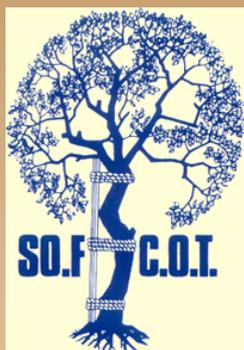


Relecture scientifique
Société française de
chirurgie orthopédique et
traumatologique (SOFCOT)

Relecture juridique
Médecins experts SOFCOT

Relecture déontologique
Médecins Conseil national de
l'ordre des médecins (CNOM)

Relecture des patients
Collectif inter associatif
sur la santé (CISS)
Association française de lutte
anti-rhumatismale (AFLAR)



Persomed
7 rue Ste Odile BP 62
67 302 Schiltigheim
tél.: 03 89 41 39 94
fax : 03 89 29 05 94

Traitement par chirurgie ouverte des instabilités de l'épaule



Persomed

**Fonds documentaire
d'information patient**



Tous droits réservés
ISBN 2-35305-077-8

**Chirurgie
orthopédique**

2006

www.persomed.com

Rédaction : D. Gosset

Illustration : J. Dasic

*Code de la Santé Publique
Article L1111-2*

*Toute personne a le droit d'être informée
sur son état de santé.*

*Cette information porte sur les différentes
investigations, traitements ou actions
de prévention qui sont proposées, leur
utilité, leur urgence éventuelle, leurs
conséquences, les risques fréquents ou
graves normalement prévisibles qu'ils
comportent ainsi que sur les autres
solutions possibles et sur les conséquences
prévisibles en cas de refus.*

Madame, Monsieur,

L'objectif de ce document est de vous donner
les réponses aux questions que vous vous
posez.

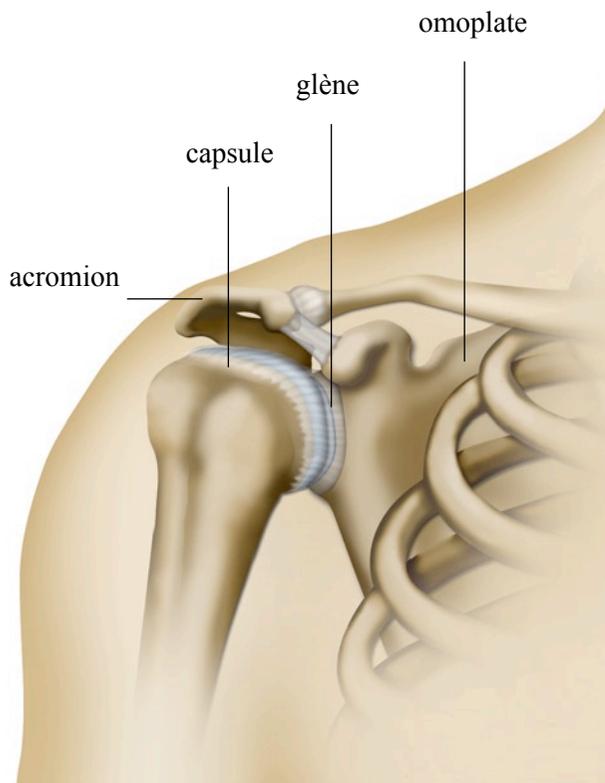
Il ne présente cependant que des généralités.
Il ne remplace pas les informations que vous
donne votre médecin sur votre propre état de
santé.

Quelle partie du corps?

Utilité de cette partie du corps ?

Une **articulation** est l'endroit où plusieurs os sont reliés tout en pouvant bouger les uns par rapport aux autres dans certaines directions.

L'**épaule** est une articulation qui relie le bras au reste du squelette. Elle permet les mouvements du bras et de la main dans toutes les directions.



De quoi est-elle constituée ?

L'épaule correspond à l'endroit où la partie haute de l'os du bras (**humérus**) s'emboîte dans un creux (la **glène**) situé dans un autre os (l'**omoplate**).

Une autre partie de l'omoplate, l'**acromion**, forme une voûte au-dessus de l'articulation. (C'est la petite bosse que l'on peut sentir en passant la main sur le dessus de l'épaule).

