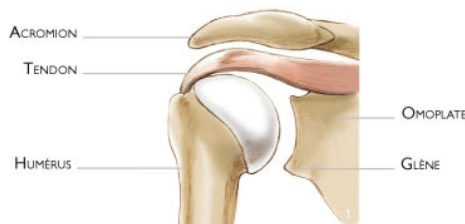


# Informations

Butée d'épaule

## DE QUOI S'AGIT-IL ?

L'épaule correspond à l'articulation entre l'omoplate et l'humérus. La partie supérieure de l'humérus constitue une tête qui pivote dans un creux de l'omoplate qui est la glène. Ces surfaces de glissement sont recouvertes de cartilage. Malgré les mouvements de très grande amplitude au niveau de cette articulation, la tête humérale est maintenue en permanence en regard de la glène grâce à la capsule articulaire qui est une poche entourant l'articulation, et les ligaments qui sont des sortes de rubans reliant la glène à l'humérus.



Lors d'un traumatisme occasionnant un déboîtement de l'épaule, ces structures peuvent être distendus ou rompus. De plus, des lésions osseuses de la glène ou de la tête peuvent survenir. Dans ces conditions, la tête est moins bien tenue à sa place et elle peut se déboîter lors de la pratique sportive voire même lors de certains gestes de la vie courante. On parle alors d'épaule instable pouvant être responsable de phénomènes d'appréhension et de douleur.



A chaque fois que la tête sort de sa place, elle aggrave les lésions ligamentaires et osseuses et peut générer des lésions cartilagineuses. L'évolution se fait alors vers des luxations plus faciles, une appréhension plus importante, et une dégradation

M....., le ..../..../.....

*Fiche conçue pour fournir un support et/ou un complément à l'information orale délivrée par le chirurgien au cours des consultations précédant la décision opératoire. Seule, l'information orale peut être adaptée à chacun, à sa demande. Elle donne la possibilité de répondre aux questions posées, et constitue l'essentiel de l'information délivrée.*

\_\_\_\_\_ D<sup>r</sup> Christian LEONARDI

progressive de l'articulation. Le but de l'intervention est de stabiliser l'épaule, permettant la reprise de toutes les activités et d'éviter les lésions cartilagineuses limitant ainsi la dégradation de l'articulation.

L'opération de Latarjet est une opération qui consiste à venir mettre en place en avant de votre épaule un bloc osseux (coracoïde) et un tendon normalement fixé dessus (coraco-biceps) afin d'éviter que l'épaule ne se déboîte en avant. Cette opération est pratiquée chez les patients présentant des épaules qui se déboîtent, et dont les structures anatomiques abîmées ne sont pas réparables ou ne sont pas suffisantes pour stabiliser l'épaule, soit que ces structures sont trop lésées (fracture de l'omoplate), soit que les sollicitations de l'épaule sont trop importantes (sports de contacts, haut niveau de pratique sportive).

Dans la grande majorité des cas, cette lésion apparaît après un choc violent sur l'épaule, et nécessite une opération lorsque les déboitements reviennent, ou risquent de revenir. Le but de cette opération est de supprimer la plainte du patient : la subluxation, la luxation ou l'appréhension (l'impression que l'épaule va se déboîter).

**En accord avec votre chirurgien et selon la balance bénéfice-risque, il vous a été proposé une intervention de Latarjet. Le chirurgien vous a expliqué les autres alternatives. En fonction des découvertes peropératoires ou d'une difficulté rencontrée, votre chirurgien pourrait, le cas échéant, procéder à une autre technique qu'il jugerait plus profitable à votre cas spécifique.**

