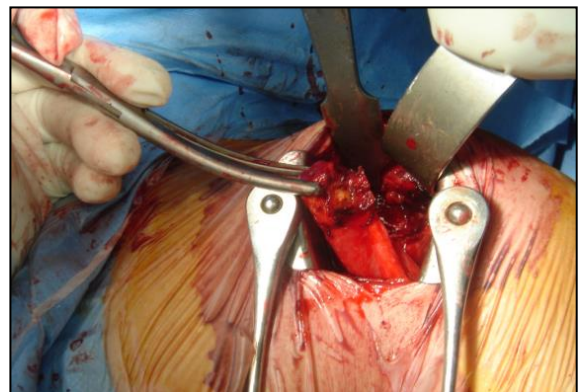
## **MATERIELS ET METHODES**

Notre travail est une étude rétrospective portant sur 51 cas de luxations récidivantes de l'épaule colligés au service de chirurgie Orthopédique et Traumatologique de l'hôpital militaire Avicenne de Marrakech, sur une période de six ans, entre janvier 2010 et décembre 2015. Le recul moyen était de 34 mois avec des extrêmes allant

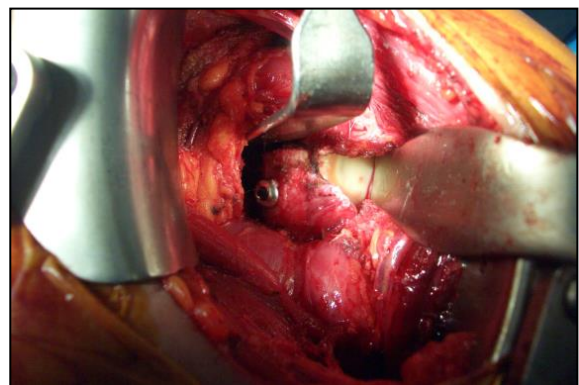
de 6 mois à 6 ans. Tous nos patients ont été traités chirurgicalement par butée coracoïdienne préglénoïdienne selon Latarjet. Les buts de notre étude étaient d'apprécier le résultat fonctionnel, la mobilité, la satisfaction du patient et les éventuels complications.



**Figure 1 :** Repère de la voie d'abord delto-pectorale.



**Figure 2 :** Prélèvement de la coracoïde



**Figure 3 :** Préparation de la glène et fixation de la butée par une vis.

## **RESULTATS**

Les résultats sur la douleur sont parfaits, puisque 94,2 % des patients ne se plaignaient d'aucune douleur et seulement 2 épaules (3,9%) présentaient une douleur d'efforts et une épaule (1,9%) accusait d'une douleur lors des gestes de la vie courante.

Seul un malade a été dispensé des travaux intenses à cause des douleurs et de sensations d'instabilité. Les autres ont retrouvé leurs fonctions antérieures.

La stabilité était parfaite dans 46 cas (90,2%). Le signe d'appréhension était présent dans 4 cas (7,8 %). Un seul patient (2%) a rapporté la notion de subluxation.



**Figure 4:** Triple verrouillage de Patte.

La mobilité a été mesurée en pourcentage par rapport au coté opposé. La note globale dépend des mouvements qui ont été mesurés : rotation interne, rotation externe, le bras en adduction puis en abduction, et en élévation antérieure dans le plan de l'omoplate. Une mobilité normale était restaurée dans 44 cas (86,3%). La

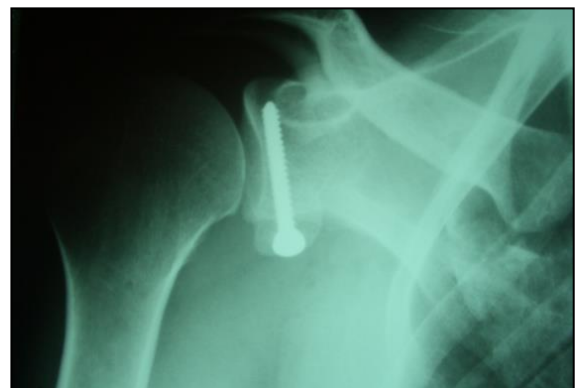
diminution de la mobilité a porté essentiellement sur la rotation externe.

Nous avons obtenu les résultats globaux selon la cotation de ROWE comme suit :

- 86,3% de bons et excellents résultats
- 11,7% de moyens résultats
- 2% de mauvais résultats

Sur le plan radiologique :

- La butée était parfaite (affleurante) dans 48 cas (94,1%).
- Un seul cas de lyse de la butée.
- Deux cas de débord postérieur des vis.
- Aucun de pseudarthrose.
- Trois cas de patients porteurs d'une arthrose post opératoire de stade I de Samilson ce qui correspond à 5,8% et 94,2% totalement indemnes.



