FICHE D'INFORMATION : BUTEE CORACOIDIENNE (LATARJET)

Bonjour,

Vous allez être opéré(e) d'une **STABILISATION DE L'EPAULE PAR BUTEE CORACOIDIENNE (INTERVENTION DE LATARJET)**. En effet votre épaule est instable : elle s'est déjà luxée une ou plusieurs fois et/ou elle se subluxe régulièrement. Ce petit fascicule a pour objectif de vous expliquer pourquoi l'épaule est instable, les principes de l'intervention et de vous préparer à la gestion de la période post-opératoire.

A. POURQUOI L'EPAULE PEUT ELLE DEVENIR INSTABLE ?

L'épaule regroupe cinq articulations : la **gléno-humérale** (entre la **glène** de la scapula/omoplate et la tête de l'humérus), l'acromio-claviculaire, la sterno-claviculaire, la sous-acromiale et la scapulo-thoracique. C'est le complexe articulaire **le plus mobile du corps** et la gléno-humérale en est la clé de voûte. Le corrolaire de cette hypermobilité est une tendance naturelle à l'instabilité : la gléno-humérale est aussi **la plus instable** du corps.
Vue de **dessous**, la tête de l'humérus peut être comparée à une balle de golf en équilibre précaire sur son tie (qui correspond à la glène de la scapula)(**Figure 1**). Les ligaments de la capsule articulaire & le muscle sous-scapulaire empêchent la luxation antérieure. Vue de **face**, lorsque le bras est le long du corps on voit bien que le muscle sous-scapulaire masque la tête de l'humérus en avant. Il l'empêche ainsi de se luxer.

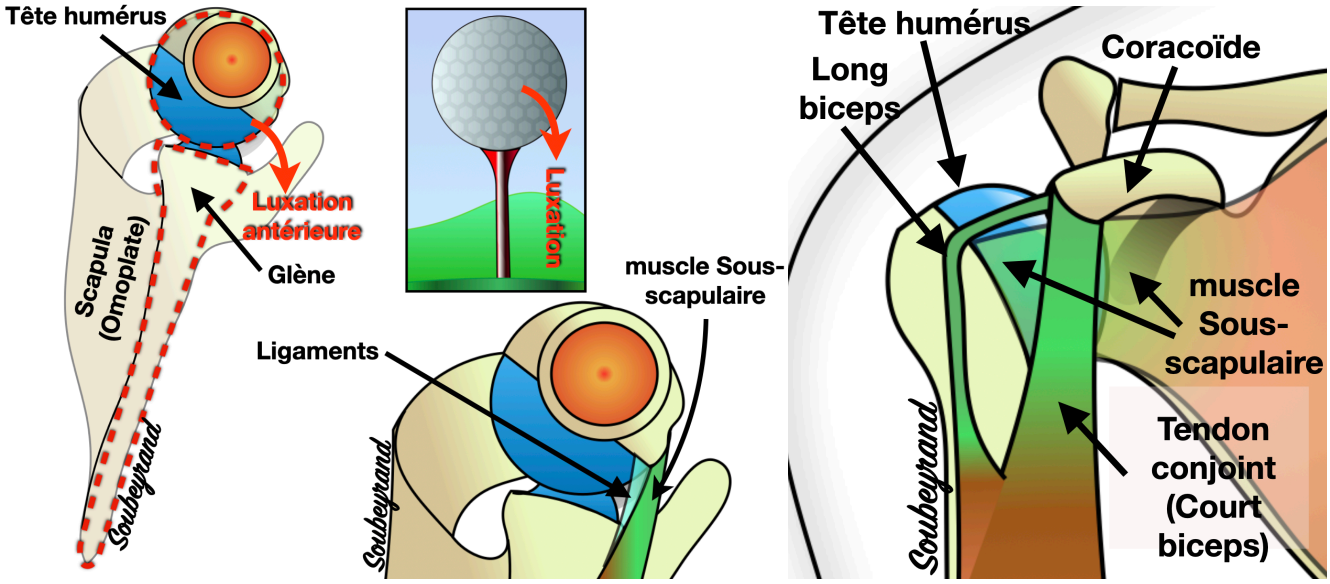

Figure 1 : *L'anatomie de l'articulation gléno-humérale vue par dessous. et de face.*

