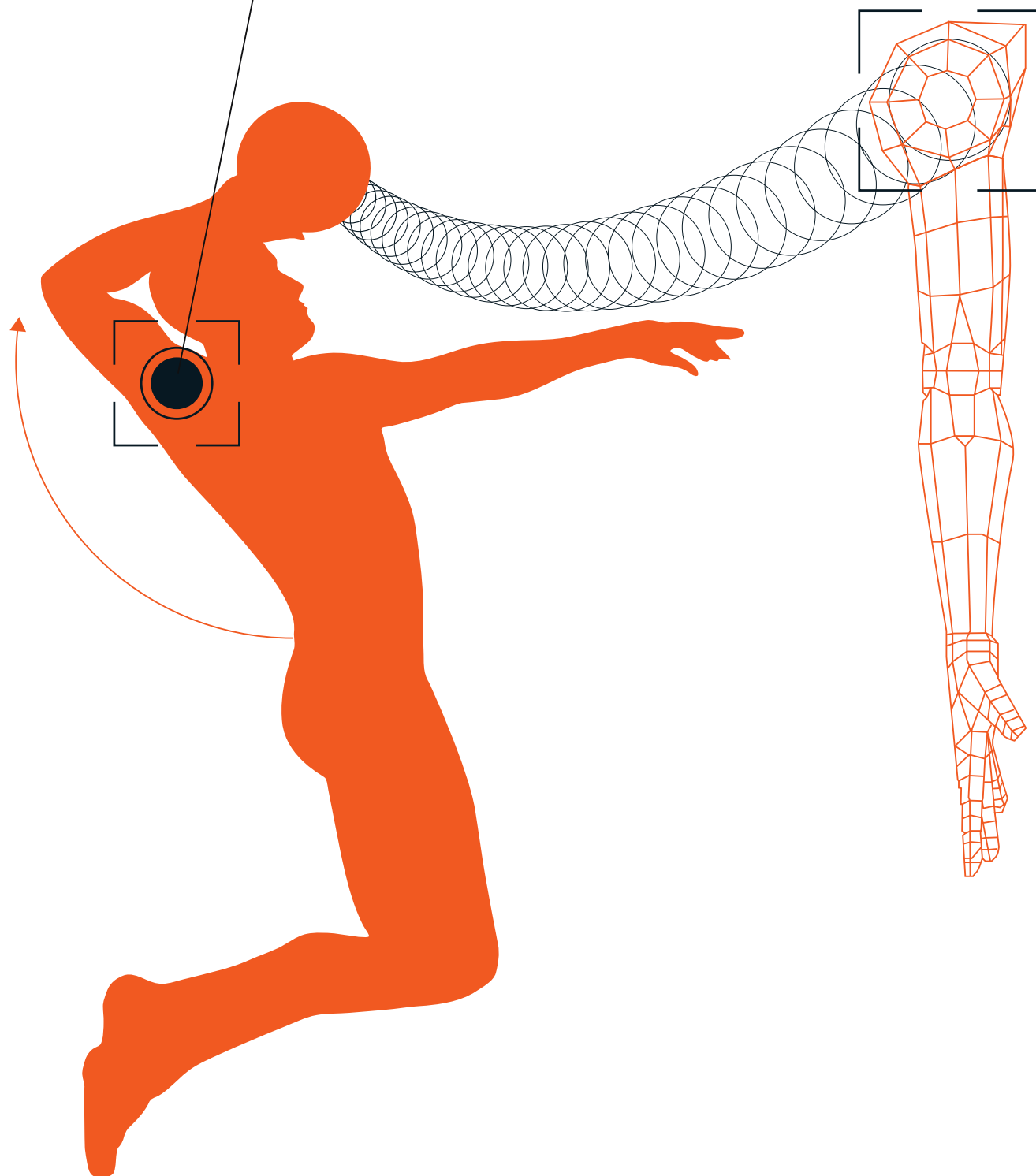




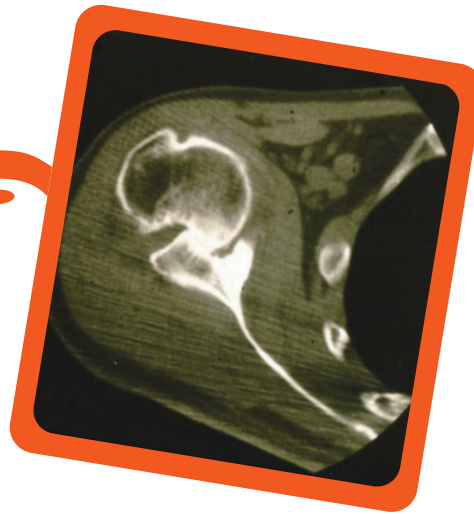
DR SAMUEL POULAIN
Chirurgien Orthopédiste