De nombreux muscles, liés aux os par des tendons, entourent l'articulation et permettent ses mouvements. Parmi ces muscles, ceux appelés **coiffe des rotateurs** passent entre le haut de l'humérus et le dessous de l'acromion.

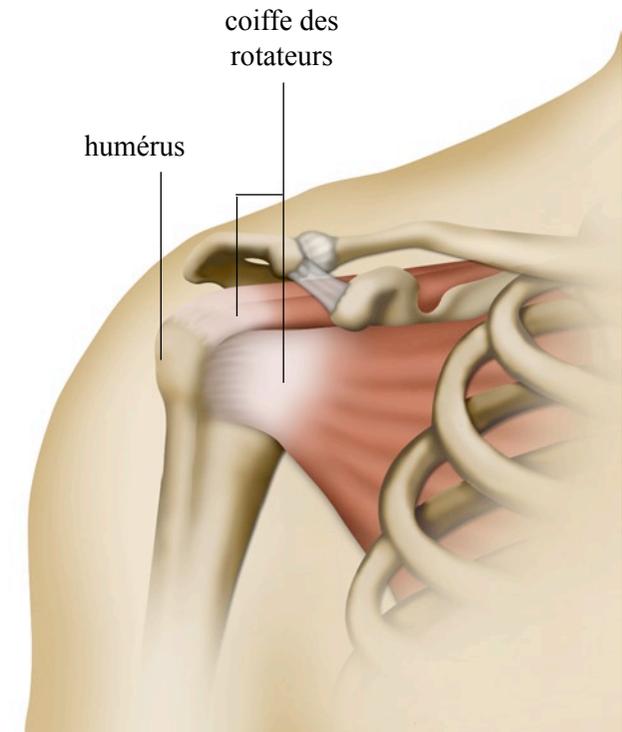
Ces muscles doivent fonctionner de manière bien coordonnée pour que l'épaule tourne correctement et reste bien centrée, quelle que soit la direction dans laquelle on l'utilise.

Il est également essentiel qu'elle reste stable ne se déboîte pas. Or, comme c'est une articulation qui bouge très librement dans tous les sens, ce risque est important.

Quelle que soit la position du bras, la **tête de l'humérus** est maintenue en place par une poche qui entoure l'articulation (la **capsule**) et par l'ensemble des muscles de l'épaule.

La cavité située sur l'omoplate (**glène**) a également une forme prévue pour maintenir la tête de l'humérus :

- elle est orientée bien en face ;
- ses rebords en os aident à la retenir lors des mouvements extrêmes ;
- il y a autour un **bourrelet élastique** qui joue le rôle d'une ventouse sur la tête de l'humérus. Il permet une adaptation parfaite de celle-ci sur la glène.



Pourquoi faut-il traiter ?

Quel est le problème ?

Votre épaule se **déboîte**. Cela signifie que la **tête de l'humérus** sort de la **glène**.

Le mouvement qui risque le plus de déboîter l'épaule consiste à placer le bras haut et en arrière, comme pour lancer un objet (on appelle cela « **armer le bras** »). Souvent, les personnes dont l'épaule a tendance à se déboîter sentent que quelque chose ne va pas lorsqu'ils font ce mouvement.

Quand la tête de l'humérus sort complètement, on parle de **luxation**. Vous ne pouvez pas la remettre en place vous-même.

Si elle ne sort pas complètement, il s'agit d'une **subluxation**. Il est alors plus facile de remettre l'épaule en place. Certains patients le font parfois eux-mêmes.

L'épaule peut se déboîter vers l'arrière, mais c'est le plus souvent vers l'avant et le bas que la tête de l'humérus sort de l'articulation.

La première luxation est généralement accidentelle, mais par la suite l'articulation se déboîte lors de chocs ou de mouvements nettement moins violents.

Certaines personnes ont des articulations extrêmement souples et risquent plus de se luxer l'épaule (on parle de **laxité congénitale**).

