

Les risques :

Tout acte chirurgical expose à des risques et il est impossible d'établir une liste exhaustive des complications potentielles, ni du pourcentage de risque de chacune d'entre elles, car celles-ci varient en fonction de votre opération et de vos éventuelles pathologies associées (diabète...).

En dehors des risques liés à l'anesthésie, les principaux risques sont : hématome, infection, algodystrophie.

La survenue d'une infection de la zone opératoire est une complication rare mais dont le traitement est complexe et contraignant. Une telle infection peut être favorisée par l'infection d'une autre partie du corps (dent, peau, etc.). Après l'opération, toute infection quelle qu'en soit la localisation doit être signalée à votre chirurgien et prise en charge rapidement. Il est souvent nécessaire de réopérer votre épaule pour laver l'infection. Pour vous protéger de ce risque, l'opération a lieu dans des conditions d'hygiène très strictes et un traitement antibiotique préventif vous sera administré juste avant l'intervention (= antibioprophylaxie).

L'algodystrophie est phénomène douloureux et inflammatoire encore mal compris. Elle nécessite une prise en charge spécifique de la douleur et une rééducation adaptée. Elle est imprévisible dans sa survenue comme dans son évolution (6 à 18 mois en moyenne) et ses séquelles potentielles.

Les risques spécifiques de la butée sont : l'absence de consolidation (pseudarthrose) ou la disparition de la butée (lyse) qui peut être constaté sur les radiographies de contrôle à distance de l'opération sans que cela ait de conséquences fonctionnelles sur votre épaule. La récurrence de l'instabilité est rare (autour de 3%) et peut nécessiter une reprise chirurgicale. Il existe un risque d'arthrose à long terme (10%) en particulier si la butée est positionnée trop latéralement.

Les risques spécifiques du Bankart sont la récurrence de l'instabilité (10 à 30%).

Les complications neurologiques sont très rares (le plus souvent une paralysie transitoire du biceps).

L'équipe soignante dans sa globalité est à votre écoute pour répondre à toutes vos interrogations. N'hésitez pas à nous solliciter.



CENTRE HOSPITALIER
DE VERSAILLES

INSTABILITE ANTERIEURE D'EPAULE



SERVICE DE CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET
TRAUMATOLOGIQUE

CENTRE HOSPITALIER DE VERSAILLES
177 RUE DE VERSAILLES 78150 LE CHESNAY

POUR PLUS D'INFORMATIONS:

WWW.VERSAILLES-ORTHOPEDIE.COM

PRISE DE RENDEZ-VOUS:

01 39 63 80 20 (BUREAU CENTRAL DES RENDEZ-VOUS)

01 39 63 93 25 / 01 39 63 87 64 (SECRÉTARIAT)

01 39 63 89 52 (CONSULTATION PRIVÉE)

PAR MAIL : www.ch-versailles.fr

**Service de Chirurgie Orthopédique
et Traumatologique**

Chef de Service : Dr N. PUJOL

www.versailles-orthopedie.com



Rédigée par les Dr T. Delcourt, Dr P. Desmoineaux

Quel est votre problème ?

Qu'est-ce que l'instabilité d'épaule ?

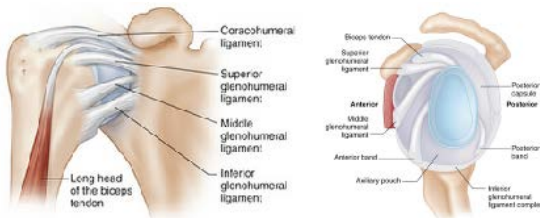
L'articulation de l'épaule est la zone de glissement entre l'humérus et l'omoplate.

La zone de l'omoplate (scapula) qui s'articule avec la tête de l'humérus s'appelle la glène.

Les mobilités de l'épaule sont assurées par le deltoïde (muscle qui donne le relief de l'épaule) qui apportent la puissance et par les muscles de la coiffe des rotateurs qui initient le mouvement et la rotation. C'est une articulation qui est très mobile dans les trois plans de l'espace.