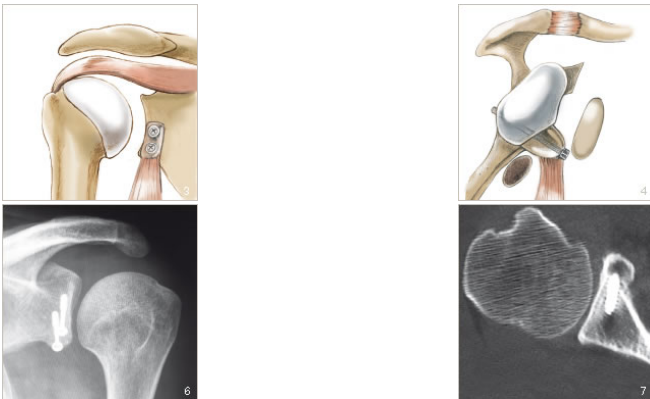
## AVANT LE TRAITEMENT

Un bilan complet est réalisé associant radiographies, et le cas échéant IRM ou arthroscanner permettant de confirmer le diagnostic et de prévoir la chirurgie.

## QUEL TRAITEMENT ?

L'intervention consiste à mettre en place un bloc osseux en avant de la glène afin d'empêcher la tête de l'humérus de sortir de son emplacement naturel.

La chirurgie est réalisée sous anesthésie générale et/ou locorégionale. Elle dure en moyenne une heure. L'opération consiste globalement à prélever votre coracoïde, bloc osseux de 2cm de long, présent dans votre épaule, et le mettre devant votre épaule, au ras du cartilage, à travers un muscle appelé le sous-scapulaire. Avec ce bloc osseux est amené un tendon normalement inséré dessus (le coraco-biceps) qui va jouer le rôle de nouveau ligament de stabilisation de votre épaule. Le bloc osseux est fixé en avant de votre omoplate (glène) par une ou deux vis. Ce bloc osseux va empêcher que votre épaule se déboîte en avant, comblant le vide laissé par la première luxation.



La capsule et les ligaments sont enfin réparés par un système d'ancres et de fils pour compléter la stabilisation.

En fin d'intervention un drainage peut être laissé dans votre épaule et retiré avant votre sortie, afin d'éviter l'apparition d'un hématome.

## ET APRÈS ?

La rééducation va être débutée selon les habitudes et prescriptions de votre chirurgien. Cette opération peut se dérouler en hospitalisation d'un jour, ou vous pouvez être amené à passer plusieurs nuits hospitalisé(e).

- Le traitement de la douleur sera mis en place, surveillé et adapté de manière très rapprochée dans la période post-opératoire.
- Pendant les 4 premières semaines suivant l'opération, votre épaule est immobilisée dans une attelle coude au corps. Pendant la période

postopératoire votre autonomie va être diminuée. La mobilité de votre épaule peut être bloquée, le temps que les structures réparées cicatrisent et se fixent solidement. Il ne sera pas possible de forcer sur votre épaule avant 45 jours, délai nécessaire à la bonne fixation entre les 2 surfaces osseuses.

- Après la 4ème semaine et la visite de contrôle chez votre chirurgien, vous pouvez enlever définitivement votre attelle et commencer la rééducation. Ces délais sont variables et sont donnés à titre indicatif et seront confirmés lors de la consultation avec votre chirurgien.
- Il faut souvent attendre le 2ème mois 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, une activité de bureau pouvant être plus précoce.
- La reprise de tous les sports est envisageable après le 3ème mois.
- Vous serez revu(e) en consultation avec un contrôle radiographique et la rééducation sera adaptée à l'évolution de votre épaule.

## QUELLES SONT LES COMPLICATIONS ?

Les complications sont heureusement rares, mais il faut avoir conscience des risques, aussi minimes soient-ils. En effet, la survenue d'une complication rallonge souvent la récupération, compromet souvent le résultat attendu. Un traitement complémentaire, spécifique est souvent nécessaire. Si la plupart des complications guérissent avec des séquelles mineures, certaines peuvent laisser un handicap lourd, très important.