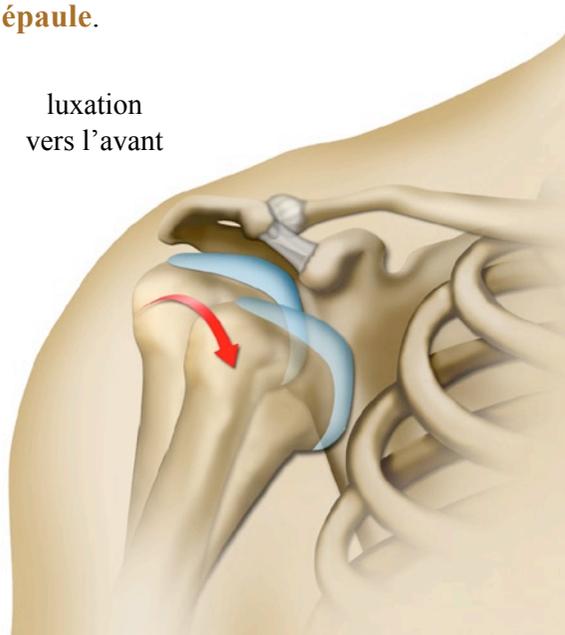
Quelles sont ses conséquences ?

Les luxations de l'épaule sont douloureuses.

Chaque fois que la tête de l'humérus sort (**luxation**) ou manque de sortir (**subluxation**), elle abîme les éléments chargés de la maintenir en place (le rebord osseux de la **glène**, le **bourrelet élastique**, la **capsule**...). Les dégâts sont moins importants dans le cas d'une subluxation que dans le cas d'une luxation.

Les éléments abîmés peuvent cicatriser, mais pas toujours de façon idéale. C'est pourquoi après chacun de ces épisodes la tête de l'humérus est de moins en moins bien tenue dans l'articulation et risque de plus en plus de sortir... On parle alors d'**instabilité de l'épaule**.

luxation
vers l'avant

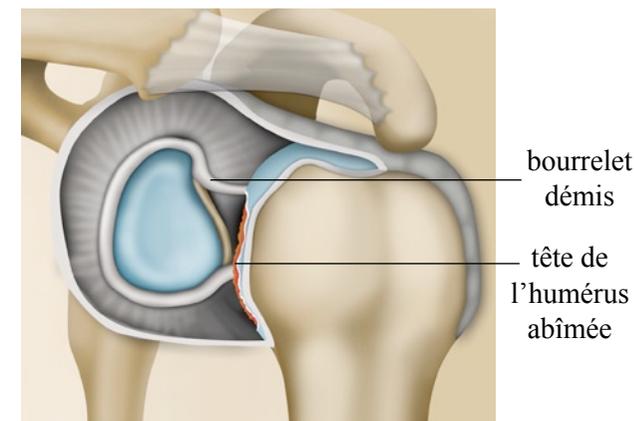


Quels examens faut-il passer ?

La **radiographie standard** est une technique qui utilise des rayons (les **rayons X**) pour visualiser les os à l'intérieur du corps. Elle permet de voir si l'os sur le rebord de la glène et sur la tête de l'humérus est abîmé.

Pour repérer les atteintes du bourrelet, de la poche de l'articulation (**capsule**) et des muscles de l'épaule, il faut utiliser des techniques plus complexes comme le **scanner** ou l'**Imagerie par Résonance Magnétique (IRM)**, qui permettent de voir les éléments du corps plus mous que l'os.

Si nécessaire, on peut injecter dans votre articulation ce qu'on appelle un **produit de visualisation** : c'est une sorte de colorant qui rend l'image plus lisible en accentuant ce que l'on veut observer.



Les différents traitements

Les traitements médicaux...

Les médicaments permettent de supprimer la douleur après un déboîtement de l'épaule.

La **rééducation** est essentielle pour renforcer les muscles qui maintiennent la tête de l'humérus et les aider à fonctionner de façon bien coordonnée.

... et leurs limites

Le déboîtement de l'épaule est un problème mécanique et les médicaments ne peuvent pas le résoudre.

Si la rééducation est utile, elle ne suffit pas toujours. Tout dépend de l'importance des dégâts.

Quand faut-il opérer ?

Votre chirurgien peut vous proposer une intervention chirurgicale :

- lorsque qu'après vous avoir examiné et écouté il constate que l'instabilité de votre épaule vous gêne dans votre vie professionnelle, quotidienne ou sportive ;
- s'il estime que l'avenir de votre articulation est en jeu à cause des dégâts que fait la tête de l'humérus à chaque fois qu'elle sort.

Les traitements chirurgicaux...