Lorsque le bras se place en **position d'armer** (du lancer), le sous-scapulaire suit l'humérus et découvre l'épaule. Il ne reste alors plus que les ligaments pour empêcher la tête humérale de se luxer (**Figure 2**). Souvent, lorsque la tête se luxe pour la première fois elle vient s'encastrer contre le bord inférieur de la glène qui y creuse une **encoche** (comme une balle de ping-pong écrasée)(**Figure 3**). De plus, les **ligaments** de l'épaule sont souvent abîmés et cicatrisent mal. Il se développe une **poche de décollement** dans laquelle la tête humérale a tendance à venir se reluxer. Ces deux lésions expliquent que le **risque principal d'une luxation d'épaule est la récidive**. Ce risque augmente avec le nombre de luxations. La **seule façon d'éviter cette récidive est la chirurgie**. La butée est une des techniques existantes.

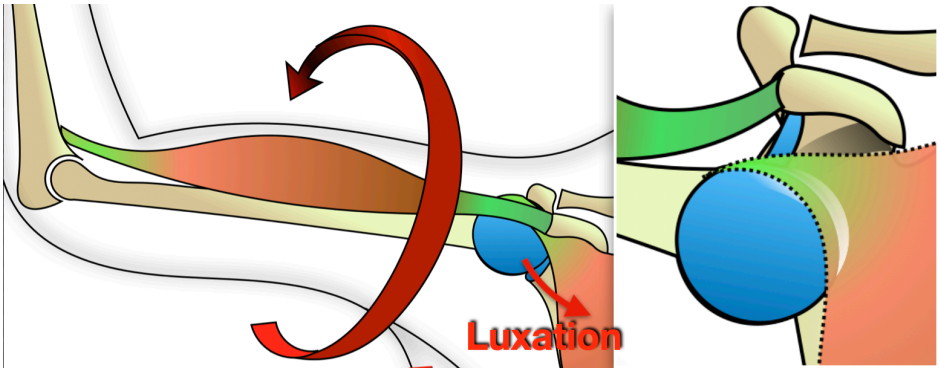

Figure 2 : *La luxation antérieure de l'épaule survient en position d'armer du bras.*

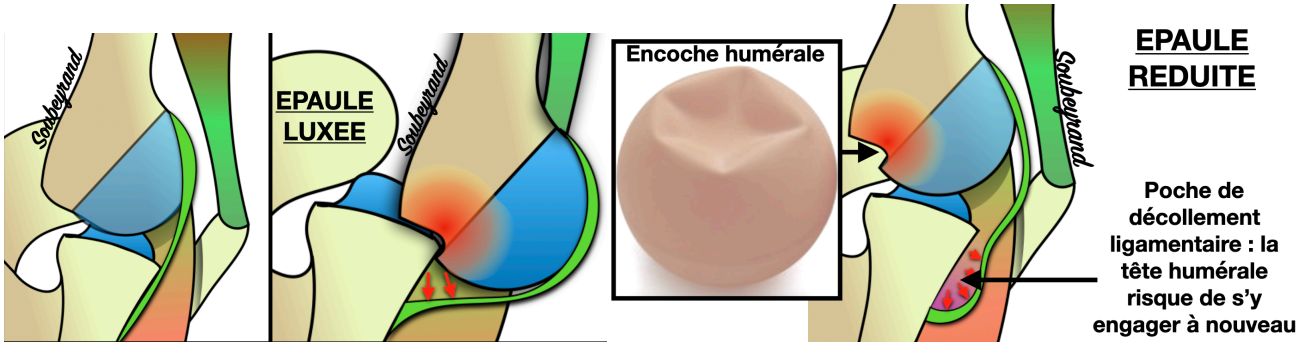

Figure 3 : *La luxation de l'épaule peut générer une encoche sur la tête humérale et une poche de décollement ligamentaire. Ces deux lésions font le lit de la récidive.*