ÉPAULE DOULOUREUSE ET INSTABLE



VOTRE PATHOLOGIE

L'épaule douloureuse et instable est une pathologie du sujet jeune et sportif le plus souvent. Le symptôme le plus évocateur est l'épisode de luxation vrai qui correspond à la perte de contact complète mais provisoire des surfaces articulaires de l'épaule (glène de l'omoplate et tête humérale). Elle nécessite l'intervention d'un tiers et souvent une anesthésie générale brève pour réduire l'articulation. Mais l'instabilité est parfois moins spectaculaire ; le patient ne ressent alors qu'une sensation d'instabilité avec une insécurité et une appréhension en particulier à l'armé du bras. Pour d'autres patients, la symptomatologie se résume à une douleur ou une gêne lors de certains mouvements.



L'instabilité est le plus souvent antérieure mais elle peut aussi être postérieure. Certains patients ne feront qu'un épisode isolé d'instabilité, sans récurrence, ne nécessitant pas d'intervention chirurgicale. Pour d'autres, après un bilan clinique et d'imagerie, votre chirurgien vous proposera une stabilisation chirurgicale.



VOTRE INTERVENTION

Quelque soit son type, la stabilisation chirurgicale a pour but de vous faire reprendre toutes vos activités professionnelles et sportives au même niveau en supprimant le risque d'instabilité. Après un examen clinique complet et la réalisation du bilan nécessaire, le chirurgien évalue la stratégie thérapeutique la mieux adaptée.

Effectivement, il existe deux grands types d'intervention pour stabiliser une épaule :

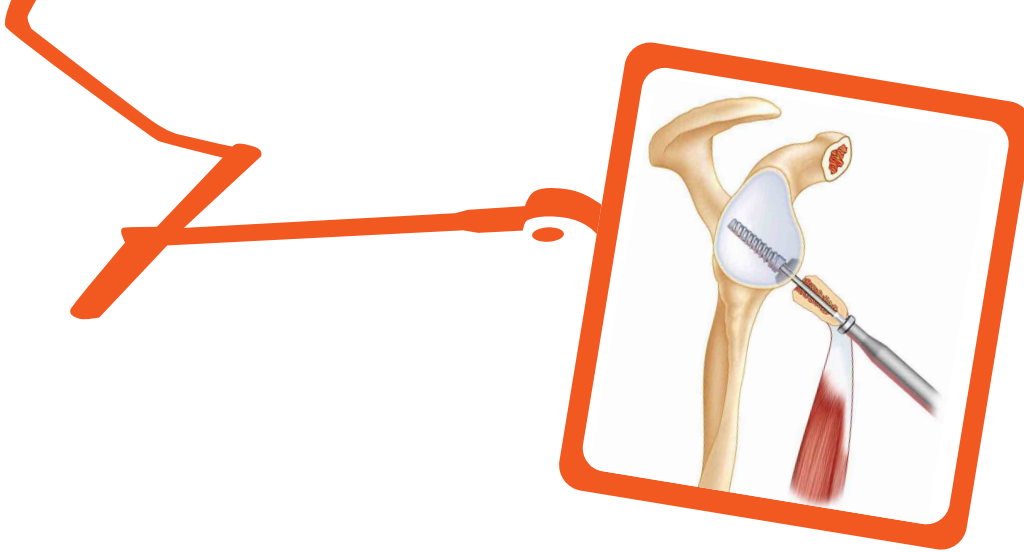
- La butée coracoïdienne ou intervention de Latarjet-Patte

Si classiquement cette intervention était réalisée à « ciel ouvert »,

de nouvelles techniques (mini-open et arthroscopiques) sont développées pour alléger les suites post-opératoires et réduire la taille de la cicatrice.

