

► Suite de la page 4

et la décompression bicipitale sont réservés à de rares indications. Le choix entre ténodèse et ténotomie fait toujours l'objet de controverse en fonction des avantages et des inconvénients de chacune. Les lésions de la coiffe

(*supra spinatus* et/ou *subscapularis*) doivent être traitées en même temps. Chaque type de SLAP fait l'objet d'un traitement spécifique et adapté. La raideur reste le problème le plus fréquent.

Il s'agit d'une étude précise et bien réalisée sur la pathologie du biceps et du bourrelet, depuis l'analyse anatomique jusqu'aux différents traitements.

Il faut regretter l'absence de l'incidence de chaque pathologie. Il n'y a donc aucune orientation précise des auteurs vers un type de traitement particulier et le choix du traitement des SLAP ne semble pas tenir compte des publications récentes. Ce travail est un remarquable état des lieux, mais son application clinique dépendra de l'expérience de chacun. Il se fonde malheureusement sur une bibliographie ancienne.

La désinsertion humérale du ligament gléno-huméral inférieur : « HAGL lesion »

Bruno Toussaint
Annecy

Bui-Mansfield LT, Banks KP, Taylor DC

Humeral avulsion of the glenohumeral ligaments. The HAGL Lesion.
Am J Sports Med 2007 ; 35 : 1960-6.

Les auteurs proposent une classification radiologique des avulsions humérales des ligaments gléno-huméraux (HAGL Lesion) dans l'instabilité de l'épaule.

Dans 80 % des instabilités, la lésion de Bankart est isolée et explique la symptomatologie clinique, l'avulsion humérale des ligaments gléno-huméraux a été plus récemment rapportée dans seulement 1 à 9 % des cas. Cette lésion peut être isolée ou associée à d'autres lésions. Sa méconnaissance expose à une réparation incomplète des lésions et au risque de récurrence de l'instabilité.

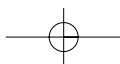
L'étude repose sur une série personnelle des auteurs de 6 cas, associée à la revue de la littérature faite à l'aide de la base de données Medline qui collige 65 cas à partir de 7 articles. Ce qui réalise une série de 71 patients, permettant aux auteurs de définir un certain nombre de données statistiquement plus fiables. La moyenne d'âge est de 27 ans (avec des extrêmes à 12 et 69 ans) ; la prédominance masculine indéniable (4 femmes pour 67 hommes) ; le rugby est le sport le plus souvent retrouvé devant la plongée, le football et le basket-ball.

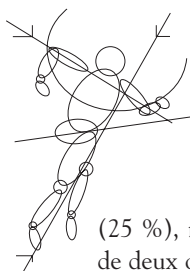
Quatre-vingt-treize pour cent des HAGL sont antérieures et presque les deux tiers sont associées à d'autres lésions (labrales, de la coiffe des rotateurs ou Hill-Sachs).

La description anatomique du ligament gléno-huméral inférieur (LGHI), premier stabilisateur antérieur de l'articulation lorsqu'elle est en abduction-rotation externe avec ses deux faisceaux antérieur et postérieur qui délimitent la poche axillaire, rappelle aussi la description de B.R. Bach de l'insertion du LGHI sur l'humérus qui peut être soit curviligne au ras du cartilage, soit plus à distance de sa partie centrale, en forme de « V ».

La physiopathologie reprend la première description de T. Nicola (1941) de l'avulsion capsulaire humérale dans l'instabilité de l'épaule et s'attache à rapprocher le mouvement d'abduction et de rotation externe dans l'origine des HAGL Lesions alors que la lésion de Bankart ne résulterait que d'une hyperabduction simple.

Des études cadavériques ont montré que les lésions du LGHI peuvent être à l'insertion labrale (40 %), en plein corps du ligament (35 %) ou à l'insertion humérale





Mise au point

(25 %), mais la lésion finale peut être une combinaison de deux ou des trois lésions.

Le diagnostic radiologique repose sur l'IRM ou l'arthro-IRM qui, malheureusement, offrent des critères radiologiques fiables dans peu de cas.

La description radiologique s'attache principalement sur l'existence ou non d'un arrachement osseux huméral et sur l'étude de la poche axillaire du LGHI qui a une forme en « U » sans extravasation du liquide artériel ou de contraste dans sa forme normale, qui va se transformer en « J », accompagnée d'une extravasation de liquide à la jonction humérale du ligament. Ces signes peuvent exister sur la partie antérieure ou postérieure du ligament. La *West Point classification* propose six situations en fonction des signes radiologiques précédemment décrits.

