



sos-mains-trappes.com

Dernière mise à jour : janvier 2019

Cette fiche d'information a été rédigée par les chirurgiens de l'équipe du SOS Main de Trappes.

Remise durant votre parcours de soins, elle est destinée à vous aider à mieux comprendre l'information délivrée par votre chirurgien. Il vous a expliqué la maladie dont vous souffrez ou dont il doit faire le diagnostic. Il vous a exposé les différentes modalités et alternatives de prise en charge et les conséquences prévisibles en cas de refus de l'acte proposé.

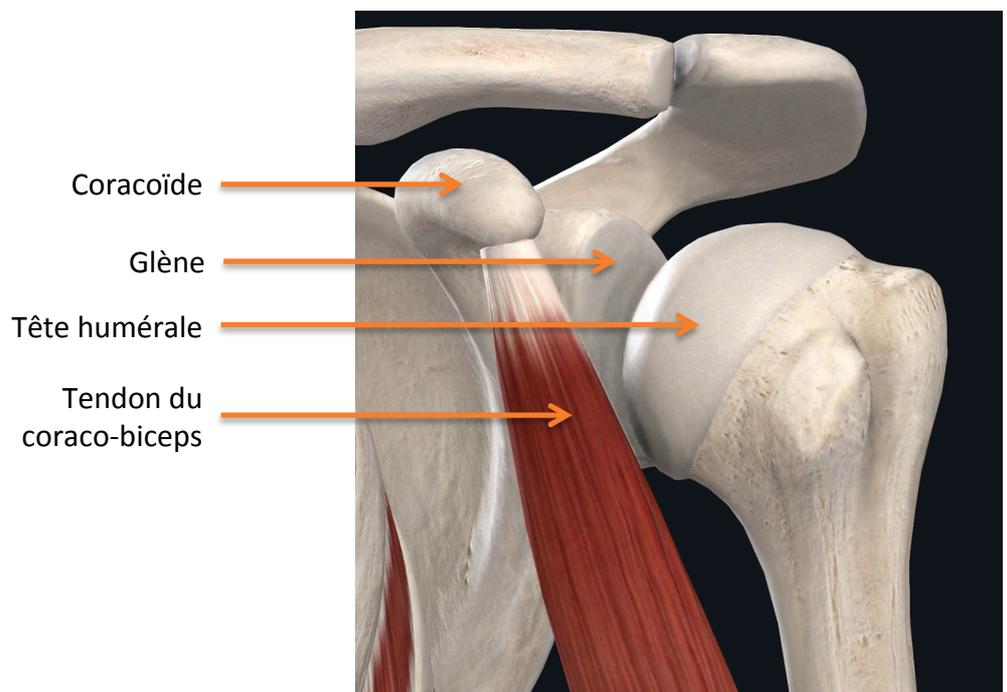
Vous sont exposées ici les raisons de l'acte pratiqué par votre chirurgien, son déroulement, les conséquences habituelles et les risques fréquents ou graves normalement prévisibles ainsi que les conditions du suivi après examen ou intervention.

Ce document, complémentaire de l'information orale que vous avez reçue, vous permet donc d'avoir une meilleure connaissance de votre pathologie et une prise de décision partagée avec votre chirurgien.

Il vous est recommandé de le lire attentivement.

Qu'est-ce que l'épaule ?

L'épaule est l'articulation la plus mobile du corps. Elle ressemble à une boule qui glisse sur une assiette plate. Elle est dite peu congruente, cela veut dire que la boule n'est pas spontanément stable sur l'assiette. La boule représente la tête de l'humérus, et l'assiette la glène (partie de l'omoplate qui s'articule avec l'humérus). La tête est stabilisée en face de la glène par le bourrelet glénoïdien qui s'insère tout autour de la glène.



Qu'est ce que l'instabilité antérieure d'épaule ou luxations récidivantes ?

On parle de luxation lorsque la tête de l'humérus n'est plus en face de la glène. Dans plus de 90% des cas, les luxations sont antérieures, la tête humérale passe alors en avant de la glène.

Attention :

Fumer augmente le risque de complications quelque soit le type d'intervention chirurgicale. Arrêter de fumer 4 semaines avant l'intervention et poursuivre le sevrage au minimum 3 mois après diminue ce risque supplémentaire.

Si vous fumez, parlez-en à votre médecin, votre chirurgien ou votre anesthésiste ou appelez la ligne Tabac-Info-Service au 3989 pour vous aider à réduire les risques et mettre toutes les chances de votre côté.



Luxation antérieure d'épaule

Qui est atteint ?

Les luxations sont pour la plupart d'origine traumatique. Le premier épisode survient après un choc violent. En revanche, les luxations récidivantes surviennent après des mouvements incontrôlés ou même en dormant. Elles peuvent plus rarement survenir lors de crises d'épilepsie par contraction involontaire des muscles.