**Figure5 :** Radiographie de contrôle montrant la consolidation de la butée en bonne position

## **DISCUSSION**

La luxation récidivante de l'épaule est une affection de l'adulte jeune, car sa fréquence

diminue avec l'âge. La moyenne d'âge au moment de l'intervention était entre 26,5 et 35 ans. Nos résultats rejoignent celle de la littérature, en effet, l'âge moyen au moment de l'intervention était de 28 ans (1).

Plusieurs auteurs (2) insistent sur la prédominance de la luxation récidivante de l'épaule dans le sexe masculin, elle représente ainsi les 2/3 en général. Chez nos patients, la prédominance masculine (86%) est biaisée par le fait que notre recrutement se fait dans une population militaire à majorité masculine (3).

Le côté dominant est le plus fréquemment retrouvé, il représente les 2/3 en général (4), ceci est facilement expliqué par les circonstances de survenue des accidents de luxation: gestes sportifs ou professionnels, mais l'affection peut être bilatérale. Dans notre série, le côté dominant était le plus atteint (65%), sans aucune atteinte bilatérale.

La luxation initiale est le plus souvent d'origine traumatique survenant généralement au cours d'un accident de sport (5). La luxation initiale était traumatique dans notre série dans 96% des cas, lors d'une activité sportive dans 58,3% des cas, et atraumatique dans 4% seulement.

La réduction de toute luxation de l'épaule doit être réalisée sous anesthésie générale, avec bon relâchement musculaire, cela

permet d'éviter toute aggravation des lésions et de diminuer le taux des récurrences. Dans notre série 82,4% des patients ont bénéficié d'une réduction sous anesthésie générale. L'immobilisation immédiate permet une bonne cicatrisation des éléments capsulo-ligamentaires, l'absence ou l'insuffisance d'immobilisation joue un rôle important dans la genèse des récurrences (6).

La plupart des auteurs préconisent une durée d'immobilisation de trois semaines (7). Dans notre série tous les malades ont été immobilisés pendant une période de 15 jours.

La rééducation doit toujours être réalisée après un premier épisode de luxation par traumatisme car elle permet de prévenir la récurrence. Dans la série *BINET*, une rééducation spécialisée a été faite chez 2/3 des malades dans les suites immédiates. Dans notre série, tous les patients ont bénéficié de rééducation après la première luxation (8).

Les récurrences après une première luxation surviennent généralement au cours de traumatismes de moins en moins importants parfois même pendant le sommeil (9). Elles sont de moins en moins douloureuses et de plus en plus rapprochées. Les réductions ont été soit spontanées, soit de plus en plus faciles sans anesthésie générale.

Nous avons comparé nos résultats à ceux d'auteurs ayant utilisé la méthode de Latarjet pour traiter les luxations récidivantes de l'épaule. Selon les différentes séries étudiées (10) nous constatons que le taux de complications opératoires varie de 7 à 8,6%. Ces complications peuvent être infectieuses (sepsis), neurologiques (lésions du plexus brachial) ou vasculaires (phlébite du membre supérieur). Dans notre série, on ne note aucun cas de sepsis, ni de lésions neurologiques, ni de phlébite du membre supérieur (11).

L'analyse de la stabilité montre que les résultats de notre série sont comparables à ceux de la littérature. Le taux de récurrence est faible, les causes possibles de cette récurrence sont les pseudarthroses, les fractures et les lyses du greffon. 94,2% des patients ne se plaignent d'aucune douleur, ce taux est très favorable et comparable aux taux des séries de la littérature (12).

Dans notre série, la mobilité normale est restaurée dans 86,3% des cas. La diminution de la mobilité a porté essentiellement sur la rotation externe, comme dans les études de la littérature (13). Selon la littérature cette diminution est en rapport avec l'attitude opératoire vis-à-vis du sous scapulaire, ainsi la rotation externe est normale en cas de dissociation et elle est diminuée en cas de section de la moitié supérieure et encore plus diminuée

en cas de section complète. L'existence d'une arthrose post-opératoire et l'existence d'une butée débordante en intra-articulaire dans le plan horizontal.

Nos résultats fonctionnels de l'intervention de Latarjet sont tout à fait satisfaisants et cadrent avec ceux des autres séries de la littérature (14). 86,3% des cas avaient de bons et d'excellents résultats objectifs globaux.