**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 plus des risques communs à toute intervention chirurgicale et des risques liés à l'anesthésie, voici celles qui sont le plus couramment rencontrées, plus spécifiques à cette chirurgie et pour lesquelles nous réalisons une prévention active :

### Quels sont les principaux inconvénients et risques précoces éventuels de l'intervention ?

**L'épanchement de sang** dans l'articulation ou hémarthrose ou la collection de sang dans les tissus situés autour de l'articulation (hématome). Cet épanchement peut être minime et bien soulagé par le « glaçage » de la zone opérée. Il peut être excessif et nécessiter une ponction, voire une

intervention pour l'évacuer. Ce risque est prévenu par une coagulation vasculaire soigneuse pendant l'intervention, dans certains cas, par la mise en place de drains lors de la fermeture de la plaie opératoire (pour aspirer et évacuer le sang). Une hémorragie pendant l'opération qui nécessiterait un grand nombre de transfusions et une intervention vasculaire est exceptionnelle.

**Les infections.** Ce sont les complications graves après une chirurgie. L'infection profonde est rare. Toutefois, une infection est une complication très sérieuse lorsqu'elle survient, pouvant laisser des séquelles importantes, et nécessitant un traitement long et fastidieux. La clé réside donc dans la prévention.

Un certain nombre de situations « à risque » ont été identifiées, justifiant alors un dépistage ciblé. On peut citer, sans être bien sûr exhaustif : les antécédents d'infection ; le diabète insulino-requérant ; l'hémodialyse ; les situations d'immunosuppression pathologique ou iatrogène ; l'éthylisme chronique, la toxicomanie ; les lésions cutanées chroniques ; les sinusites récidivantes ; un séjour récent en service de réanimation ; une hospitalisation prolongée, même en service de soins standard ; une hospitalisation récente en service de long ou moyen séjour ; le port d'une sonde urinaire à demeure ; l'utilisation récente d'antibiotiques à large spectre ; le diabète et le tabagisme. Il vous est fortement déconseillé de fumer pendant la période de cicatrisation, le tabagisme augmentant de manière significative le taux d'infection.

Peut-on réduire le risque d'infection ? La préparation pré-opératoire du patient est une étape probablement primordiale, car les infections postopératoires sont le plus souvent d'origine endogène, et principalement cutanée et muqueuse. La flore résidente du patient peut être introduite dans l'organisme lors de toute effraction cutanée, et notamment d'une incision chirurgicale. Cette flore ne peut jamais être supprimée totalement, et toutes les mesures de prévention ne peuvent que diminuer le nombre de bactéries présentes. Un état d'hygiène irréprochable du patient lorsqu'il entre dans le bloc opératoire est souhaitable. Pendant l'intervention, toutes les précautions seront prises pour limiter le risque infectieux. L'intervention se déroule selon un protocole précis, formalisé et connu de tous les intervenants et des contrôles de qualité sont fréquemment réalisés. Il faut souligner l'importance de la qualité de la décontamination de la salle d'opération décontaminé, des règles de préparation des instruments, des vêtements stériles et à usage unique, du comportement du personnel, de l'aseptie des mains . . . . Votre peau sera de nouveau désinfectée selon un protocole précis et vous pouvez recevoir également des antibiotiques pen-

dant l'intervention selon le protocole du CLIN (comité de lutte contre les infections nosocomiales) de l'établissement.

Le diagnostic de l'infection peut-être difficile. Il n'existe pas de tableau clinique spécifique de l'infection. Il existe toutefois des éléments qui doivent mettre la puce à l'oreille (fistule cutanée, troubles de cicatrisation, syndrome douloureux anormal dans sa durée et dans son intensité, fièvre, signes locaux habituels de l'inflammation : rougeur, chaleur, gonflement, douleurs . . .). Il n'existe pas non plus de tableau biologique spécifique (élévation de la vitesse de sédimentation et de la CRP). Les radiographies standards peuvent être intéressantes. Il est possible de réaliser une échographie, un scanner ou même une IRM : ces examens n'ont d'intérêt que pour rechercher une collection profonde et en réaliser la ponction. L'imagerie nucléaire est régulièrement évoquée, mais son apport diagnostique est souvent décevant. Au total, ce sont les prélèvements au niveau du site, avec analyse bactériologique qui restent l'étalon-or de la démarche diagnostique.

