

FICHE D'INFORMATION : ACROMIOPLASTIE

Bonjour,

Vous allez être opéré(e) d'une **ARTHROSCOPIE DE L'ÉPAULE pour ACROMIOPLASTIE**. Ce petit fascicule a pour objectif de vous expliquer les principes de cette intervention et de vous préparer à la gestion de la période post-opératoire.

A. LES PRINCIPES DE L'INTERVENTION

Cette intervention a pour objectif de **soulager vos douleurs d'épaules chroniques**. Nous avons ensemble décidé de réaliser cette intervention car nous ne sommes pas arrivé à soulager votre douleur avec le traitement médical bien conduit. En dernier recours je vous ai expliqué qu'il était possible de réaliser une arthroscopie de l'épaule.

L'origine de ces douleurs peut-être multiples comme indiqué sur la **figure 1**. Le plus souvent il y a un conflit sous-acromial, c'est-à-dire un accrochage entre le bord inférieur de l'acromion (**bec acromial**) et les tendons de la coiffe des rotateurs. Cette intervention comprendra donc un temps que l'on appelle acromioplastie et qui consiste à aplanir le bord inférieur de l'acromion en retirant le bec sous acromial (**Figure 2**).

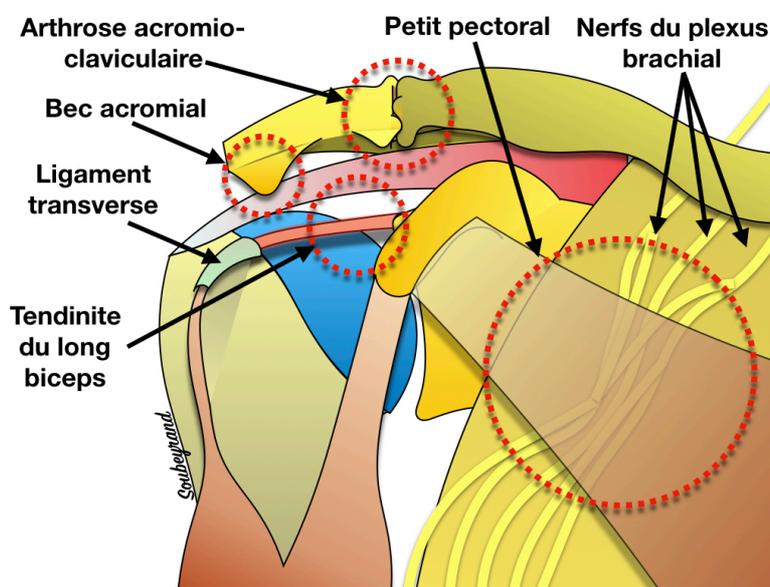


Figure 1 : les causes de douleur dans l'épaule.

