

CAP SANTÉ 

SLAP

Dr Philippe Teissier
Clinique Saint-Jean, Montpellier

définition

- * pathologie du complexe labro-bicipital
- * décrite par Snyder
- * épaule du lanceur +++
- * fréquence : 4-12%



rappels anatomiques

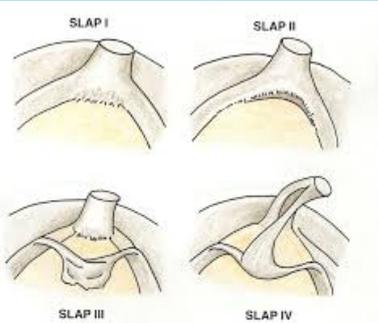
- * labrum :
ménisque fibreux avec transition fibro-cartilagineuse au contact de la glène
attaches « lâches » sur la glène supérieure
- * LPB : 2 attaches :
sur le labrum : 4 variantes (ant / post / ant+/-post / médian)
+ tubercule supra glénoidien à 5 mm

Etiopathogénie

- * labrum sup sert d'insertion pour le LPB
- * LPB :
- effet abaisseur de la tête humérale

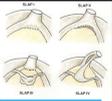
- effet stabilisateur antérieur actif :
augmente sa rigidité torsionnelle de 10-20% en RE
pour diminuer stress sur LGHI

Classification Snyder



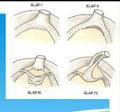
Classification Snyder

- * SLAP 1 : 11-21%



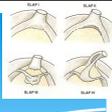
Classification Snyder



- * SLAP 3 : 4-33%



Classification Snyder



- * SLAP 4 : 4-15%

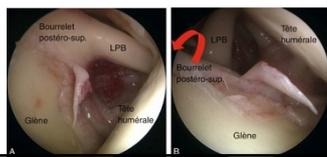


Théorie micro traumatique par traction du LPB

- * Andrews 1985 : traction répétée du labrum sup par le LPB => épaule du lanceur avec coiffe profonde



- * poussée par Burkhart : « peel-back mechanism » bascule médiale du labrum, lors de l'armer



Théorie traumatique par compression ou distraction

- * Snyder 1990 : translation sup de la tête
- * 1^{er} mécanisme : chute sur la paume de la main, bras en avant et RE => force compressive
- * 2^{ème} mécanisme : traction bras tendu => force distractive
- * lésions associées : DAC, instabilité, coiffe ...




Théorie fonctionnelle

- * Kibler, 1995, développée à partir de l'épaule des pitchers
- * geste de lancer = « catapulte », optimisée dans le plan de la scapula
- * GIRD (>20°) et TROMD (>5°)
- * SICK Scapula



Théorie fonctionnelle

- * déséquilibre de force !
 - phase d'armer : stretching des RI
 - phase d'accélération : contraction concentrique des RI
 - **phase de freinage** : contraction excentrique des RE, pour freiner et dissiper toute l'énergie emmagasinée par l'épaule et le tronc => micro trauma => perte de force
- => tests iso : ratio RE:RI=2:3, souvent diminué ...
- * rôle de la proprio : modifiée et diminuée



Théorie de la cascade

- * 1998 : Burkhardt Morgan Kibler
 - * insuff RE => micro trauma => hypertrophie capsule post
 - * point de départ : rétraction capsulaire post (asympto)
 - * GIRD
 - * déplacement centre de rotation (avantage adaptatif lanceur)
 - * pseudo laxité capsule antérieure
 - * aggravation peelback mechanism
 - * aggravé par SICK scapula
- => SLAP 2, départ plutôt post, extension progressive vers l'avant



Bilan diagnostic : interrogatoire

- * coté dominant / atteint
- * sports : type / niveau de pratique
- * mode de début : trauma unique (compression / distraction) microtrauma répétés (armer lancer) progressif chronique
- * signes associés : instabilité / manque de force etc ...
- * technopathies : changement raquette etc...
- * ttt entrepris

Bilan diagnostic : tests cliniques

- * inspection : épaule « basse », atrophie fosses IE +/- SE, dyskinésie scapula
- * amplitudes : actives / passives : GIRD >20° et TROMD >5° ? cinétique scapulo thoracique
- * tests de coiffe, de conflit et d'instabilité classiques

Bilan diagnostic : tests cliniques

- * tests spécifiques : **ACT = O'Brien**
- + si douleur en pronation, disparaît en supination
- Se ++
- SP +/-



Bilan diagnostic : tests cliniques

- * tests spécifiques : **Crank Test**

douleur à la mise en compression

Se +/-
Sp +



Bilan diagnostic : tests cliniques

* tests spécifiques : Palm-up test

Se –
Sp ++



Bilan diagnostic : tests cliniques

* tests spécifiques : Test de Kim

Se ?
Sp ?



indications ttt

- * ttt médical +++
- repos sportif +/- infiltration
- technopathie + correction du geste
- rééducation :
normaliser les ROM : RI ++ avec auto rééduc
renforcement des RE : concentrique + excentrique
proprio

indications ttt

- * en cas d'échec du ttt médical : chirurgie
- * à utiliser avec parcimonie ++
SLAP = modifications adaptatives
réparation => raideur et difficulté pour retour au sport
- * 3 options :
débridement / régularisation
réparation SLAP
ténotomie-ténodèse LPB



indications ttt

- * SLAP 1 : régularisation
- * SLAP 2 : réparation ou ténodèse
- * SLAP 3 : régularisation de l'anse de seau
- * SLAP 4 : régularisation de l'anse de seau +
ténodèse biceps

indications ttt : REPARATION

65-95% d'excellents résultats,
mais 44-95% de reprise sportive au même niveau

- * caméra en voie post +/- décalée en latéral
- * VA antérieure classique
- * testing
- * avivement osseux et de la lésion au shaver
- * mise en place de 1 à 2 ancrés de faible diamètre :
résorbables ou filaires, par VA ant / antéro lat / postéro
lat
- * récupération d'un brin de chaque ancre par un Hook
par VA Newiaser



indications ttt : TENODESE

* série de Boileau
satisfaction : 90% dans le groupe ténodèse vs 57%
reprise sportive : 64% vs 39%

* complexité à reproduire la labrum, variations
anatomiques

=> après 35 ans, SLAP 2 sans instabilité : faire
ténodèse