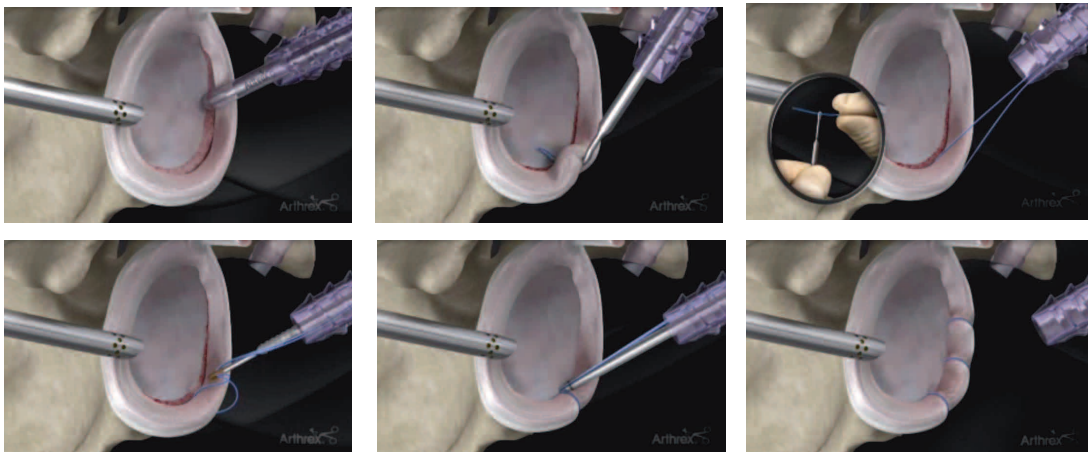
Cette intervention consiste à prélever une partie de la coracoïde que l'on va fixer à la partie antéro-inférieure de la glène grâce à une ou deux vis.

On y associe une plastie de la capsule articulaire.



- La capsuloplastie antéro-inférieure ou intervention de Bankart.

Cette intervention se réalise classiquement sous arthroscopie et permettra de retendre le plan capsulo-ligamentaire antéro-inférieur de l'épaule grâce à des implants résorbables.



La technique choisie dépend du patient (âge), du sport pratiqué (contact, armé-contré) et du niveau ; de l'existence d'une hyperlaxité antérieure ou inférieure, des lésions osseuses associées (glène et/ou tête humérale) et d'éventuels autres facteurs chirurgicaux. L'intervention se pratique sous anesthésie générale associée à une technique d'analgésie loco-régionale (bloc inter-scalénique). Des antalgiques par voie générale sont également administrés pour la prise en charge de la douleur post-opératoire.

RISQUES

En dehors des risques inhérents à toute chirurgie (infection, hématome, neuro-aldodystrophie), on retrouve dans les complications : l'échec et les raideurs postopératoires. L'échec se caractérise par une récurrence d'un épisode instable, le plus souvent dans les deux années qui suivent l'intervention. Les raideurs postopératoires nécessitent un programme de rééducation prolongé.

APRÈS L'INTERVENTION

L'hospitalisation est très courte dans les deux cas (36 heures). Vous êtes hospitalisé la veille de l'intervention et sortez de la clinique le lendemain matin. Des mouvements d'auto-rééducation vous sont expliqués par l'équipe de kinésithérapeute de l'établissement et doivent être pratiqués quotidiennement. Vous êtes immobilisé par une écharpe d'immobilisation, coude au corps, posée au bloc. Une prescription d'antalgiques de classe 1 et de soins à domicile par une infirmière accompagne la sortie. L'habillage seul et les douches sont autorisés le jour de la sortie. Un arrêt de travail d'un mois est prescrit jusqu'à la visite de contrôle. Vous pouvez enlever votre écharpe dans la journée si vous ne souffrez pas. Vous devez la conserver la nuit.



La consultation de contrôle à un mois avec votre chirurgien permet de vérifier la qualité des cicatrices, l'absence de douleur et de raideur anormale. Un programme de rééducation est prescrit au rythme de trois séances par semaine pendant 3 à 4 mois. Vous serez revu par votre chirurgien à l'issue de ce programme.

RÉSULTATS

Les stabilisations gléno-humérales ont d'excellents résultats à condition de bien sélectionner les patients pour chacune des indications (les taux de récurrences fluctuent entre 2 et 8% en fonction des lésions pré-opératoires et des techniques choisies).



DR SAMUEL POULAIN
Chirurgien Orthopédiste

www.docteurpoulain.com