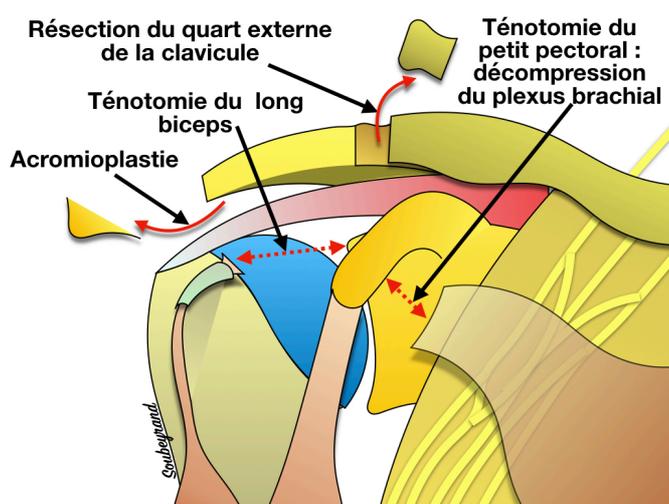


Figure 2 : les gestes visant à soulager les douleurs de l'épaule

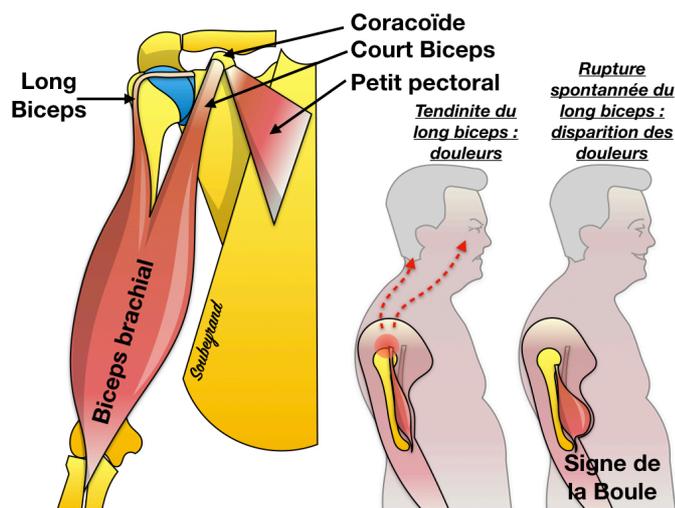


Figure 3 : les deux chefs (long et court) du biceps brachial & la rupture spontanée providentielle avec le signe de la boule

Une autre source de douleurs de l'épaule est la tendinopathie (tendinite) du **long biceps**. Ce tendon est sans utilité évidente. Cela peut paraître étrange mais il s'agit probablement d'un **vestige de l'évolution** que nous conservons mais qui ne nous sert plus depuis que notre espèce ne marche plus sur ses mains. On a observé depuis longtemps que sa rupture spontanée, avec généralement l'apparition du **signe de la boule**, est un mode de guérison des douleurs d'épaule (**Figure 3**). S'inspirant de cette observation les chirurgiens ont donc eu l'idée de le sectionner pendant l'intervention (**ténotomie du long biceps**). Sectionner un tendon ? Cela peut paraître inquiétant et pourtant c'est un geste sans conséquence. En effet la fonction du muscle biceps n'est pas compromise car il reste l'autre tendon du biceps, le **court biceps**, qui s'insère sur la coracoïde et qui est beaucoup plus volumineux (**Figure 3**). Une fois sectionné au ras de l'os le tendon vient se caler sous le ligament transverse ce qui le stabilise. En post-opératoire cette ténotomie du long biceps peut générer quelques douleurs à type de **crampes** dans l'avant du bras : cependant ces douleurs sont transitoires et durent exceptionnellement plus de 6 mois.

Très souvent il y a une **arthrose** de l'articulation **acromio-claviculaire** qui est douloureuse. Dans ce cas on associe une **résection du quart externe de la clavicule**. Ainsi il n'y a plus de frottement au niveau de cette articulation arthrosique et cela soulage en quelques mois les douleurs liées à cette articulation.

Enfin il peut y avoir parfois des signes de compression des nerfs du **plexus brachial** sous le petit pectoral. Le **petit pectoral** est, comme le long biceps, un muscle vestigial de l'évolution. Il n'a pas de fonction notable et sa section est sans conséquence. Ainsi, si les douleurs de l'épaule s'associent à des phénomènes récurrents d'**engourdissement de la main** (paresthésies) on n'hésitera pas à sectionner ce tendon au ras de la coracoïde (**ténotomie du petit pectoral**) afin de décompresser le plexus-brachial sous-jacent et faire ainsi diminuer ou disparaître ces engourdissements.

Cette intervention se fait sous **arthroscopie**. L'arthroscopie est une technique dans laquelle on rentre dans l'épaule via de **petites incisions** d'un centimètre environ (**Figure 4**). Cependant il faut bien garder en tête que malgré ces petites incisions c'est une véritable intervention qui est réalisée à l'intérieur : il y a donc des **douleurs post-opératoires** qui peuvent être importantes en post-opératoire. Je vous invite à bien lire ce document jusqu'à la fin où je vous explique comment lutter contre la douleur en post-opératoire.