Le traitement repose sur une antibiothérapie adaptée à la documentation bactériologique. La durée du traitement est souvent prolongée, adaptée au cas par cas. Il faut y associer une ré-intervention pour nettoyer la zone opérée. Cela nécessite un caractère complet de l'excision, préalable à la guérison, et provoque souvent des sacrifices tant osseux que périphériques importants, même si cela doit compliquer les suites ou le geste de reconstruction. Quand elle est détectée rapidement, un simple lavage de la zone opératoire et une mise sous antibiotiques peuvent être suffisants. Elle peut survenir même très longtemps après la chirurgie et peut provenir d'une infection à distance de l'épaule, comme une infection dentaire ou urinaire. Il faudra donc surveiller attentivement, traiter les infections toute votre vie et prendre bien soin de votre peau en évitant toute plaie qui constituerait une porte d'entrée pour les bactéries.

**Les ennuis cicatriciels :** désunion de la cicatrice, nécrose (mort de la peau) sont rares. L'évolution est très souvent favorable avec la poursuite des pansements. Ils peuvent nécessiter une nouvelle intervention pour reprendre la cicatrice et réaliser une nouvelle suture, voire, dans certains cas, une greffe de peau (plastie cutanée). Cette complication est plus ou moins grave en fonction de son étendue et de sa localisation. Elle doit être traitée rapidement pour éviter l'infection.

**La paralysie nerveuse.** Il s'agit d'une complication très rare, qui touche les nerfs situés près de la zone opérée (nerf axillaire ou musculo cutané sur-tout) et qui peuvent souffrir lors des manipulations. Cette complication très exceptionnelle peut occa-

sionner une douleur et une perte de la sensibilité de certaines parties du bras. Les lésions permanentes sont rares, pouvant nécessiter une nouvelle opération et laisser des séquelles. Habituellement, la paralysie régresse, mais la récupération peut demander plusieurs mois.

**Un œdème.** Il se peut que le membre opéré soit enflé pendant les premières semaines qui suivent la chirurgie. Pour aider à réduire l'enflure, élevez le membre opéré dans la mesure du possible.

**Les complications veineuses** aux membres supérieurs sont exceptionnelles. La phlébite (inflammation d'une veine) qui peut se compliquer d'une thrombose veineuse (caillot dans la veine) est favorisée par l'immobilisation. Un fragment du caillot peut parfois se détacher et migrer vers les poumons : c'est l'embolie pulmonaire, ce qui entraînerait de graves risques pour votre santé. Les risques de thrombose sont devenus rares grâce aux exercices pour stimuler le retour veineux. Dans des très rares cas particuliers où les facteurs de risques sont importants, il peut être prescrit un traitement anticoagulant (qui fluidifie le sang).

#### **Les complications générales.**

☞ **Les complications cardiovasculaires.** Les deux complications cardiaques postopératoires les plus courantes sont la crise cardiaque et l'insuffisance cardiaque. Le stress de la chirurgie peut causer une crise cardiaque chez les personnes atteintes d'une maladie coronarienne, laquelle peut avoir entraîné ou non des symptômes avant la chirurgie. Assurez-vous de parler de votre santé cardiovasculaire au chirurgien et à l'anesthésiste et de suivre leurs directives.

☞ **Un délire postopératoire.** Parfois, les personnes âgées vivent une période de confusion ou de délire après une chirurgie. Il se peut qu'elles agissent ou qu'elles parlent de façon anormale. Par exemple, il est possible qu'elles commencent à oublier des choses, qu'elles soient confuses, ou encore qu'elles voient, qu'elles entendent ou qu'elles croient des choses qui n'ont aucun sens. Le délire disparaît généralement en quelques jours, mais, à l'occasion, il subsiste pendant quelques semaines. De façon générale, il est attribuable à plus d'une cause. Les effets secondaires des anesthésiques et des médicaments, le manque de sommeil, la douleur, l'infection, le sevrage d'alcool, la constipation et un faible taux d'oxygène font partie des causes courantes de délire. L'équipe soignante cherche et corrige la cause du délire dans la mesure du possible.