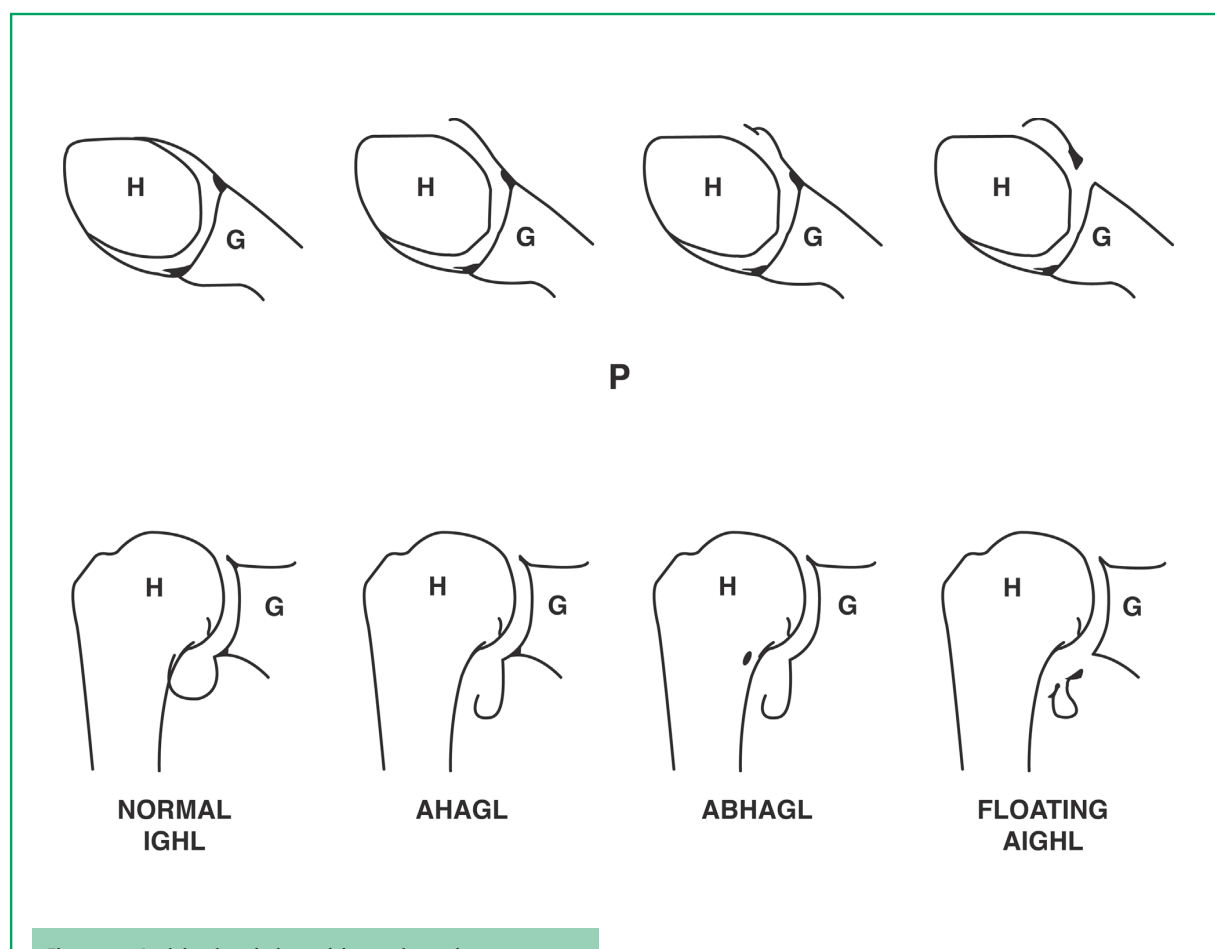
Dans la plupart des cas, les lésions siègent sur la partie antérieure du LGHI : trois stades sont prévus dans la classification :