B. COMMENT SE DEROULE L'INTERVENTION DE BUTEE D'EPAULE ?

L'intervention se fait généralement en **ambulatoire** : vous entrez et sortez le jour même. Si vous êtes seul(e) pour rentrer chez vous et/ou et pour passer la première nuit nous vous garderons une nuit à la clinique. De même si vous avez une pathologie qui contre-indique votre retour à la maison le jour-même. Vous serez anesthésié(e) en deux étapes. La première consistera à anesthésier l'épaule et l'ensemble du membre supérieur. On parle d'**anesthésie loco-régionale (Figure 4)** : l'anesthésiste injecte un anesthésique local autour des nerfs du membre supérieur, au niveau du cou, sous contrôle échographique. C'est le même principe que lorsque le dentiste anesthésie la mâchoire avant de faire un geste mais en moins désagréable. Cette anesthésie permet de supprimer les douleurs ressenties par votre corps pendant l'intervention et pendant les heures qui suivent l'opération. Une fois cette anesthésie réalisée vous rentrerez en salle d'opération. Dans la plupart des cas vous serez alors complètement endormi(e) (il s'agit d'une **anesthésie générale)** ou bien simplement **légèrement sédaté(e)** selon les cas.

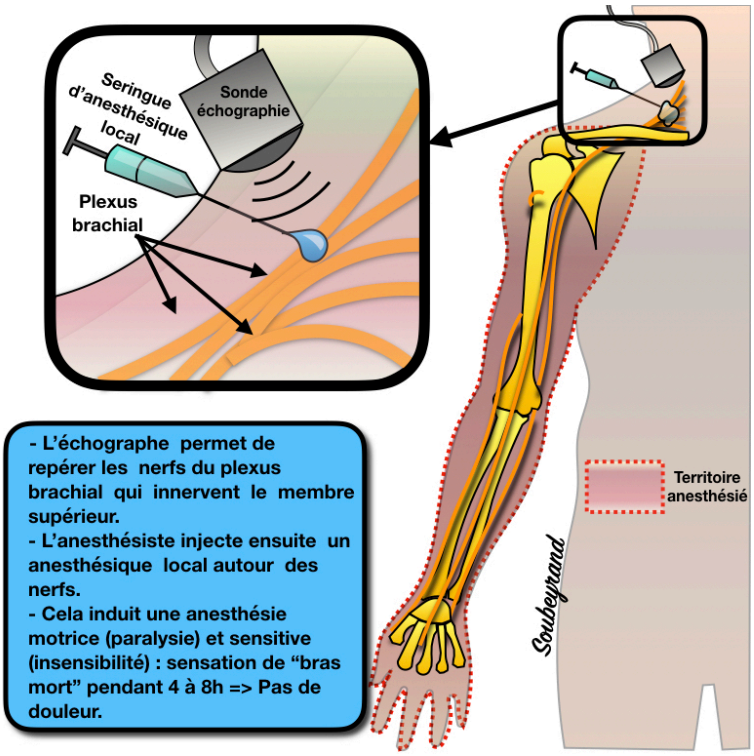

Figure 4 : *L'anesthésie loco-régionale.*

Figure 5 : *La section de la coracoïde.*

L'intervention est menée via une courte cicatrice en avant de l'épaule. On sectionne ensuite la coracoïde avec une scie en gardant l'attache du tendon conjoint (**Figure 5**). Ensuite la coracoïde est vissée en avant de la glène, à travers le muscle sous-scapulaire. Ainsi, lorsque le patient lève le bras en position de l'armer, la partie inférieure du sous-scapulaire reste toujours en bonne position pour éviter que la tête de l'humérus ne se déboite (**Figure 6**). De plus, le tendon conjoint est en position telle qu'il s'oppose à la sortie antérieure de la tête humérale. On profite aussi de ce temps pour réparer les ligaments et ainsi donner une stabilité supplémentaire. Il faut ensuite que la coracoïde cicatrise/**consolide contre la glène** sur laquelle elle a été vissée. Ce processus de cicatrisation est le même que celui d'une fracture. On estime qu'au bout de 3 semaines la résistance du montage est suffisante pour retirer le gilet et qu'au bout de 3 mois il est possible de reprendre le sport.

