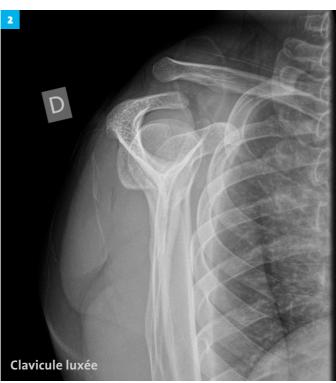


# STABILISATION DE L'ÉPAULE OUVERTE ET ARTHROSCOPIQUE

### INFORMATION AUX PATIENTS





## LES LUXATIONS DE L'ÉPAULE ET L'INSTABILITÉ GLÉNO-HUMÉRALE (1):

Facteurs de risques d'instabilité et de récidive de luxation après une luxation de l'épaule :

		/ .			\
1 1	Jeune a	$\alpha \cap 1 / 1$	$d \cap$	7 -	ancl
1 1	TELLIE A			/ ¬	a 1 1 S 1

- ☐ Hyperlaxité générale et spécifique de l'épaule
- ☐ Arrachement de la capsule de l'épaule (HAGL)
- ☐ Mauvaise cicatrisation du bourrelet (labrum) glénoïdien (ALPSA)
- ☐ Perte osseuse au niveau de la glène
- ☐ Perte osseuse et encoche Hill-Sachs de la tête humérale
- ☐ Multiples luxations
- ☐ Degré de participation au sport
- ☐ Sport de combat et/ou de contact

Deux à trois facteurs de risques justifient une stabilisation par butée (Latarjet) qui crée un effet de triple verrouillage de l'épaule instable. Une instabilité avec peu de facteurs de risques peut également être traitée par une stabilisation arthroscopique avec réparation du bourrelet et raccourcissement de la capsule de l'épaule.

## LES ENTORSES ET LUXATIONS DE LA CLAVICULE AU NIVEAU DE L'ARTICULATION ACROMIOCLAVICULAIRE (2):

Une stabilisation de la clavicule par opération peut être recommandée dans les cas suivants :

- ☐ Luxation verticale modérée avec instabilité horizontale (type 3B)
- ☐ Luxation horizontale sévère (type 4)
- ☐ Luxation verticale sévère (type 5)

Cette brochure contient les principales réponses aux questions le plus souvent posées à propos de la chirurgie de l'épaule mais elle ne remplace pas votre entretien avec le chirurgien et le personnel soignant.

## LES LUXATIONS DE L'ÉPAULE

Nos mains représentent l'«extension de notre cerveau» et nous sont utiles pour explorer le monde autour de nous et communiquer. Pour cette raison, l'épaule est l'articulation la plus mobile du corps et permet de positionner nos mains partout dans l'espace. Elle est de ce fait l'articulation la plus vulnérable et la plus instable. Cette articulation n'est pas stabilisée par les structures osseuses mais, entre autre, par la fonction dynamique des muscles de la coiffe des rotateurs et surtout par l'intégrité du bourrelet glénoïdien (labrum) et la capsule. Une 1ère luxation traumatique (accident violent) peut mener à une lésion du bourrelet de la capsule avec ou sans perte osseuse au niveau des partenaires articulaires (tête humérale et glène). Ces lésions traumatiques sont irréversibles sans intervention et peuvent mener à une appréhension permanente de luxation (crainte au quotidien de se déboiter l'épaule).

## LES LUXATIONS DE LA CLAVICULE

La clavicule représente un pilier important de l'accrochage et de l'appui du bras au torse. Pour cette raison, l'articulation acromioclaviculaire est relativement rigide et stable. Un choc direct sur l'épaule peut mener à une entorse ou luxation de cette partie stabilisatrice du bras sur le torse. Selon la sévérité de l'entorse / luxation (instabilité de type 3B au type 5), une opération peut être indiquée pour stabiliser la clavicule (cf. photo 2). Ces luxations sévères déchirent complètement les ligaments sécurisants la stabilité horizontale et/ou verticale de la clavicule.

