

Fiche d'information

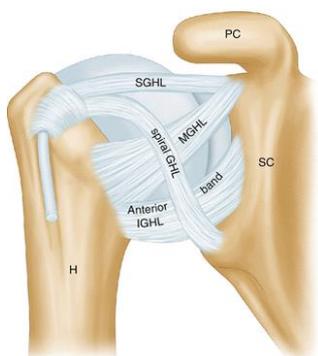
**BUTEE CORACOIDIENNE POUR INSTABILITE DE L'EPAULE**

POURQUOI CETTE INTERVENTION ?

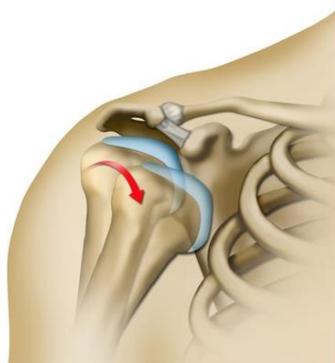
L'articulation de l'épaule permet des mouvements de grande amplitude ; pour cela, la tête humérale est maintenue face à la glène (la surface articulaire de l'omoplate) par un puissant système de ligaments qui s'attachent sur un bourrelet (le labrum) inséré en périphérie de la glène.

Lors d'un traumatisme occasionnant un déboîtement de l'épaule, ces structures peuvent être distendues ou rompues. Dans ces conditions, la tête est moins bien tenue à sa place : l'épaule peut se déboîter plus ou moins complètement lors de la pratique sportive voire lors de certains gestes de la vie courante.

On parle alors d'épaule instable pouvant être responsable de phénomènes d'appréhension et de douleur.



*Ligaments gléno- huméraux*



*Lésions d'instabilité*



La stabilisation de l'épaule consiste à empêcher la tête de l'humérus de sortir de son emplacement naturel, ce qui à la longue aggraverait les lésions ligamentaires et entrainerait une dégradation cartilagineuse.

Deux procédures chirurgicales sont envisageables : la réparation des ligaments distendus ou la stabilisation par une butée osseuse (intervention de Latarjet) . Cette dernière technique consiste à venir mettre en place un bloc osseux (coracoïde) avec son tendon fixé dessus (coraco-biceps) afin d'éviter que l'épaule ne se déboîte en avant. Cette opération est pratiquée pour les instabilités de l'épaule dont les structures anatomiques abimées ne sont pas réparables (usure ou fracture de la glène) ou ne sont pas suffisantes pour stabiliser l'épaule.

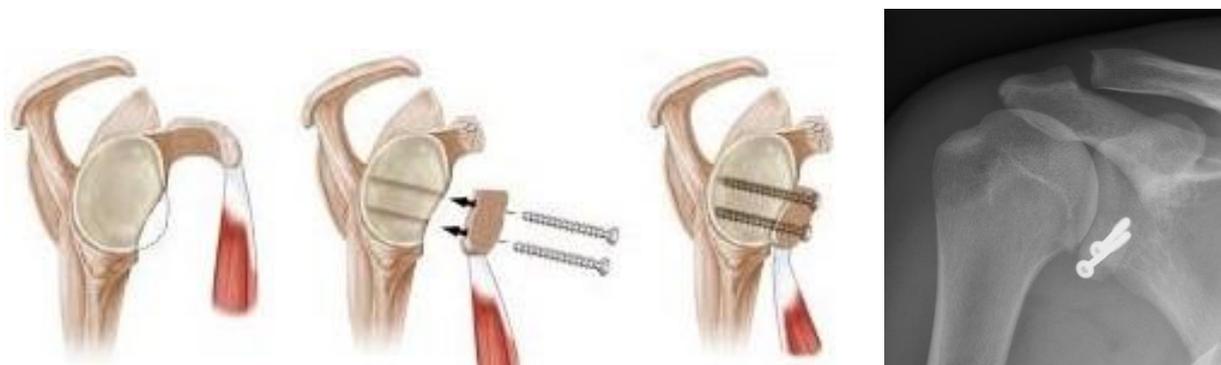
## COMMENT SE DEROULE L'INTERVENTION ?