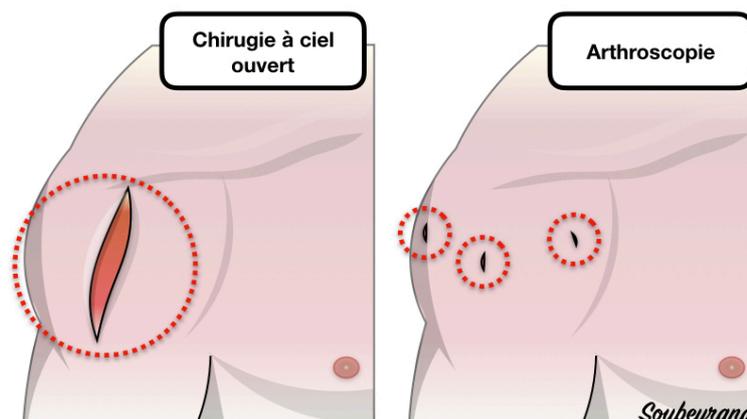


Figure 4 : La chirurgie à ciel ouvert consiste à réaliser une grande cicatrice. L'arthroscopie repose sur des mini-incisions.

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 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 5**) : 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 et vous serez alors complètement endormi(e) (il s'agit d'une **anesthésie générale**) ou bien simplement **légèrement sédaté(e)** selon les cas.

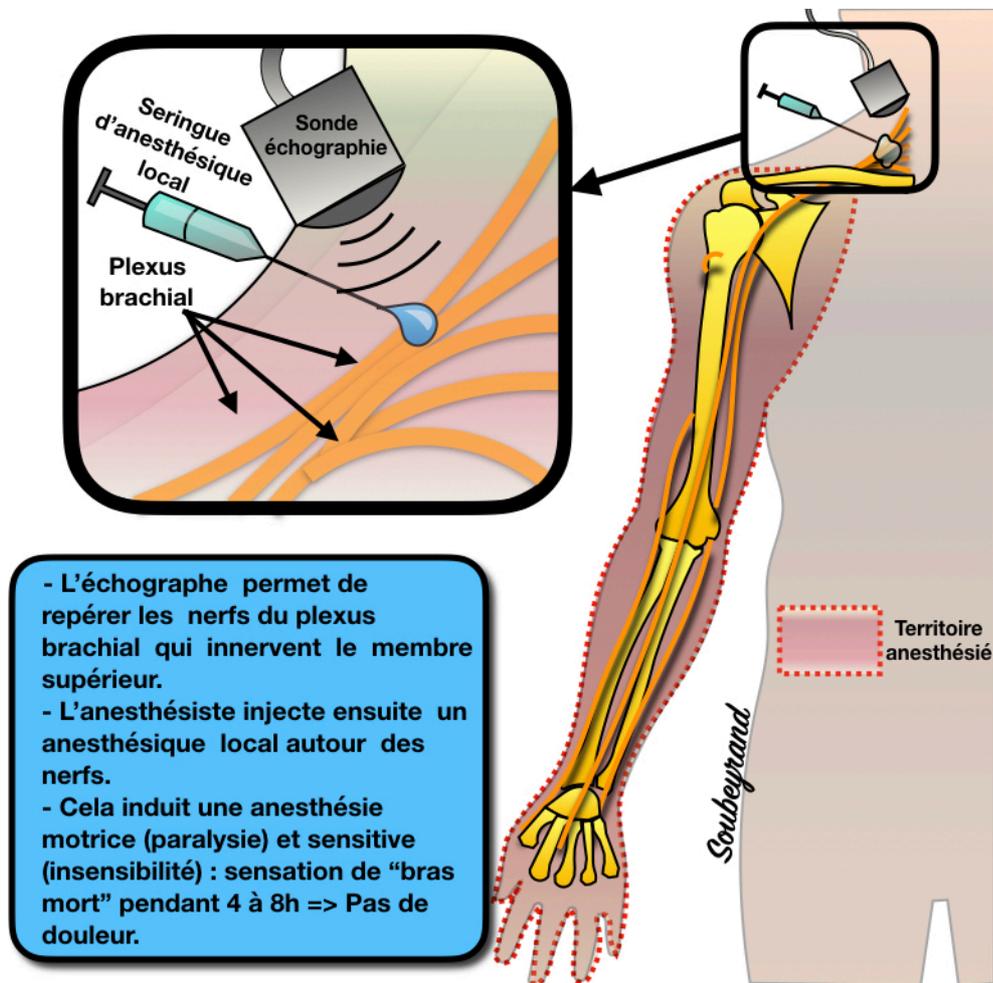


Figure 5 : L'anesthésie loco-régionale.