Il existe de très nombreuses techniques chirurgicales, dont le principe général est, selon votre cas :

- soit de retendre la poche qui entoure l'articulation (la **capsule**) et la repositionner à l'endroit le plus adapté possible ;
- soit de renforcer (si nécessaire) le rebord en os de la **glène** (en le réparant ou en y ajoutant une pièce d'os...).

Ces deux méthodes peuvent être associées.

Le chirurgien peut aussi réaliser d'autres réparations en fonction des dégâts qu'il constate.

... et leurs limites

Même après l'opération, l'épaule peut toujours se déboîter lors d'un choc important ou d'un mouvement particulièrement violent. Le risque de luxation malgré le traitement chirurgical dépend :

- de l'état de votre articulation au moment de l'intervention (plus elle est abîmée, plus il est difficile de réparer) ;
- de la technique utilisée, sachant que les techniques qui offrent le plus de garanties (avec reconstruction de l'os) sont aussi les plus lourdes ;
- de l'utilisation que vous faites de votre épaule dans votre vie de tous les jours.

Les risques si on ne traite pas

Votre épaule risque de se déboîter (**luxations** ou **subluxations**) de plus en plus souvent.

Chaque nouvelle luxation entraîne des destructions de plus en plus importantes. A terme, cela peut entraîner un mauvais vieillissement de votre épaule et limiter l'efficacité de la chirurgie.

Votre médecin est le mieux placé pour évaluer ce que vous risquez en l'absence de traitement car cela dépend de l'état de votre articulation et de la façon dont vous l'utilisez.

L'opération qui vous est proposée

Introduction

Votre chirurgien vous propose de rendre votre épaule plus stable. Quand votre articulation s'est déboîtée, elle a forcément abîmé certains des éléments qui l'entourent. C'est pourquoi l'extrémité de l'os du bras (**tête de l'humérus**) ne tient plus correctement dans son logement. Les luxations risquent de devenir plus fréquentes, aggravant chaque fois les dégâts, d'où l'intérêt d'une opération.

Commentaires

Il est possible d'opérer sous contrôle vidéo en ne faisant que de petites ouvertures dans l'épaule (**arthroscopie**). Mais cette technique ne permet pas de faire certaines réparations. La méthode présentée ici nécessite une ouverture de l'articulation (**chirurgie ouverte**). C'est une chirurgie plus lourde. Elle offre cependant de bonnes garanties que l'épaule ne se déboîte plus.

Avant l'opération

Il faut essayer de préserver la souplesse de votre épaule et de renforcer ses muscles. Des exercices de rééducation pratiqués seul ou auprès d'un spécialiste (**kinésithérapeute**) peuvent être utiles. Evitez les mouvements à risques ! Ne placez pas votre bras en haut et en arrière.

L'anesthésie

Avant l'opération, vous prenez rendez-vous avec le **médecin anesthésiste-réanimateur** qui vous examine, propose une méthode adaptée pour vous insensibiliser et vous donne des consignes à respecter.

Au cours de l'intervention soit vous dormez complètement (**anesthésie générale**), soit on n'insensibilise que votre épaule (**anesthésie loco-régionale du membre supérieur**).

L'installation

L'intervention se pratique dans une série de pièces (le **bloc opératoire**) conformes à des normes très strictes de propreté et de sécurité.

Vous êtes installé soit allongé sur le dos, soit assis.

Il existe des variantes techniques parmi lesquelles votre chirurgien choisit en fonction de votre cas et de son savoir-faire.

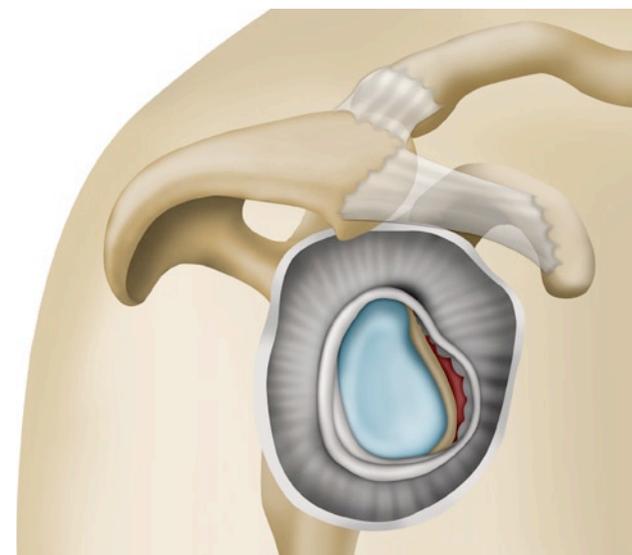
Au cours de l'opération, il doit s'adapter et éventuellement faire des gestes supplémentaires qui rallongent l'opération sans qu'elle soit pour autant plus difficile ou plus risquée.