### **L'intervention :**

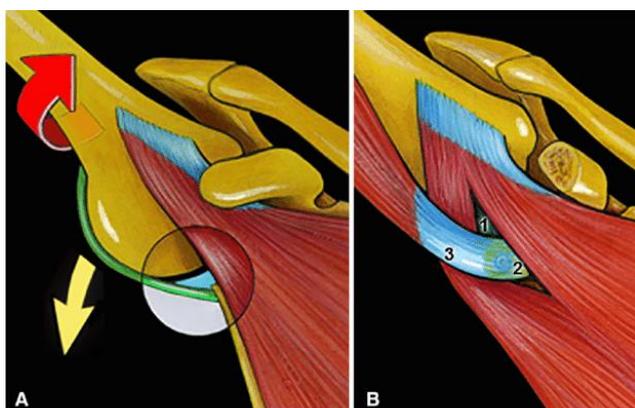
- **L'hospitalisation** : elle se fera la veille ou le jour même selon l'ordre du programme opératoire. Vous resterez hospitalisé la nuit qui suivra l'intervention afin de contrôler au mieux d'éventuelles douleurs post-opératoires.

- **L'anesthésie** : elle combinera une anesthésie locorégionale (bloc interscalénique) qui garantira une indolence complète de votre membre opéré dans les heures qui suivront l'intervention, et une anesthésie générale durant le geste opératoire.

- **Le geste chirurgical** : le geste se fait par une courte incision en avant de l'épaule permettant le prélèvement de l'apophyse coracoïde qui est sectionnée avec une petite scie oscillante. Les fibres du muscle sous-scapulaire sont ensuite écartées, sans sectionner son tendon, ce qui permet d'exposer la glène. Son bord antérieur est avivé et le greffon osseux est fixé par deux vis. Un drainage est mis en place et l'incision fermée par un surjet.



Ce bloc osseux va empêcher que votre épaule se déboîte en avant, comblant le vide laissé par la première luxation, tandis que tendon normalement inséré dessus (le coraco-biceps) va jouer le rôle de nouveau ligament de stabilisation (on parle de « triple verrouillage » car la capsule est aussi renforcée) .



- **Votre départ** se fera le lendemain de l'intervention, après avoir réalisé une radiographie de contrôle. Nous vous remettons les différents documents et ordonnances nécessaires, ainsi qu'un arrêt de travail et un rendez-vous de contrôle fixé au bout de 3 semaines.

## Les suites de l'intervention :

- **votre attelle**  devra être conservée durant les 3 semaines qui suivent l'intervention, ce qui correspond à la période où la capsule cicatrise. Elle pourra être enlevée pour s'habiller, se laver et manger mais sera conservée la nuit.
- **la rééducation**  : pendant les 3 premières semaines suivant l'opération, votre épaule est immobilisée dans une attelle coude au corps ; mais vous réaliserez tous les jours des exercices simples d'automobilisation. Après la 3ème semaine et la visite de contrôle chez votre chirurgien, vous pouvez enlever définitivement votre attelle et commencer la rééducation qui consiste d'abord à retrouver la souplesse, puis la force et la coordination de votre épaule.
- **Reprise d'activités**  : il faut attendre la 6<sup>e</sup> semaine pour reprendre le volant. La reprise du travail survient en général entre le 2ème et le 3ème mois et cela en fonction de votre profession. La reprise d'un travail de bureau peut être envisageable rapidement après l'intervention. Il faut attendre le 4ème mois pour reprendre les sports sollicitant votre épaule. Il faut souvent attendre encore 1 à 2 mois pour retrouver tous les automatismes et renouer avec la compétition.

## QUELS SONT LES RISQUES DE L'INTERVENTION ?

- **Des risques non spécifiques :**

- un hématome peut survenir, qui se résorbe en général tout seul. Il peut exceptionnellement nécessiter une ponction évacuatrice ou un drainage chirurgical.