B. LE POST-OPERATOIRE

LES PANSEMENTS : Il y aura des **pansements** à faire au niveau des différentes incisions. 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 les cicatrices** pour les assouplir et les désensibiliser.

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 6**) :

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.

2) IL FAUT PRENDRE LES ANTALGIQUES (antidouleurs) EN SYSTEMATIQUE en post-opératoire : **ACTISKENAN** en **systématique pendant 5 jours** + **DOLIPRANE** et **ACUPAN** en **SYSTEMATIQUE pendant 45 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**. Attention, l'ordonnance d'Actiskenan est une ordonnance sécurisée qui n'est valable que quelques jours : il faut donc acheter le produit idéalement **le jour-même de rédaction de l'ordonnance**.

LES DOULEURS SE PROLONGENT GENELEMENT PENDANT PLUSIEURS MOIS APRES L'INTERVENTION : Cela est **TRES IMPORTANT A COMPRENDRE** ! il y a une très grande variabilité d'un patient à

l'autre (**Figure 7**). Certains patients n'ont quasiment plus de douleurs au bout de deux mois mais d'autres restent douloureux jusqu'à un an. La persistance des douleurs est un facteur d'inquiétude et l'inquiétude aggrave la douleur : c'est un **cercle vicieux**. C'est pour cela que **je vous reverrai régulièrement en consultation** : le premier rendez-vous est généralement donné deux mois après l'intervention puis le suivi en consultation est prolongé autant que nécessaire. Des ordonnances d'antalgiques seront régulièrement re-prescrites si nécessaire. En cas de problème je serai évidemment disponible pour **vous revoir plus tôt si nécessaire**. La diminution des douleurs n'est jamais régulière mais se fait **par à-coups** : il y aura des périodes durant lesquelles vous aurez le sentiment que rien n'évolue, voir parfois que les douleurs redeviennent plus intenses : ce qui compte est qu'**entre deux instants consultations les choses s'améliorent**.

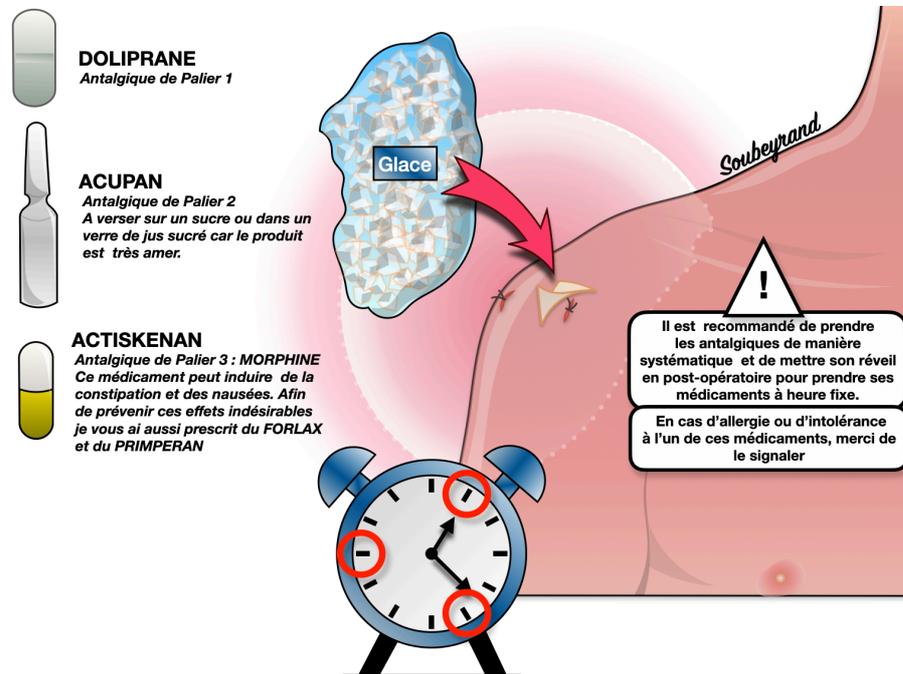


Figure 6 : En post-opératoire il faut prendre les antalgiques **SYSTEMATIQUEMENT** à heure fixe pendant les 5 premiers jours (ACTISKENAN) et 45 premiers jours (DOLIPRANE & ACUPAN)