☞ **Une rétention urinaire.** L'incapacité à uriner est un problème très fréquent après tout type de chirurgie. On règle le problème en insérant une sonde dans la vessie pour évacuer l'urine. Il peut rester en place pendant plusieurs jours ou être retiré immédiatement après qu'on ait vidé la vessie.

☞ **Des nausées.** Si les nausées et les vomissements persistent, un médicament peut être administré.

☞ **Des réactions allergiques.** Les médicaments que l'on vous a prescrits peuvent causer des réactions allergiques. Les réactions à la pénicilline, aux sulfamides et à la codéine sont les plus courantes. Elles peuvent varier d'une éruption cutanée légère à une réaction grave. N'oubliez pas d'avertir votre médecin si vous avez déjà présenté une réaction allergique. Si vous croyez que vous avez une réaction allergique, informez-en le médecin immédiatement.

#### **Quels sont les principaux inconvénients et risques tardifs éventuels de l'intervention ?**

**L'infection tardive** survient soit par voie sanguine à partir d'un foyer infectieux (peau, urines, bronches, vésicule, sinus, etc.) soit du fait d'une contamination opératoire passée inaperçue, évoluant à bas bruit.

**L'algodystrophie** est un phénomène douloureux et inflammatoire encore mal compris. C'est un « dérèglement » du système nerveux qui commande les vaisseaux, responsable de douleurs, de gonflement et pouvant aboutir à une raideur de l'articulation. 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 prise en charge spécifique de la douleur. Elle est imprévisible dans sa survenue comme dans son évolution et ses séquelles potentielles.

**La raideur articulaire** peut se développer si la rééducation post-opératoire n'est pas bien prise en charge. Elle est due à la présence d'adhérences qui limitent la mobilité (les tissus mous sont « collés »). Elle peut être prévenue par la mobilisation douce et précoce de votre articulation, mobilisation passive ou à l'aide d'un appareillage.

**La capsulite rétractile** est une rétraction de la capsule de l'articulation entraînant une diminution de la mobilité passive et active de l'épaule. D'origine mal connue, elle récupère en un an environ mais peut parfois entraîner une raideur par-



tielle séquellaire. Les lésions nerveuses sont exceptionnelles.

**Les calcifications** sont exceptionnelles : il s'agit de formations osseuses dans les tissus mous qui peuvent survenir après l'intervention et qui peuvent être responsables d'un enraidissement ou de douleurs.

**Des douleurs** en regard du membre opéré, peuvent persister dans certains cas. Certaines personnes peuvent continuer à souffrir alors qu'il n'y a pas d'explication mécanique aux douleurs et que tout est satisfaisant sur les radiographies. Des réactions inflammatoires post-opératoires peuvent occasionner des douleurs importantes et un ralentissement de la rééducation.

**Les cicatrices** sont inévitables, définitives et indélébiles. La cicatrisation est un processus qui évolue pendant plusieurs mois. La cicatrisation doit être protégée du soleil. La cicatrice reste un mystère. En fait, l'aspect définitif d'une cicatrice est entièrement imprévisible. Dans certaines régions du corps, il existe des tensions importantes de la peau lors des mouvements, et les cicatrices y sont souvent très larges, malgré toutes les précautions prises lors de la suture. Lorsque la cicatrice est anormalement boursoufflée, on parle de cicatrice « hypertrophique » et de cicatrice « chéloïde ». La première s'améliore très lentement mais sûrement. La seconde n'a aucune tendance spontanée à s'améliorer. Finalement, la Nature prend son temps, et il faut avoir la patience d'attendre le résultat, car elle améliore généralement beaucoup les choses. Jusqu'à ce jour, aucune crème, aucune pommade, aucun produit, aucun procédé n'a fait la preuve scientifique de son efficacité pour accélérer le processus de la cicatrisation ou pour améliorer l'aspect d'une cicatrice.