Dans notre série on n'a pas noté de pseudarthrose de la butée. La survenue de cette pseudarthrose peut être en rapport avec l'utilisation d'une vis uni corticale, avec la synthèse par une seule vis et avec la butée vissée "debout". Dans notre série nous avons noté un cas (2%) de lyse de la butée. Ce taux reste très faible par rapport aux taux révélés dans la littérature (15). Ceci est dû au fait que l'effectif de notre série reste réduit par rapport aux séries de la littérature.

La comparaison des résultats de la butée coracoïdienne avec d'autres techniques chirurgicales est faite sur une série de 500 patients opérés pour une luxation récidivante de l'épaule (14) se partageant comme suit :

- 365 cas traités par technique de LATARJET
- 53 cas traités par l'intervention de BANKART
- 46 cas traités par vissage capsulaire

- 45 cas traités par la butée costale

Nous avons remarqué que les meilleurs résultats ont été obtenus dans le traitement par la technique de Latarjet et la butée costale. Les scores objectifs de notre série sont très satisfaisants, ainsi on a eu 86,3% de bons résultats contre 13,7% de moyens et mauvais résultat.

### **CONCLUSION :**

Le traitement de la luxation récidivante de l'épaule est chirurgical. Notre étude montre, et ceci conformément aux données de la littérature, que la technique de Latarjet permet de restaurer une mobilité normale dans la majorité des cas et de bons résultats antalgiques. Les complications sont rares, à type de lyse de la butée, d'arthrose ou récurrence de la luxation. L'intervention de Latarjet est une méthode efficace, de réalisation facile et rapide permettant d'agir sur les facteurs physiopathologiques des luxations.

### **REFERENCES**

1- Allain J, Goutallier Md, Glorion C, Ph D. Long term results of the Latarjet procedure for the treatment of anterior instability of the shoulder; J. Bone. Joint. Surg. 1998, 80: 841 – 52.

2- Le Nen D, Guyot X. Instabilité antérieure récidivante de l'épaule. Table ronde sous la direction de D LE NEN (Brest). Les annales orthopédiques de l'ouest 2003.

3- Collin P, Dreano T, Thomazeau H, Rochcongar P, Langlais S. Résultats de l'intervention de Latarjet dans les instabilités antérieures de l'épaule. Les annales orthop de l'Ouest. 1998, vol 30: 79-82.

4- Ferreira A. La luxation récidivante antérieure de l'épaule après 40 ans. Les journées lyonnaises de l'épaule.

5- Bernageau J, Patte D. Examen radiologique des instabilités antérieures de l'épaule. Radio. J. Cepur, 1987, 7: 165-173.

6- Kempe J-P, Lacaze F, Hila A. Instabilité antérieure et hyper laxité de l'épaule. Rev. Chir. Orth, 200, 86 : 132-137.

7- Bernageau J, Patte D. Examen radiologique des instabilités antérieures de l'épaule. Radio. J. Cepur, 1978, 7: 165-173.

8- Pecout G, Arnaud Jp, Duxloyer J, Mabit Ch. Résultats de 34 luxations récidivantes de l'épaule traitées par glénocapsulorrhaphie antérieure chez le sportif.

9- Biglani U, Newton Pm, Connor Pm, Mc-Llveen Sj. Glenoidien lesions associated with recurrent anterior dislocation of the shoulder. Am, J. Sports Med, 1998, 26: 41-45.

10- Walch G. La luxation récidivante antérieure de l'épaule. Table ronde. Rev chir Orthop, 77 : 177-191, 1991.

11- Goutallier D, Glorion C. La butée coracoïdienne dans les instabilités antéro-internes de l'épaule. Cahiers d'enseignement de la SOFCOT, 49 : 41-46, 1994.

12- Courroy J B, Baubinet G, Maquet C. Epaule douloureuse et instable : rééducation post-opératoire. Journées de médecine physique de rééducation. Expansion scientifique française. 1981, Paris : 351-360.

13- Chevrot A, L'huillier F, Dupont A.M, Richardo, Rousselin B. Radiologie standard et orthographie de l'épaule. Feuillet de Radiologie, 1990, 30, 3.

14- Walch G. La luxation récidivante antérieure de l'épaule. Table ronde en hommage à PATTE D. SOFCOT. Journées du printemps, Estoril, 1990 (suppl. I, Rev. Chir. Orthop, 1991, 77) : 177-191.

15- Glorion C: La luxation récidivante de l'épaule : résultats radiographiques. Rev. Chir. Orthop, suppl. I, 77 : 186-189, 1991.