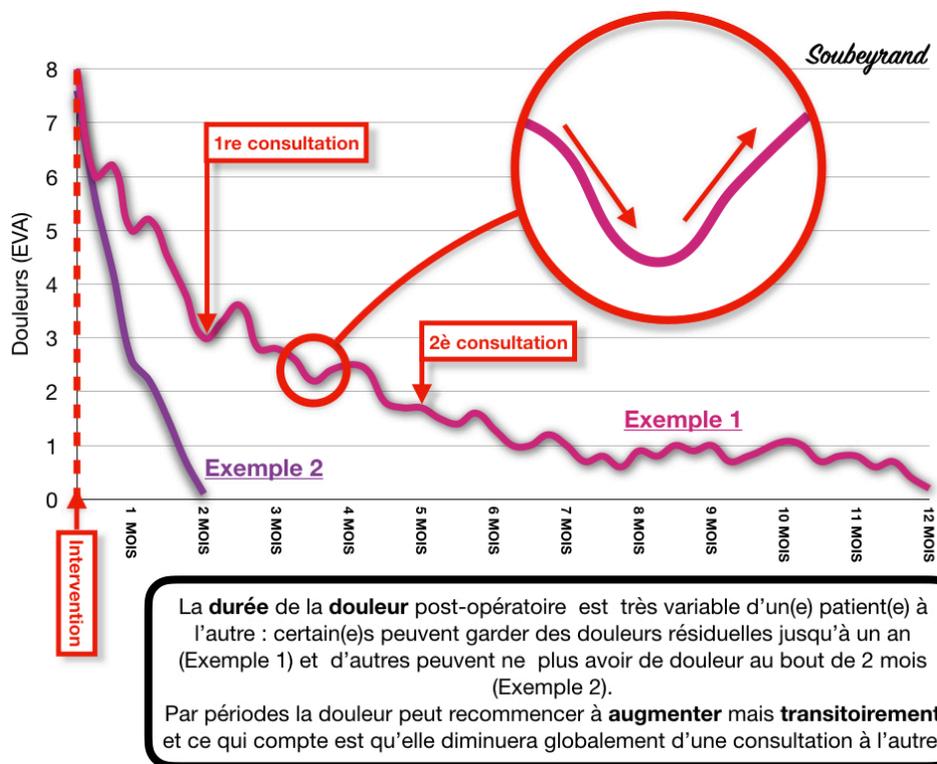


Figure 7 : Les douleurs post-opératoires fluctuent avec le temps

LA REEDUCATION ET LE GILET ORTHOPEDIQUE :

L'objectif de la rééducation est de **recupérer 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 n'est supposé rester que **48 à 72 heures** en postopératoire pour soulager les douleurs : Ce gilet devra donc être retiré très rapidement. Il est recommandé d'**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. Certains patients récupère très vite tandis que d'autres peuvent mettre jusqu'à un an pour récupérer la totalité des amplitudes de l'épaule. Cette **recupération** se fait de manière **irrégulière**, comme la douleur, avec des **périodes de stagnation**, et des périodes d'**amélioration (Figure 8)**. 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.**

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.

De votre côté il y aura beaucoup de travail **d'autorééducation** à faire. Je vous propose **deux exercices** à faire pour **assouplir l'épaule** : la **rééducation pendulaire (Figure 9)** et l'**élévation passive (Figure 10)**. Ces deux exercices permettront de mobiliser votre épaule de manière **passive**, c'est-à-dire sans forcer sur l'épaule. Vous pourrez ainsi récupérer la souplesse de votre épaule de manière progressive. Les mouvements **pendulaires** consistent à balancer le membre supérieur comme un pendule ce qui permet ainsi de mobiliser l'épaule sans avoir à contracter les muscles qui ont été réparés. Je vous joins un **planning pour vous guider** dans la réalisation de ces exercices à la fin de ce fascicule. Je vous demande de le **remplir progressivement** et je pourrai ainsi évaluer votre rééducation lors de nos consultations de suivi. Ce programme fixe un objectif à atteindre mais plus vous répèterez ces exercices, **même au delà du planning**, meilleure sera votre rééducation.

La rééducation **active** (qui implique la contraction des muscles de la coiffe) sera débutée immédiatement sans limite.