L'ouverture

Le plus souvent, la cicatrice est verticale, en avant, sur une longueur de 10 à 20 cm, mais cela varie selon les cas. Chez les femmes, elle peut se trouver à l'emplacement de la bretelle de soutien-gorge.

Après l'ouverture de la peau, le chirurgien écarte ou détache progressivement plusieurs muscles et tendons jusqu'à obtenir une vision parfaite de la poche qui entoure l'articulation (**capsule**).

capsule
décollée



Le geste principal

Selon votre cas :

Le chirurgien détache la **capsule** qui entoure l'articulation et la tend en fonction des déformations qu'il constate jusqu'à ce que son aspect soit le plus proche possible de la normale. Une fois qu'elle est repositionnée au bon endroit, il la fixe pour qu'elle stabilise au mieux la tête de l'humérus.

Le chirurgien renforce le rebord osseux de la **glène**, par exemple en mettant en place un morceau d'os pour faire une butée. Cette pièce d'os est prise à côté de l'articulation ou ailleurs dans votre corps (le trou se referme par la suite). Dans ce cas, le médecin fait une autre ouverture, souvent au niveau du bassin.

Ces deux gestes peuvent être réalisés séparément ou ensemble.

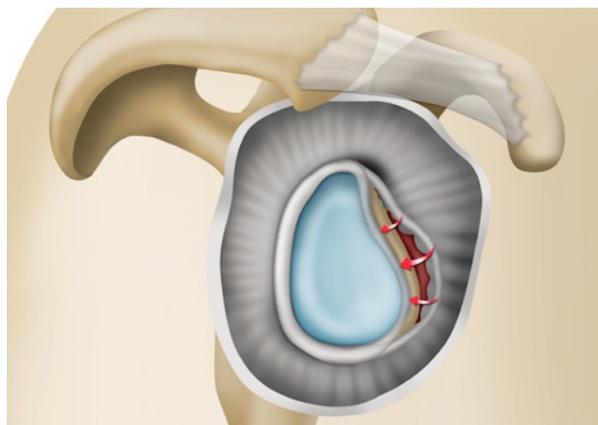
Il existe de multiples méthodes de fixation (vis, fils, ancrés...). Les matériaux utilisés sont souvent laissés définitivement dans l'articulation car ils sont noyés dans l'os.

Les gestes associés

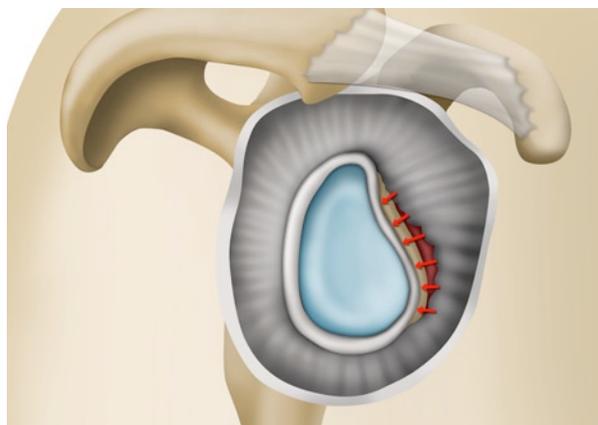
Selon les dégâts constatés une fois l'épaule ouverte, votre chirurgien peut si nécessaire :

- réparer des tendons déchirés,
- enlever des parties abîmées du bourrelet qui entoure la **glène**,
- éliminer des fragments d'os libérés dans l'articulation à la suite d'une luxation, etc.