**Une insuffisance de récupération musculaire** une perte de force, une amyotrophie de l'épaule peuvent persister. Cela peut être source de maladresse, de gêne pour certaines situations (soulever du poids, ...).

**La fracture osseuse.** Le fragment osseux (la butée) peut disparaître sur l'imagerie (lyse), ne pas se fixer sur la glène (pseudarthrose), ou présenter une fracture sans que cela ait forcément de conséquence fonctionnelle sur votre épaule, ni nécessiter forcément une reprise chirurgicale.

**Le risque d'arthrose à long terme** est possible.

**Risques liés au tabagisme.** Il est établi que le tabagisme multiplie par 2 à 4 le risque de complications postopératoires, et en particulier celui d'infection et de nécrose cutanée. Cette majoration du risque disparaît lorsque le tabac est arrêté com-

plètement pendant les 6 à 8 semaines qui précèdent l'intervention, et les 2 à 4 semaines qui la suivent. Nous déconseillons fortement l'usage du tabac pendant cette période.

**Court-on un risque vital ?** Toute opération chirurgicale comporte un tel risque, si minime soit-il. Si votre état général est bon, ce risque est minime. Cependant si votre état général est moins bon (grand âge, maladies graves du cœur, du poumon, obésité, etc.), le risque peut être plus ou moins important. Le risque de décès après une prothèse du membre inférieur est actuellement évalué à 0,5 %. De toute façon, un bilan de votre état de santé global sera fait avant de vous opérer (généralement lors de la consultation avec le médecin anesthésiste). À son issue, vous serez informé(e) des risques et invité(e) à poser toutes les questions nécessaires et à bien réfléchir avant de prendre votre décision. Dans de rares cas, l'intervention pourra même vous être formellement déconseillée, si le risque encouru est supérieur au bénéfice de l'intervention.

*RASSUREZ-VOUS! Votre médecin connaît bien ces complications et met tout en œuvre pour les éviter. En cas de problème, ou si vous constatez quelque chose d'anormal après l'opération, n'hésitez pas en parler votre chirurgien. Il est en mesure de vous aider au mieux puisqu'il connaît précisément votre cas.*

## LES RÉSULTATS ATTENDUS

Le but de cette chirurgie est de supprimer les signes cliniques que vous présentez : luxations de l'épaule, impression que l'épaule va se déboîter ou ne bouge pas normalement.

Votre épaule doit devenir stable et être utilisée sans aucune crainte. La disparition de la douleur, de l'appréhension et des sensations d'instabilité est très rapide après l'opération. La récupération de la mobilité et de la force musculaire survient en général entre 2 et 3 mois.

L'échec de la chirurgie est rare avec des épaules bien stabilisées dans plus de 90% des cas. La récursive de l'instabilité dépend surtout du sport pratiqué. Il faut donc rester vigilant face aux risques que représentent les sports avec armé du bras comme le tennis, le basket, le hand ou encore le rugby.

Il est fréquent que la mobilité de votre épaule soit diminuée, sans que votre vie professionnelle ou de loisir n'en soit affectée. L'évolution peut être longue et se faire sur plusieurs mois avant de récupérer ses amplitudes de mouvement définitives.

L'évolution naturelle de votre maladie (tendance à une usure plus rapide de votre articulation (arthrose) ne peut être stoppée par cette opération.

## 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 demander à votre chirurgien avant de vous décider

Pourquoi recommandez-vous cette chirurgie?

Y a-t-il d'autres solutions 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? Comment la traiter?

Quels sont les risques et/ou complications encourus?

Quels sont mes bénéfices 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? Quelle sera la durée de ma convalescence?

Me recommandez-vous un second avis?

Date et signature du patient (e) : .....