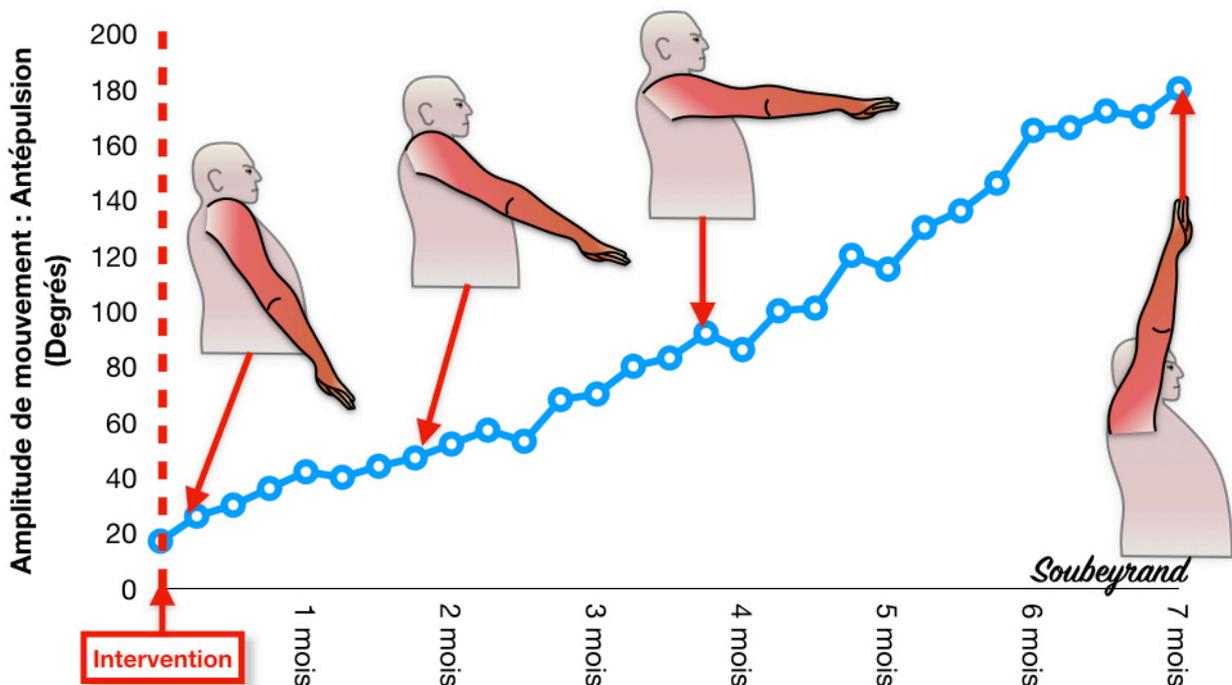


Figure 8 : La récupération des amplitudes se fait progressivement en post-opératoire mais prend généralement du temps.

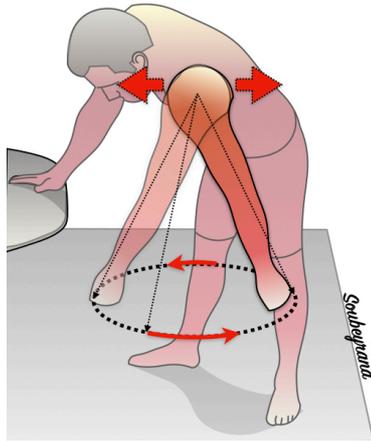


Figure 9 : EXERCICE 1 : La rééducation **pendulaire** : le membre supérieure est balancé comme un pendule, grâce aux mouvements du tronc. Ainsi l'épaule bouge sans contracter les muscles de la coiffe qui ont été réparés (passif). Il faut compter le nombre de cercles réalisés.