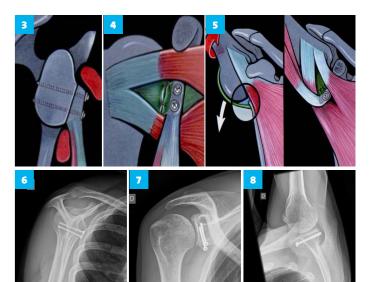
## INTERVENTION

#### Instabilité de l'épaule

Le Latarjet (la butée) : opération reconstructive pour la stabilisation de l'épaule à haut risque de récidive (2-3 facteurs de risques) :

Cette opération est recommandée pour les instabilités à haut risque de récidive (elle présente le taux de récidive le plus bas de l'ensemble des interventions existantes). Celle-ci présente également l'avantage

d'une récupération rapide pour la reprise du sport (3 mois). Cette méthode utilise un transfert du coracoïde (processus osseux) avec ses attachements musculaires (cf. dessins et radiographies - illustrations 3 à 8). Tout d'abord, le processus osseux (le coracoïde) doit être sectionné avant d'être transféré et rattaché avec 2 vis au niveau de la face antérieure de l'omoplate adjacente à la concavité/glène (l'endroit d'où l'épaule a tendance à se déboîter) sans créer de conflit avec la tête humérale. Cette intervention présente peu de risques de complications si elle est effectuée avec une ouverture verticale de 5 à 7 cm au niveau de la face de l'épaule qui cicatrise rapidement.



#### **Bankart arthroscopique**

Cette 2ème méthode stabilise et répare simplement les parties molles (capsule, ligaments et bourrelet glénoïdien). Celle-ci est recommandée pour le traitement des instabilités avec peu de facteur de risques de récidive. L'opération de déroule purement par voie arthroscopique. Des ancres à fils sont utilisées pour suturer le bourrelet et la capsule afin de les faire cicatriser. Cette technique présente l'inconvénient d'un taux de récidive plus important comparé au Latarjet (40% de récidive pour une intervention de Bankart à 10 ans vs 5% de taux de récidive à 10 ans pour le Latarjet). La convalescence est également beaucoup plus longue comparée au Latarjet dans la mesure où l'épaule doit être immobilisée plus longtemps. Cette intervention est donc réservée aux patients avec peu

de facteurs de risques de récidive qui souhaitent éviter une chirurgie ouverte avec un transfert osseux.

#### Stabilisation de la clavicule / acromioclaviculaire

Historiquement, il existe une pléthore de techniques opératoires qui étaient décrites pour stabiliser la clavicule au niveau de l'articulation acromioclaviculaire (plaques, vis, broches, fils). Aucune méthode n'était optimale. Depuis quelques années les stabilisations verticales et horizontales de la clavicule assistée par arthroscopie ont été développées pour diminuer l'impact opératoire et tenir la clavicule en place en permettant une autocicatrisation des ligaments déchirés (cf. 9\*) au cours des trois premiers mois

suivant l'intervention. Tout d'abord, des fils rigides sont fixés entre la partie intérieure de l'épaule, en-dessous du coracoïde (arthroscopie) et le haut de la clavicule par mini plaque (« dog bone » cf. 10) afin de sécuriser la stabilité verticale. L'articulation acromioclaviculaire est ensuite stabilisée horizontalement par une figure en « huit » d'un fil rigide à travers la clavicule et l'acromion (cf. 10 en jaune).





## AVANT L'INTERVENTION

- ✓ Une orthèse (gilet avec ou sans coussin) sera placée autour de votre épaule au bloc opératoire après votre opération. Des explications vous seront apportées lors d'une séance de physiothérapie avant l'hospitalisation (gestion du gilet, premiers exercices après l'intervention).
- ✓ Un rendez-vous avec l'anesthésiste sera programmé afin de discuter de l'anesthésie.
- ✓ Il est impératif que votre état cutané soit parfait pour éviter tout risque d'infection. Vous devrez vous doucher la veille et le matin de l'intervention avec au moins une douche au savon antiseptique.
- Vous devrez être à jeun à compter de la veille de l'intervention. Vous êtes autorisé(e) à boire un liquide «clair» (eau, café SANS lait) jusqu'à 2h avant l'intervention.
- ✓ Vous vous présenterez le jour de l'intervention à l'hôpital dans une unité dédiée à l'accueil des patients pré opératoires.

### L'INTERVENTION

- ✓ Une anesthésie loco-régionale (bloc d'épaule = injection qui endort les nerfs pendant environ 12h) et une anesthésie générale seront pratiquées pour les méthodes arthoscopiques. Le bloc d'épaule améliore les conditions de réalisation de votre intervention et permet de diminuer les douleurs post-opératoires et donc la consommation d'opiacés. Le Latarjet est quant à lui pratiqué sous anesthésie générale et la prise de médicaments sans bloc d'épaule.
- ✓ La durée d'une opération pour toutes les méthodes de stabilisation des tendons est d'environ 60 à 90 minutes.

## LES SUITES DE L'INTERVENTION

#### Réveil

Le passage en salle de réveil est obligatoire quel que soit le type d'anesthésie avant le retour en chambre.