Le mouvement luxant est le mouvement de « l'armé du bras » : il associe une élévation du coude sur le côté du corps et une rotation externe de l'épaule.

Quels sont les facteurs favorisant les récurrences ?

Les facteurs de risque de récurrence sont :

- l'âge du premier épisode : plus il survient jeune, plus les risques de récurrence sont importants,
- l'hyperlaxité : certains patients ont des ligaments naturellement distendus,
- l'encoche de Malgaigne ou Hill Sachs : en se luxant, la tête humérale vient en conflit avec la partie antérieure de la glène. Celle-ci peut alors laisser une empreinte sur la partie postéro-supérieure de la tête,
- la déchirure du bourrelet glénoïdien,
- la rupture de coiffe associée : au-delà de 50 ans, il n'est pas rare de voir des ruptures de la coiffe des rotateurs lors des luxations d'épaule.

Quels sont les symptômes ?

Les luxations sont toujours douloureuses. L'épaule se déforme : l'omoplate fait saillie sous la peau et la tête peut être visible dans l'aisselle. Il est quasiment impossible de bouger son épaule.

Lors d'une instabilité chronique, peut exister une appréhension aux mouvements luxants.

Comment fait-on le diagnostic ?

Après l'examen clinique, on réalise :

- une radiographie,
- un arthroscanner ou une IRM.

Comment traite-t-on les luxations récidivantes ?

En cas d'instabilité chronique, seul le traitement chirurgical a prouvé son efficacité.

Les objectifs du traitement stabilisateur sont :

- d'éviter les lésions du cartilage de la tête humérale ou de la glène à chaque luxation et de diminuer le risque d'arthrose à long terme,
- de reprendre les activités de la vie quotidiennes et sportives.

Les possibilités chirurgicales sont :

- la butée coracoïdienne (ou intervention de Latarjet) : il s'agit d'un transfert de la coracoïde (os de l'omoplate) en avant de la glène. Celle-ci est alors fixée à la glène par des vis le temps de la consolidation osseuse. Les vis non gênantes sont la plupart du temps laissées en place,
- l'intervention de Bankart : il s'agit de réinsérer la partie antérieure du bourrelet sur la glène.



Evolution habituelle

L'immobilisation durera 6 semaines avec une attelle d'épaule amovible. La kinésithérapie doit être débutée immédiatement après l'opération.

Suivi post-opératoire

Vous serez revu(e) en consultation de contrôle au SOS Main de Trappes dans le mois qui suit l'intervention. Plusieurs radiographies de contrôle seront à réaliser au cours du suivi.

L'arrêt de travail après intervention est d'environ 6 semaines mais dépendra de votre profession. La reprise des activités sportives est envisagée à 3 mois.

Risques et complications

Les complications précoces principales liées à l'intervention sont :

- l'hématome nécessitant un glaçage et une surélévation du bras,
- une infection nécessitant une reprise chirurgicale pour lavage de l'articulation et une antibiothérapie,
- un déplacement secondaire si l'os est de mauvaise qualité (ostéoporose) nécessitant une reprise chirurgicale pour nouvelle ostéosynthèse,
- la récurrence nécessitant une nouvelle intervention chirurgicale.

Les complications tardives principales liées à l'intervention sont :

- l'absence de consolidation (pseudarthrose) nécessitant une reprise chirurgicale pour nouvelle stabilisation de l'épaule,
- la raideur et l'algoneurodystrophie nécessitant la réalisation de kinésithérapie,
- l'arthrose nécessitant un traitement médical et/ou chirurgical si résistante au traitement médical bien conduit.

AU CAS OÙ UNE IMMOBILISATION VOUS A ÉTÉ PRESCRITE :

Le port d'un pansement ou d'une immobilisation (attelle, plâtre, résine) contre-indique la pratique du sport et la conduite automobile. Ils ne doivent pas être mouillés (pendant la toilette).

Une attelle doit être portée de manière stricte, en permanence, jour et nuit, y compris pendant la toilette. Elle ne peut être retirée qu'en présence de personnel soignant ou après autorisation de votre chirurgien.

Vous devez bouger précocement en post-opératoire toutes les parties de la main et du membre supérieur non-immobilisées par l'attelle, plâtre ou résine.

Il est rappelé que toute intervention chirurgicale comporte un certain nombre de risques (liés à l'anesthésie, infectieux, hémorragiques, lésions nerveuses...) y compris vitaux, tenant à des variations individuelles qui ne sont pas toujours prévisibles. Certaines de ces complications sont de survenue exceptionnelle et peuvent parfois ne pas être guérissables. Au cours de cette intervention, le chirurgien peut se trouver en face d'une découverte ou d'un événement imprévu nécessitant des actes complémentaires ou différents de ceux initialement prévus, voire une interruption du protocole prévu.

L'équipe du SOS Main de Trappes se tient à votre disposition en cas de besoin