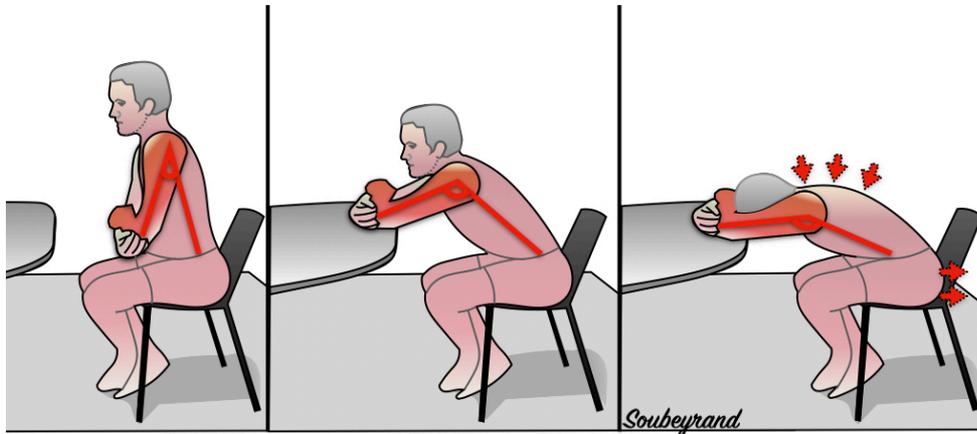


Figure 10 : EXERCICE 2 : L'**élévation passive** : Assis sur une chaise légèrement à distance de la table. Utiliser l'autre main pour soutenir le coude et le poser sur la table. Reculer ensuite la chaise progressivement en fléchissant les hanches : cela entrainera une élévation automatique de l'épaule comme l'indique l'angle qui est dessiné sur le dessin.

LE TRAVAIL :

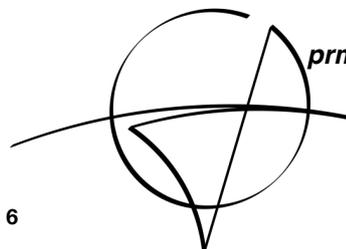
Si vous avez une activité professionnelle je prescrirai un **arrêt de travail** après l'intervention. La durée totale de cet arrêt dépendra de deux paramètres : la pénibilité du poste de travail ainsi que les trajets nécessaires pour se rendre à votre travail et en revenir. Habituellement en postopératoire on 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**.

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 QR CODE : 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



FICHE DE SUIVI D'AUTOREEDUCATION & KINESITHERAPIE

Comment remplir cette fiche ?

Je vous demande de remplir chaque jour la ligne correspondante au jour post-opératoire (**J0** correspond au jour même de l'intervention et **J1** correspond au lendemain de l'intervention). La **première ligne** est un **exemple** pour vous guider.

Chaque **case** représente une **session d'exercice**. Il faut en faire **plusieurs par jour**. A chaque fois que vous ferez une session d'**exercice pendulaire** il faudra reporter le nombre de cercles sur le tableau. Idem pour l'exercice d'élévation passive. Si ce jour là il y a eu une séance de rééducation il faut mettre une croix.

DATE POST-OPERATOIRE	PENDULAIRE			ELEVATION PASSIVE			SEANCE KINE ?
	35	110	20	10	15	3	
EXEMPLE	35	110	20	10	15	3	X
J1							
J2							
J3							
J4							
J5							
J6							
J7							
J8							
J9							
J10							
J11							
J12							
J13							
J14							
J15							
J16							
J17							
J18							
J19							
J20							
J21							
J22							
J23							

Chaque case représente une séance d'exercice. Ici par exemple il y a eu 110 "cercles" de pendulaires réalisés.

Ici il y a eu 15 mouvements d'élévation passive.

Il y a eu une séance de kiné.

DATE POST- OPERAT OIRE	PENDULAIRE	ELEVATION PASSIVE	SEA NCE KINE ?
J24			
J25			
J26			
J27			
J28			
J29			
J30			
J31			
J32			
J33			
J34			
J35			
J36			
J37			
J38			
J39			
J40			
J41			
J42			
J43			
J44			
J45			
J46			
J47			
J48			
J49			
J50			
J51			
J52			
J53			

DATE POST- OPERAT OIRE	PENDULAIRE					ELEVATION PASSIVE					SEA NCE KINE ?	
J54												
J55												
J56												
J57												
J58												
J59												
J60												
J61												
J62												
J63												
J64												
J65												
J66												
J67												
J68												
J69												
J70												
J71												
J72												
J73												
J74												
J75												
J76												
J77												
J78												
J79												
J80												
J81												
J82												