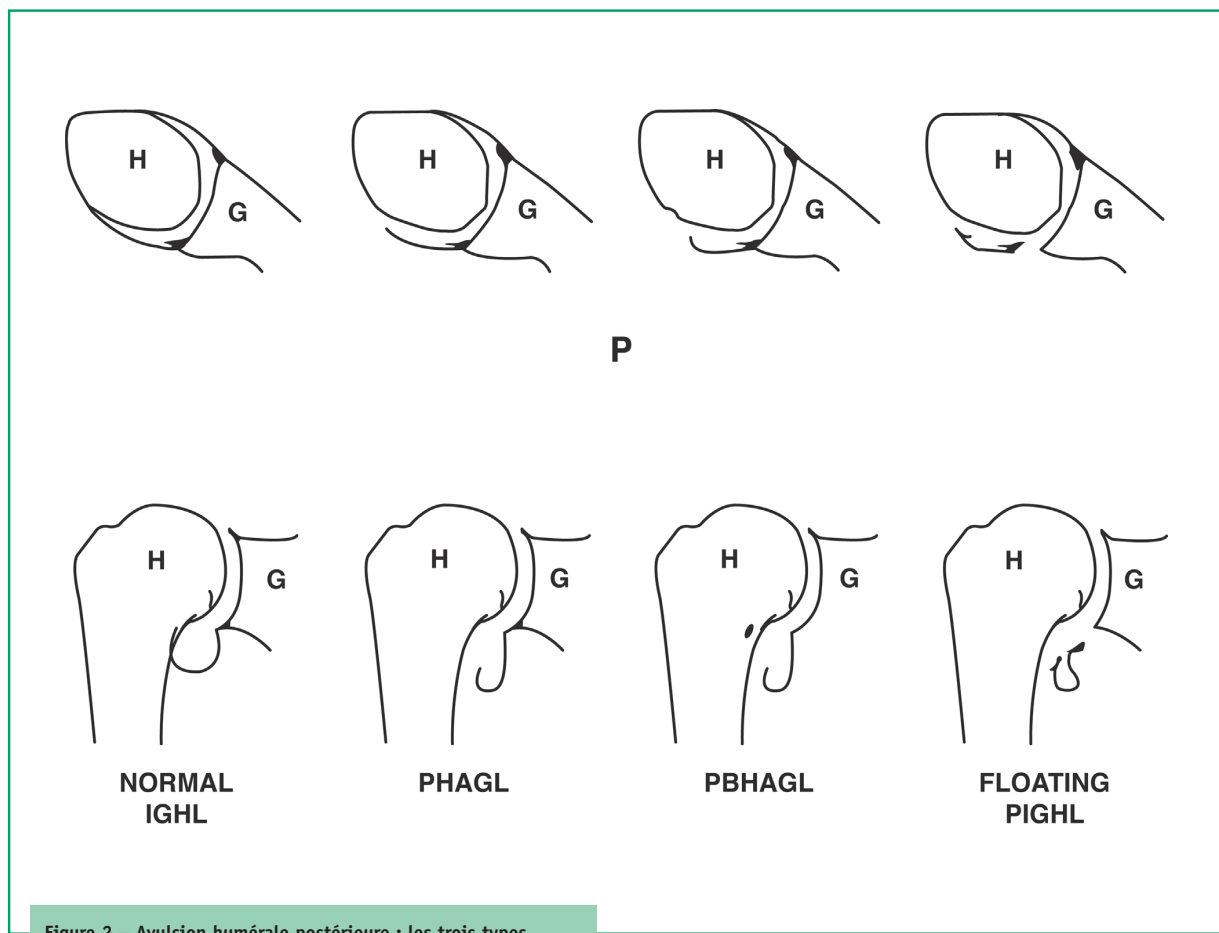
- la lésion ligamentaire humérale isolée ou *Anterior HAGL (AHAGL)* (55 %) ;
- l'arrachement osseux antérieur ou *Anterior Bony HAGL (ABHAGL)* (17 %) et ;
- la lésion bipolaire (glénoïdienne et humérale) ou *Floating Anterior Inferior HAGL (Floating AIHAGL)* (21 %) (cf. figure 1).

La même description peut être faite pour la partie postérieure du LGHI :

- lésion ligamentaire humérale postérieure ou *Posterior HAGL (PHAGL)* (3 %) ;
- arrachement osseux postérieur ou *Posterior Bony HAGL (PBHAGL)* (0 %) et ;
- lésion bipolaire (glénoïdienne et humérale) ou *Floating Posterior Inferior HAGL (Floating PIHAGL)* (4 %) (cf. figure 2).

Les auteurs rappellent que des lésions associées aux HAGL *Lesions* se retrouvent dans presque deux tiers des cas.





Cette classification est intéressante car elle doit permettre de mieux diagnostiquer les *HAGL Lesions*. Malheureusement, le diagnostic radiologique reste très difficile car, comme le reconnaissent les auteurs, les signes radiologiques ne sont apparents que dans une très faible proportion des cas. Ce qui laisse un grand nombre de ce type de lésions de découverte peropératoire. Ce qui bat en brèche l'argument développé dans cet article selon lequel ce diagnostic et cette classification devraient aider le praticien dans son choix thérapeutique.

Cette méta-analyse ne regroupe que peu de cas et s'échelonne sur une très longue période (1941 à nos jours) pendant laquelle la radiologie a évolué et permis un diagnostic plus fin à l'aide de l'IRM et de l'arthro-IRM. Ce qui rend la description des signes radiologiques difficile sur de simples radiographies ou arthrographies pour les premiers articles jusqu'à l'arthro-IRM pour les derniers, la description des images ne se faisant plus sur 71 observations et donc étant moins contributive.

La description de la classification se rapproche de celle des lésions dans l'instabilité de l'épaule lors du symposium de la Société Française d'Arthroscopie, en 2000, qui a attiré l'attention sur les lésions bipolaires et sur la grande inconnue que représentent les lésions intratendineuses qu'aucun examen complémentaire préopératoire ne peut évaluer. L'évaluation préopératoire des lésions de l'instabilité de l'épaule reste aujourd'hui l'élément déterminant du choix thérapeutique, et la méconnaissance de certaines lésions, et principalement des *HAGL Lesions* dont le diagnostic reste difficile, expose aux risques de récurrence de l'instabilité.