

Fiche d'information

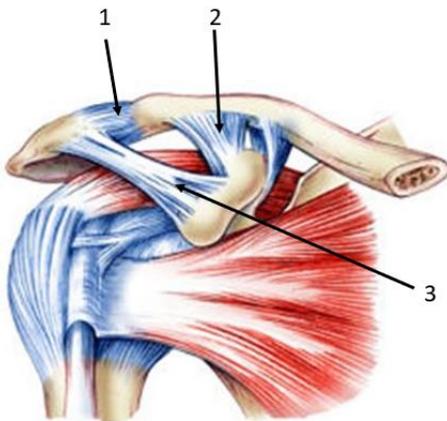
**DISJONCTION ACROMIO-CLAVICULAIRE RECENTE**

**Stabilisation arthroscopique**

POURQUOI CETTE INTERVENTION ?

L'articulation acromio-claviculaire relie l'acromion à la clavicule. Elle est maintenue par plusieurs ligaments : les ligaments acromio-claviculaires qui sont autour de l'articulation (1), et les ligaments coraco-claviculaires qui sont à distance de l'articulation et relient la coracoïde à la clavicule (2).

Lors d'un traumatisme au niveau de l'épaule, ces ligaments peuvent être rompus. L'articulation acromio-claviculaire n'est plus maintenue, l'épaule et l'omoplate sont tirées vers le bas par les forces de la pesanteur et la clavicule est ascensionnée vers le haut par les muscles : on parle alors de disjonction acromio-claviculaire .



1 – ligaments acromio-claviculaires  
2 – ligaments coraco-claviculaires  
3 - ligament coraco-acromial

*Ligaments de la clavicule*



*Disjonction acromio-claviculaire*

La luxation acromio-claviculaire ne se réduit pas spontanément, et en l'absence d'un geste chirurgical la clavicule reste ascensionnée. Les ligaments ne cicatrisent pas en position efficace, ce qui empêche le maintien de la clavicule. Beaucoup de disjonctions ne sont pas majeures et ne nécessitent pas de chirurgie, mais dans les formes très déplacées, mis à part le désagrément esthétique, elles peuvent être responsables d'une gêne permanente et d'une fatigabilité lors de certaines activités de la vie courante ou sportive. Une stabilisation chirurgicale peut alors se discuter.

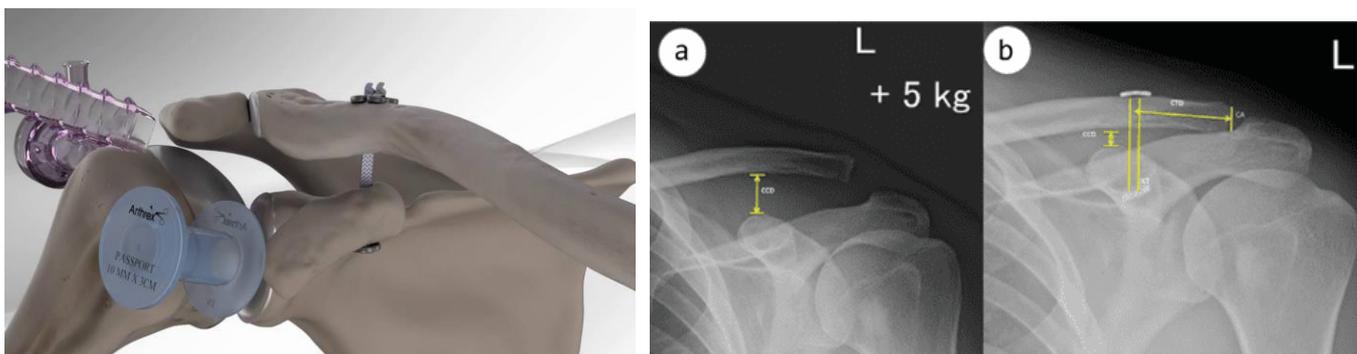
**Le but de la stabilisation acromio-claviculaire est de remettre la clavicule à niveau et de retrouver le fonctionnement optimal de l'épaule permettant ainsi la reprise de toutes les activités sans gêne.**

Si la disjonction est vue précocement, il est possible de simplement réduire et fixer la clavicule dans sa position d'origine pour permettre la cicatrisation des ligaments ; ce geste doit être réalisé dans les deux semaines suivant le traumatisme. Il est possible d'utiliser une technique mini-invasive sous assistance arthroscopique.

### 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 principe est d'abaisser la clavicule et de la relier à la coracoïde par un système de fils résistants qui passés dans des tunnels osseux et bloqués à chaque extrémité osseuse ; un système de guidage externe permet de la réaliser sous arthroscopie. La clavicule est ainsi maintenue en place, ce qui permet la cicatrisation efficace des ligaments.



• **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 2 semaines.

#### **Les suites de l'intervention :**

- **votre attelle** devra être conservée durant les 6 semaines qui suivent l'intervention, ce qui correspond à la période où les ligaments cicatrisent sur l'os. Elle pourra être enlevée pour s'habiller, se laver et faire l'auto-rééducation mais sera conservée la nuit.
- **la rééducation** : vous réaliserez tous les jours des exercices d'automobilisation, mais la rééducation ne sera débutée qu'après 6 semaines, après la 2<sup>e</sup> visite post-opératoire
- **Reprise d'activités** : Il faut souvent attendre le 2<sup>e</sup> mois pour reprendre le volant. La reprise du travail survient en général entre le 2<sup>e</sup> et le 3<sup>e</sup> mois et cela en fonction de votre profession. La reprise d'un travail de bureau peut s'effectuer rapidement après l'intervention. La reprise des activités sportives ne sollicitant pas l'épaule est envisageable après le 3<sup>e</sup> mois, mais il faut attendre le 6<sup>e</sup> mois pour reprendre tous les sports notamment ceux sollicitant votre épaule.

## QUELS SONT LES RISQUES DE L'INTERVENTION ?

- **Des risques non spécifiques :**

- un hématome peut survenir, qui se résorbe en général tout seul. Rarement une évacuation sera nécessaire.

- 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.

- **La raideur** : Une raideur articulaire peut se développer si la rééducation post-opératoire n'est pas bien prise en charge. Plus rarement, une capsulite rétractile peut survenir : c'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 complications mécaniques** : une fracture de la clavicule, de la coracoïde, ou un arrachement du système de fixation peut survenir, nécessitant parfois une reprise chirurgicale.

**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 disparition de la déformation, des douleurs et des sensations de fatigabilité est rapide après l'opération. La récupération complète de la mobilité et de la force musculaire survient en général entre le 2ème et le 3ème mois. Les ligaments qui ont cicatrisé ne sont pas meilleurs que les ligaments d'origine et une nouvelle rupture peut toujours survenir lors d'un traumatisme. L'évolution peut aussi se faire vers une distension ligamentaire ou encore une arthrose de l'articulation acromio-claviculaire. Les résultats de cette chirurgie restent néanmoins très encourageants puisqu'on retrouve une articulation stable, une disparition des douleurs et une reprise de toutes les activités dans plus de 90% des cas.

## **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*