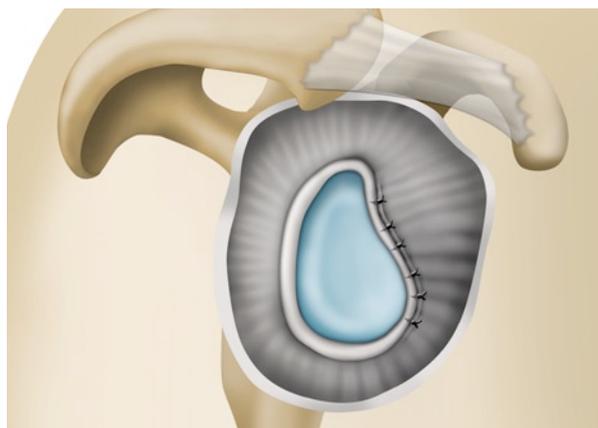
remise en place du bourrelet



plaquage de la capsule



fixation de la capsule



La fermeture

Il est normal que la zone opérée produise des liquides (sang...). Si c'est nécessaire pour qu'elle reste saine, votre chirurgien met en place un système (**drainage**), par exemple de petits tuyaux, afin que ces fluides s'évacuent après l'intervention.

Pour refermer, votre médecin utilise du fil, des agrafes, ou un autre système de fixation. Il peut s'agir de matériel qui reste en place ou au contraire se dégrade naturellement au fil du temps (**matériel résorbable**).

L'aspect final de votre cicatrice dépend surtout de l'état de votre peau, des tiraillements qu'elle subit ou encore de son exposition au soleil, qu'il faut éviter après l'intervention...

La durée de l'opération

La durée de cette opération peut varier beaucoup sans que son déroulement pose un problème particulier, car elle dépend de nombreux facteurs (la méthode utilisée, le nombre de gestes associés...).

Habituellement, elle dure entre 45 minutes et 1 heure 30. Il faut compter en plus le temps de la préparation, du réveil...

Faut-il une transfusion?

Non, c'est une intervention pendant laquelle le patient saigne très peu. Il n'est habituellement pas nécessaire de redonner du sang (**transfusion**).

Dans les jours qui suivent...

Fonction

En général, les chirurgiens souhaitent limiter les mouvements de l'épaule, le plus souvent en la plaçant dans une écharpe. Selon les cas, l'immobilisation est complète ou limitée à certains mouvements.

Autonomie

Pendant environ six semaines il faut généralement éviter de tourner la main vers l'extérieur (**mouvement de rotation externe**) afin de protéger les éléments réparés pendant qu'ils cicatrisent.

La durée moyenne de l'arrêt de travail peut aller de deux semaines, voire moins, pour un employé de bureau, à trois mois ou plus pour un travailleur manuel dont le métier comporte un risque élevé de luxation.

Il faut éviter certains sports, en particulier ceux qui nécessitent des mouvements où le bras est placé haut et en arrière pendant trois à six mois. Même après, les sports comme le basket-ball, le hand-ball, le tennis, ou les sports de contact comme le rugby ou les arts martiaux, ainsi que les travaux de force présentent un risque de luxation.

Votre chirurgien vous précise ce qui vous est interdit et comporte des risques. Il est indispensable de respecter ses consignes.

Douleur

Chaque organisme perçoit différemment la douleur. Habituellement, elle est légère et des traitements adaptés permettent de la contrôler. Si vous avez mal, n'hésitez pas à en parler à l'équipe médicale qui s'occupe de vous, il existe toujours une solution.

Retour à domicile

En général vous rentrez chez vous quelques jours après l'intervention. Cela dépend de l'établissement dans lequel vous êtes soigné mais surtout de votre état de santé.

Le suivi

Il faut suivre rigoureusement les consignes de votre médecin. Allez aux rendez-vous qu'il vous programme, et, s'il vous en propose, passez les examens de contrôle. C'est important.

Principaux soins

Le système de drainage est enlevé au bout de quelques jours. Les fils ou autres moyens utilisés pour refermer la plaie sont retirés après une dizaine de jours.

Les exercices de remise en mouvement de votre articulation (**rééducation**) débutent immédiatement ou après plusieurs semaines selon la technique utilisée pour opérer et ce que décide votre chirurgien.

Le résultat

Douleur

La douleur doit disparaître très rapidement. Certains patients continuent à avoir légèrement mal si l'articulation devient raide pendant la phase d'immobilisation. Cela ne veut pas dire que l'opération n'a pas réussi.