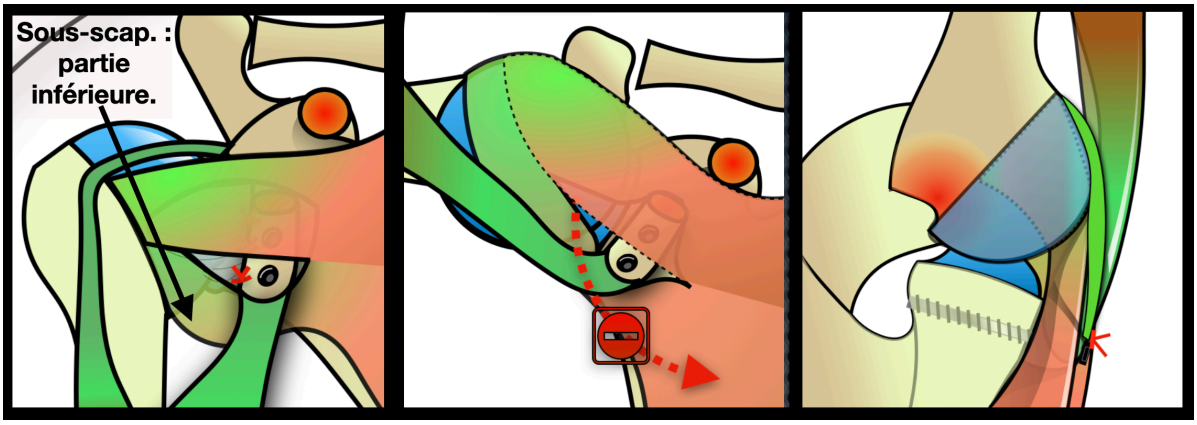

Figure 6: *La coracoide est vissée à la face antérieure de la glène, à travers le sous-scapulaire : La partie inférieure du sous-scapulaire et le tendon conjoint empêchent la tête de se luxer.*

C. LES RISQUES DE L'INTERVENTION

Comme pour toute chirurgie il y a des risques de complications inhérents à l'intervention. Heureusement ces complications sont exceptionnels et trouvent toujours une solution. Cependant il est important que vou sen soyez informé(e).

En premier lieu, comme pour toute chirurgie il y a un risque d'**infection du site opératoire**. Quand bien même la chirurgie est réalisée dans un champ stérile, un bloc opératoire aseptisé, avec des gants et les mains de l'opérateur stérilisées, des antibiotiques injectés pendant l'intervention, il y a toujours un risque incompressible qu'un germe arrive à se glisser dans le site opératoire. Dans cette éventualité qui est heureusement très rare, le(a) patient(e) pourrait voir apparaître un écoulement au niveau de la cicatrice et/ou une recrudescence de douleurs inflammatoires (des douleurs qui s'aggravent au repos, la nuit avec une impression de pulsations dans l'épaule). Une infection post-opératoire se révèle généralement au bout d'une semaine à 10 jours post-opératoire et ces douleurs doivent donc évidemment être bien distinguées des douleurs post-opératoires précoces qui sont normales. Au moindre doute n'hésitez pas à me recontacter et je vous reverrais alors très rapidement pour faire le point. Au moindre doute on peut être amené à retourner au bloc opératoire pour effectuer un lavage de la cicatrice du site opératoire, faire des prélèvements bactériologiques, et débuter une antibiothérapie.