L'épaule est stabilisée par :

- L'intégrité des surfaces osseuses de la glène et de la tête humérale
- L'appareil capsulo-ligamentaire qui maintient l'articulation congruente.
- Le labrum (sorte de ménisque)



Lors d'un traumatisme, l'épaule peut se luxer (se déboîter). C'est-à-dire que la tête de l'humérus perd le contact avec la glène. Elle part le plus souvent en avant de la glène (instabilité antérieure). En générale, il est nécessaire de réduire la luxation aux urgences. Après un premier épisode de luxation, le risque de récurrence est de l'ordre de 50%.

Plus le nombre de récurrences augmente, plus les structures stabilisantes de l'épaule s'abîment.

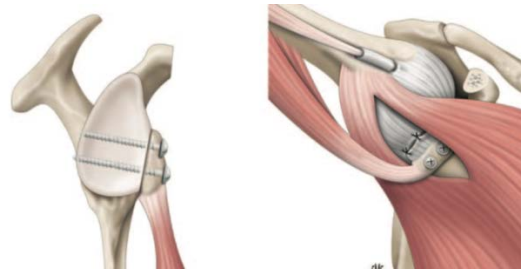
En cas de récurrence seule la chirurgie permet de stabiliser l'épaule

Deux interventions sont possibles :

- La butée d'épaule
- L'intervention de Bankart sous arthroscopie (réinsertion des ligaments sur le bord antérieur de la glène)

Le choix du type de chirurgie est dicté par le bilan des lésions, les activités sportives, l'âge, l'existence de douleur, l'hyperlaxité, la durée de l'évolution.

La Butée d'Épaule.



La butée d'épaule consiste à prélever un morceau d'os (coracoïde) et de tendon au niveau de l'omoplate et à le déplacer devant la glène, à l'endroit où la tête humérale passe quand elle se luxé.

La butée stabilise l'épaule par deux éléments :

- un butoir osseux devant la glène
- un hamac qui ferme le passage grâce au tendon inséré sur la coracoïde.

On peut également réinsérer dans le même temps les ligaments en les interposant entre la tête humérale et la butée, ce temps ayant pour but de diminuer le risque d'arthrose et de mieux stabiliser l'épaule.

Comment se déroule l'intervention ?

L'intervention se déroule sous anesthésie générale, elle dure en moyenne 1h. Juste avant l'opération l'anesthésiste pratiquera un bloc anesthésique qui permet « d'endormir » l'épaule. Cela permet de diminuer la quantité de médicaments administrés pendant l'anesthésie générale et de soulager les douleurs au réveil.

Actuellement cette opération est réalisée en chirurgie ambulatoire.

Quelles sont les suites opératoires ?

Après l'opération le bras est immobilisé coude au corps pendant deux à quatre semaines. La rééducation est à débuter dans les jours qui suivent l'opération. L'objectif est de retrouver les mobilités articulaires de l'épaule.

La récupération se fait entre 3 et 6 mois. La reprise de la conduite automobile n'est pas envisagée avant 1 mois. La reprise des activités sportives est possible entre le 3ème et le 5ème mois selon le type de sport.

Le Bankart Arthroscopique

L'objectif de l'intervention est de réinsérer l'appareil capsulo-ligamentaire qui a été arraché lors de la première luxation. Elle peut également permettre de réparer une lésion des tendons de la coiffe des rotateurs.

Cette intervention est contre-indiquée lorsque les lésions osseuses sont trop importantes ou que l'appareil capsulo-ligamentaire est trop abîmé (en cas de nombreuses récurrences).



Comment se déroule l'intervention ?

L'intervention se déroule sous anesthésie générale, elle dure en moyenne 1h. Juste avant l'opération, l'anesthésiste pratiquera un bloc anesthésique qui permet « d'endormir » l'épaule. Cela permet de diminuer la quantité de médicaments administrés pendant l'anesthésie générale et de soulager les douleurs au réveil.

L'intervention se déroule sous arthroscopie (vidéo-chirurgie). A l'aide de trois petites incisions on insère une caméra à fibre optique dans l'épaule et des instruments spécifiques. Toute l'opération se passe « à l'intérieur » de l'épaule sous contrôle de la vidéo.

Actuellement cette opération est réalisée en chirurgie ambulatoire.

Quelles sont les suites opératoires ?

Après l'opération le bras est immobilisé coude au corps pendant quatre semaines. La rééducation est débutée un mois après l'opération. L'objectif est de retrouver les mobilités articulaires de l'épaule.

La récupération se fait entre 3 et 6 mois. La reprise des activités sportives est souvent possible vers le 4ème mois.