Fonction

En général, au bout de cinq à six semaines vous pouvez bouger votre épaule presque normalement. Cependant, le mouvement pour tourner la main vers l'extérieur (**rotation externe**) est souvent diminué, parce qu'il a été évité pendant un moment. Tout rentre dans l'ordre par la suite.

Il faut des mois pour que l'articulation redevienne vraiment normale. Elle n'est complètement stable qu'une fois que les muscles ont récupéré (ils s'affaiblissent pendant la période d'immobilisation).

Ensuite, l'épaule donne l'impression de bien tenir en place et ne risque plus de se luxer. Cependant, on ne peut pas garantir qu'elle ne se déboîte plus jamais. Tout dépend de l'importance des dégâts réparés et de ce à quoi elle est soumise (sport à risque, accident...).

La rééducation est essentielle pour la récupération. Plus les muscles de l'épaule sont puissants, moins celle-ci risque de se déboîter

Les risques

L'équipe médicale qui s'occupe de vous prend toutes les précautions possibles pour limiter les risques, mais des problèmes peuvent toujours arriver.

Nous ne listons ici que les plus fréquents ou les plus graves parmi ceux qui sont spécifiques de cette intervention.

Pour les risques communs à toutes les opérations, reportez-vous à la fiche « les risques d'une intervention chirurgicale ».

Les risques liés à l'anesthésie sont indiqués dans le fascicule « anesthésie ».

En fonction de votre état de santé, vous êtes plus ou moins exposé à l'un ou l'autre de ces risques.

Pendant l'intervention

Des muscles, des tendons, des ligaments, des nerfs ou des vaisseaux sanguins peuvent être abîmés accidentellement, avec pour conséquence :

-Des saignements importants (**hémorragie**) ou la formation d'une poche de sang (**hématome**).

-Un risque de paralysie ou de perte de sensibilité de certaines parties du bras si on ne parvient pas à réparer les nerfs.

Parfois, on ne s'en aperçoit qu'après l'intervention. Heureusement cela reste exceptionnel.

Après l'intervention

Après l'opération, ce type de blessure (sur un nerf, un vaisseau sanguin ou un autre élément voisin de l'articulation) peut également avoir lieu si du matériel de fixation se casse ou se déplace.

Les zones recousues risquent de se déchirer. C'est pourquoi il est essentiel de suivre les recommandations de votre chirurgien en ce qui concerne les mouvements de votre épaule.

L'invasion de la zone opérée par des microbes (**infection**) est extrêmement rare. Elle peut être très longue à traiter, entraîner une raideur de l'articulation, ou atteindre l'os et revenir régulièrement (**infection chronique**).

Rassurez-vous, c'est tout à fait exceptionnel. Pour éviter ce risque, il ne faut pas être malade (porteur de microbes) dans la période qui entoure l'opération.

Des petits bouts de sang solidifié (**caillots**) peuvent se former et se coincer dans les veines du bras (**phlébite**), ou des poumons (**embolie**). Quand le médecin juge que ce risque est important il vous donne un traitement pour l'éviter.

Si votre épaule est immobilisée après l'opération, elle reste parfois un peu raide quelque temps.

Dans le pire des cas, il y a une réaction de l'os et de l'ensemble du bras qui enflent, devient raide et rouge (**algodystrophie**). Rassurez-vous, ce genre de problème, parfois très long à guérir, est exceptionnel.

Quand on met en place un petit morceau d'os (**butée**) pour stabiliser la tête de l'humérus, il arrive que celui-ci ne se soude pas avec le reste de l'os (**pseudarthrose**) ou même se détruise et disparaisse complètement (**nécrose**).

Une nouvelle **luxation** peut toujours se produire dans des situations particulières (choc, mouvement violent...).

Certaines de ces complications peuvent nécessiter des gestes complémentaires ou une nouvelle opération. Rassurez-vous, votre chirurgien les connaît bien et met tout en œuvre pour les éviter.

En cas de problème...

Si vous constatez quelque chose d'anormal après l'opération (douleur, décoloration de la peau, sensations bizarres...), n'hésitez pas à en parler à votre chirurgien, même si cela vous semble peu important. Il est en mesure de vous aider au mieux puisqu'il connaît précisément votre cas.