Une autre complication qu'il faut évoquer est celle d'une lésion neurologique peropératoire. En effet il y a de nombreux nerfs qui circule à côté de l'épaule. En particulier il y a le nerf axillaire qui commande le muscle deltoïde et qui passe sous l'articulation glénohumérale, et le nerf musculocutané qui permet de fléchir le coude et qui passe juste en dessous de la coracoïde. Ce risque est plus théorique qu'autre chose étant donné que pendant l'intervention on fait évidemment extrêmement attention à ne pas étirer ou abimer les nerfs.

Il faut enfin évoquer comme pour toute chirurgie fonctionnelle de risque d'échec de l'intervention. En effet l'objectif de l'intervention est de stabiliser l'épaule afin qu'il n'y plus de luxation. Ce résultat est obtenu dans plus de 95% des cas mais il se peut que l'épaule reste instable. Cela peut être due par exemple à une mauvaise consolidation de la butée coracoïdienne qui ne remplit alors pas son rôle. Dans une telle éventualité un bilan serait évidemment mis en route et une solution trouvée.

Certains patients s'inquiètent parfois du risque lié à l'anesthésie. Aujourd'hui l'anesthésie est une science extrêmement fiable. L'anesthésiste que vous verrez en consultation vous expliquera tout cela évidemment.

D. LE POST-OPERATOIRE

LES PANSEMENTS :

Il y aura des **pansements** à faire au niveau de la cicatrice. C'est une infirmière qui devra réaliser ces pansements **tous les 2 à 3 jours**. Les ordonnances de pansements (pour l'infirmière et le matériel) vous sont délivrées avant l'opération afin que vous puissiez déjà contacter l'infirmière et organiser les soins post-opératoires. Les **fils seront retirés** par l'infirmière au bout de 15 jours environ. Les **cicatrices** resteront légèrement inflammatoires pendant plusieurs semaines après l'intervention. Progressivement l'inflammation va diminuer : les cicatrices seront de moins en moins douloureuses et se dépigmenteront jusqu'à devenir quasi invisibles au bout de quelques mois. Il est recommandé de bien **masser la cicatrice** pour les assouplir et les désensibiliser. Si vous êtes amené(e) à vous exposer au soleil, il est recommandé de mettre de l'**écran total** sur la cicatrice jusqu'à un an post-opératoire pour éviter qu'elle ne se pigmente définitivement.

LES DOULEURS ET L'OEDEME :

La chirurgie est aussi génératrice d'oedème (gonflement) et de douleurs. Afin de lutter contre la douleur et l'oedème deux méthodes simples doivent être combinées (**Figure 7**) :

1) IL FAUT REFROIDIR L'EPAULE : avec de la glace, ou tout autre moyen réfrigérant (poches vendues en pharmacie, sachet de surgelé, etc…). Le froid doit être posé sur le pansement mais attention de ne jamais mettre de la glace directement au contact de la peau, au risque de brûler cette dernière. Pour éviter cela vous pouvez emballer le réfrigérant dans un linge (torchon, serviette). Cela doit être répété plusieurs fois par jour dans les journées suivant l'intervention.