### ✓ Lever et mobilisation de l'épaule

Dès que votre état général le permettra, le personnel soignant vous accompagnera pour votre premier lever. La première mobilisation de l'épaule sera active assistée pour le Latarjet et passive pour les stabilisations Bankart et acromioclaviculaires (mobilisation passive = les muscles de l'épaule opérée ne sont pas contractés et le bras opéré est mobilisé par le bras non opéré, le physiothérapeute ou par des exercices pendulaires).

La mobilisation se fera le jour de l'intervention ou le lendemain matin selon les consignes de votre chirurgien. La physiothérapie post opératoire sera débutée dès le lendemain de votre intervention.

#### ✓ Prévenir la douleur

Des antalgiques seront prescrits pour prévenir la douleur. Si cela est insuffisant et que vous avez mal, avisez l'infirmière pour que votre traitement soit adapté. La glace et la mobilisation passive douce de l'épaule permettront également d'atténuer les douleurs.

Une bonne antalgie est préventive d'une raideur importante post opératoire (épaule gelée) qui pourrait compromettre le résultat final de l'intervention.

## LE RETOUR À LA MAISON

- ✓ Vous quitterez l'hôpital le surlendemain de l'intervention dans la plupart des cas.
- ✓ Veillez à garder votre pansement propre. Les douches sont autorisées.

- ✓ Les fils seront retirés entre le 7ème et le 14ème jour post opératoire en Policlinique. Un 2ème rendezvous de contrôle après 6 semaines aura également lieu en policlinique avant une évaluation clinique avec un score de Constant après trois mois au cabinet du chirurgien.
- ✓ La rééducation avec le physiothérapeute sera poursuivie dès votre retour à domicile selon le protocole remis par le chirurgien ou le physiothérapeute. Pensez à réserver vos séances à l'avance.
- ✓ Le rétablissement et la convalescence prend entre 3 et 9 mois selon l'activité professionnelle. Certains actes de la vie quotidienne devront se faire avec prudence.

Vous trouverez ci-dessous les délais approximatifs de reprise des différentes activités après la stabilisation arthroscopique de Bankart et la stabilisation de la clavicule. La reprise du sport et des activités à risques après un Latarjet se fera plus vite que les informations figurant sur le tableau (celles-ci seront déjà souvent possibles 3 mois après l'intervention après un contrôle par radiographie de la consolidation de la butée osseuse).

ACTIVITÉS	0-6 sem.	6-12 sem.	3-6 mois	>9 mois
Douche				
Coiffure, maquillage				
Vaisselle, cuisine				
Entretien du linge, repassage				
Ménage léger (aspirateur, balayer, panosser)				
Ménage lourd (récurer, nettoyer les vitres)				
Conduire une voiture		8 semaines		
Conduire une moto				
Jardinage, bricolage				
Faire les courses				
Porter un enfant				
Course à pied				
VTT, tennis				
Golf, natation				

N'hésitez pas à poser vos questions au chirurgien ou au physiothérapeute avant votre départ. Les activités sportives ne seront reprises qu'avec l'accord du chirurgien.

- ✓ Un arrêt de travail vous sera remis. Sa durée dépendra de votre profession et de sa pénibilité.
- Un traitement anticoagulant préventif des phlébites n'est pas indiqué pour la chirurgie élective de l'épaule sauf en cas de facteurs de risques importants.

## QUELS SONT LES RISQUES DE L'INTERVENTION

- Les complications de cette chirurgie sont assez rares. Elles vous auront été expliquées durant la consultation avec le chirurgien et lors de la visite avec l'anesthésiste.
- ✓ Les risques potentiels sont : l'infection, l'hématome, la raideur post opératoire, les douleurs persistantes. Les lésions neurologiques et vasculaires sont heureusement rarissimes mais toujours possibles. Une fracture de la butée osseuse notamment pendant les 3 premiers mois après le Latarjet est à éviter à tout prix (précautions post opératoires à respecter impérativement). Il s'agit d'une possible complication qui peut entrainer la nécessité d'une greffe osseuse libre, consistant en une chirurgie plus complexe que la chirurgie primaire.

Si ces informations suscitent de nouvelles questions, n'hésitez pas à nous les poser. Notre souhait est de vous permettre d'aborder votre opération en toute confiance.

### CONTACT

Responsable : Dr Stefan Bauer

EHC - HÔPITAL DE MORGES Chemin du Crêt 2 CH – 1110 Morges

#### En cas de questions :

Secrétariat d'orthopédie : Tél. 021 804 27 98 Pour les urgences ou la policlinique : Tél. 021 804 22 11