- L'infection profonde est exceptionnelle. Elle peut nécessiter une nouvelle chirurgie et un traitement prolongé par antibiotiques. Il vous est fortement déconseillé de fumer pendant la période de cicatrisation, le tabagisme augmentant de manière significative le taux d'infection.

- L'algodystrophie est un phénomène douloureux et inflammatoire encore mal compris. Elle est traitée médicalement et peut durer plusieurs mois (voire parfois des années), entraînant une prise en charge spécifique avec rééducation adaptée, bilans complémentaires et parfois une prise en charge spécifique de la douleur. Elle est imprévisible dans sa survenue comme dans son évolution et ses séquelles potentielles.

- Il y a parfois une **irritation de petits nerfs cutanés** près de l'incision, qui disparaît en quelques semaines.
- Une **raideur** est inévitable les premiers temps, elle doit se corriger avec la rééducation. Plus ennuyeuse est **la capsulite rétractile** qui est une rétraction des ligaments de l'articulation entraînant une diminution douloureuse de la mobilité passive et active de l'épaule. Elle est d'origine neurologique réflexe et s'apparente à l'algodystrophie ; elle récupère en un an environ mais peut parfois entraîner une raideur partielle séquellaire.
- **Les lésions nerveuses** sont exceptionnelles (nerf axillaire ou musculo cutané surtout). Il s'agit le plus souvent d'un étirement simple de nerf lié aux manœuvres opératoires qui va spontanément récupérer. Très rarement, il s'agit d'une atteinte plus sévère pouvant nécessiter une nouvelle opération et laisser des séquelles.
- **Les complications mécaniques :**
  - Le fragment osseux (la butée) peut disparaître sur l'imagerie (lyse) ou ne pas se fixer sur la glène (pseudarthrose) sans que cela ait forcément de conséquence fonctionnelle sur votre épaule.
  - La butée peut être trop saillante devant l'articulation et entraîner l'usure du cartilage sur le long terme.

- La récurrence de la luxation est très rare dans le cas de la butée mais possible surtout chez l'hyperlaxé.

**La liste n'est pas exhaustive et une complication particulièrement exceptionnelle peut survenir, liée à l'état local ou à une variabilité technique. Toutes les complications ne peuvent être précisées, ce que vous avez compris et accepté.**

**EN RÉSUMÉ** la stabilisation de l'épaule par technique de la butée de type Latarjet est un geste chirurgical fréquent en orthopédie. C'est une opération délicate et son résultat sera conditionné par une rééducation de plusieurs mois. Le but de cette opération est de faire disparaître l'appréhension (peur de se relâcher) et les luxations. En l'absence de complication, cette opération permet au patient de retrouver une l'épaule stable.

**QUELQUES QUESTIONS QUE VOUS DEVEZ VOUS POSER OU POSER À VOTRE CHIRURGIEN AVANT DE VOUS DÉCIDER POUR UNE INTERVENTION :**

Pourquoi me recommandez-vous cette chirurgie particulièrement ?

Y a-t-il d'autres solutions chirurgicales pour mon cas et pourquoi ne me les recommandez-vous pas ?

Si je ne me fais pas opérer, mon état va-t-il se dégrader ?

Comment se passe l'acte chirurgical et en avez-vous l'expérience ?

Quel est le temps opératoire ? Quelle est la durée de l'hospitalisation ?

Aurai-je beaucoup de douleurs et comment la traiter ?

Quels sont les risques et/ou complications encourus pour cette chirurgie ?

Quels sont les bénéfices pour moi à être opéré et quel résultat final puis-je espérer ?

Au bout de combien de temps pourrai-je reprendre mon travail ou mes activités sportives et quelle sera la durée totale de ma convalescence ?

Me recommandez-vous un second avis ?

Date de remise du document au patient (e) :

Date et signature du patient (e) :

*Pages précédentes à parapher*