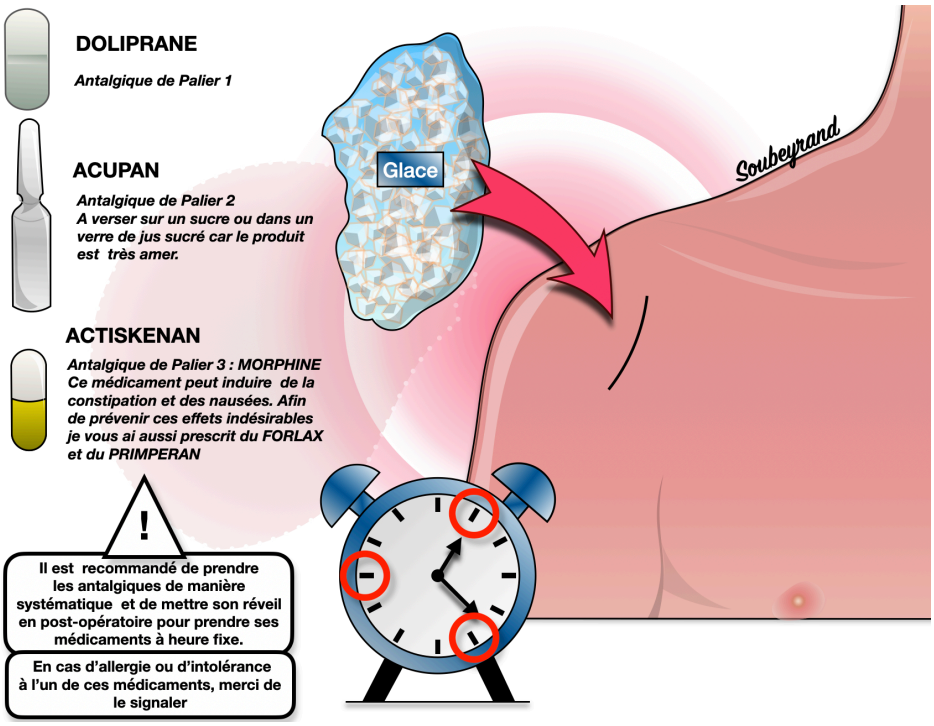

Figure 7: *La gestion de la douleur.*

2) IL FAUT PRENDRE LES ANTALGIQUES (antidouleurs) EN SYSTEMATIQUE en post-opératoire : **ACTISKENAN** en **systématique pendant 3 jours** + **DOLIPRANE et ACUPAN** en **SYSTEMATIQUE pendant 15 jours**. L'anesthésie locorégionale va progressivement se lever dans les heures suivant l'intervention : c'est la motricité du membre supérieur qui se réveillera en premier, suivie de la sensibilité et donc aussi de la douleur. Il sera important de **ne pas laisser s'installer la douleur**. Pour cela, il faudra prendre **de manière systématique tous les antalgiques** prescrits (sauf contre-indication). L'ordonnance pour acheter ces antalgiques vous est délivrée avant l'intervention. Il y a plusieurs médicaments associés : du **Doliprane** (antalgique de palier 1), de l'**Acupan** (antalgique de palier 2), et de l'**Actiskenan** (morphine). En cas **d'intolérance ou d'allergie** à l'un de ces médicaments je vous remercie par avance de me **prévenir**.

LA REEDUCATION ET LE GILET ORTHOPEDIQUE :

L'objectif de la rééducation est de **récupérer les amplitudes de l'épaule**. Pour vous guider je vous ai donné une **ordonnance de rééducation** au moment de la programmation de l'intervention. La rééducation étant essentielle il faut absolument **contacter un kinésithérapeute avant l'intervention** : si vous attendez de vous faire opérer pour chercher un kinésithérapeute vous prenez un risque important de perdre du temps dans la rééducation post-opératoire.

A la fin de l'intervention un **gilet orthopédique** est mis en place. Il ne sera à mettre que **la nuit** et lorsque **vous sortirez** (pour éviter de vous faire bousculer ou protéger l'épaule en cas de chute) pendant une période post-opératoire de **3 semaines.** Par contre il faudra le retirer le reste du temps, lorsque vous serez chez vous au repos, pour **utiliser sa main dès que possible en restant sous le plan de l'épaule** : vous pouvez ainsi manger, **écrire, taper au clavier dès le lendemain de l'intervention**.

Comme pour la douleur, l'évolution de la **mobilité de l'épaule** se fait de manière très progressive et variable d'un patient à l'autre. Dans l'ensemble les amplitudes complètes de l'épaule sont récupérées dans les **2 mois**. Cette **récupération** se fait de manière **irrégulière**, comme la douleur, avec des **périodes de stagnation**, et des périodes d'**amélioration**. Parfois même il peut se produire des **périodes d'apparente dégradation** : souvent les patients rapportent qu'avec les changements de temps leur épaule fonctionne plus ou moins bien mais cela est tout à fait **normal et classique** lors du processus de récupération. Il faut bien comprendre que même lors des périodes

d'apparente stagnation il y a de nombreux **phénomènes de remodelage des tissus** qui se produisent et qu'il faut donc entretenir ce remodelage dans le sens du mouvement en étant persévérant avec la rééducation. **Les périodes de non-amélioration ne doivent pas être source de découragement.** Le plus long à récupérer est la **rotation latérale** (tourner l'épaule en dehors) mais sans que cela ne soit gênant du tout.

Il faut commencer la rééducation avec le **kinésithérapeute dans la semaine qui suit** l'intervention une fois que les douleurs post-opératoires aiguës ont commencé à se calmer. La fréquence des séances dépendra des disponibilités de votre kinésithérapeute : idéalement il faudrait faire une séance par jour, mais à défaut il faut en faire au moins 3 par semaines en post-opératoire précoce. Par la suite, la fréquence des séances sera adapté en fonction de l'évolution avec votre kinésithérapeute.

LE TRAVAIL :

Si vous avez une activité professionnelle je prescrirai un **arrêt de travail** après l'intervention. La durée totale de cet arrêt dépendra de deux paramètres : la pénibilité du poste de travail ainsi que les trajets nécessaires pour se rendre à votre travail et en revenir. Habituellement en postopératoire ont prescrit un arrêt de travail qui court jusqu'à la prochaine consultation, c'est-à-dire deux mois après l'intervention environ. Par la suite la durée de cet arrêt sera réévaluée à chaque consultation en fonction de l'évolution de votre épaule. Dans certains cas particuliers où les **douleurs** résiduelles et la **limitation fonctionnelle** restent incompatibles avec la reprise du travail **au-delà d'un an et demi** on peut être amené à discuter d'un **reclassement professionnel avec la médecine du travail.**

LE SPORT :

Cette chirurgie est pratiquée chez des gens jeunes et souvent sportif. L'objectif est que les patients récupèrent leur activité physique d'avant sans limite. La reprise du sport est donc un objectif tout à fait légitime. Des la **4e semaine**, une fois que le gilet est retiré, il est possible de reprendre des activités physiques n'impliquant pas l'épaule comme la course à pied ou le vélo d'appartement par exemple. Concernant les sports impliquant l'épaule la reprise d'activités se fait généralement à partir du **3e mois** post-opératoire.

LES CONSULTATIONS DE SUIVI

Bien entendu, comme pour toute chirurgie il y aura un suivi en consultation régulier. Généralement la première consultation post-opératoire est réalisée au bout de 6 à 8 semaines. Ensuite, la fréquence et la durée du suivi sont adaptées à la vitesse de récupération. Étant donné que l'on a déplacé la coracoïde et qu'elle a été vissée sur la glène, on contrôlera lors de chaque consultation que le montage reste bien en place en réalisant des radiographies de l'épaule. Ses ordonnances seront fournies avec les papiers de sortie.

J'espère que ces conseils vous seront utiles pour récupérer au mieux la fonctionnalité de votre épaule.
Je reste bien évidemment à votre disposition pour toute question.

Pour télécharger la version PDF, pointez la caméra de votre smartphone sur ce QRCODE : il vous guidera vers la page où se trouvent les fiches d'informations patients, et notamment celle qui vous intéresse

Professeur Marc Soubeyrand, M.D., Ph.D
Chirurgie du membre supérieur : épaule, coude, main
Membre de la Société Française de Chirurgie de la Main
Membre de la Société Française de Chirurgie Orthopédique
Membre de la Société Française d'Arthroscopie
Clinique Saint Jean l'Ermitage, Melun
www.prmarcsoubeyrand.com
Secrétariat : 01 64 71 55 19
prmarcsoubeyrand@gmail.com