

INFORMATION PRÉOPÉRATOIRE

ARTHROSCOPIE DE RÉPARATION DE LA COIFFE DES ROTATEURS

➤ PRATICIEN

Nom :

Adresse :

N° RPPS :

➤ PATIENT

Nom :

Prénom :

QU'EST-CE QUE C'EST ?

L'arthroscopie est la méthode la plus commune pour traiter chirurgicalement les lésions de la coiffe des rotateurs. Elle permet avec une caméra au bout d'une fibre optique introduite par une petite incision, de visualiser l'intérieur de l'articulation, et de traiter les lésions en cause avec des mini-instruments. Cela permet en limitant les cicatrices post opératoires de diminuer les douleurs post-opératoires et le risque d'infection, et de faciliter la rééducation en préservant les muscles et en supprimant l'ouverture de l'articulation et les adhérences qui s'en suivent.

L'épaule est l'articulation entre le bras et le thorax et met en jeu plusieurs os (humérus, omoplate, clavicule), leurs ligaments et deux couches de muscles. La couche musculaire profonde enveloppe l'articulation de l'épaule ; son insertion se fait par des tendons sur l'humérus : c'est la coiffe des rotateurs. Elle permet à l'humérus de tourner activement dans la cavité de l'omoplate (la glène). Les attaches de ces muscles (les tendons) se sont déchirés de leur insertion osseuse, le plus souvent par usure du fait d'un vieillissement naturel de votre organisme, parfois dans la suite de traumatismes aigus ou chroniques.

Ces lésions de déchirure peuvent, chez certains patients, ne pas être tolérées et entraîner des douleurs la nuit et lors de certains mouvements.

Plus le patient est âgé, plus la lésion est ancienne, et plus le traitement médical sera proposé avant de réaliser une chirurgie. Dans les lésions anciennes, ce n'est qu'après échec de ce traitement médical bien conduit que l'opération sera proposée.

Dans les lésions traumatiques, il est proposé une chirurgie plus précoce.

En accord avec votre chirurgien et selon la balance bénéfico-risque, il vous a été proposé une intervention de réparation de vos tendons de la coiffe des rotateurs. 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 des gestes complémentaires. Si la déchirure est trop importante, irréparable, seuls des gestes antalgiques seront réalisés.

AVANT LE TRAITEMENT

Un bilan complet incluant radiographies, parfois échographie, IRM et/ou arthroscanner est réalisé permettant de confirmer le diagnostic et de prévoir la chirurgie.

QUEL TRAITEMENT ?

L'opération consiste à recoudre le tendon et à le rattacher sur l'os avec du fil ou des bandelettes que l'on insère dans l'os par des ancres. D'autres gestes sont le plus souvent associés : rabotage de l'os situé au-dessus des tendons (acromioplastie) pour leur donner plus de place, traitement d'une pathologie de frottement du long biceps en le coupant (ténotomie) ou en le fixant (ténodèse), résection de l'articulation acromio-claviculaire.

L'intervention se fait sous anesthésie locorégionale et /ou générale au cours d'un séjour ambulatoire ou de courte durée (2 à 3 jours).

ET APRÈS ?

Les suites opératoires peuvent être marquées par des douleurs importantes, sans qu'il soit possible, avant l'opération, de le prévoir. Un traitement antidouleur sera adapté à votre cas. Votre membre sera immobilisé dans une attelle pour une durée prévue par votre chirurgien en fonction des lésions, le temps que les structures réparées cicatrisent et se fixent solidement. Ce délai varie entre 2 semaines et 2 mois. Pendant la période post-opératoire votre autonomie va être diminuée. Ces délais sont variables et sont donnés à titre indicatif et seront confirmés lors de la consultation avec votre chirurgien.

La rééducation sera longue. Classiquement elle débute en passif en pendulaire aidé par le kiné et par l'autre bras le temps de l'immobilisation pour conserver une articulation souple. Puis le travail actif sera débuté une fois les tendons, l'épaule libérée et souple. Les délais d'évolution sont variables selon les personnes. Vous serez revu(e) en consultation et la rééducation sera adaptée à l'évolution de votre épaule.

COMPLICATIONS

Même si l'arthroscopie a permis de meilleurs résultats obtenus plus rapidement et plus facilement, il n'en reste pas moins que la réparation des lésions de coiffe reste une intervention chirurgicale qui comporte des risques.

Les complications postopératoires immédiates sont rares.

Comme toute chirurgie, il existe un risque d'hématome qui se résorbe en règle générale tout seul. Il peut exceptionnellement nécessiter une ponction évacuatrice ou un drainage chirurgical. Il peut également survenir un trouble de cicatrisation cutanée ou des brûlures (superficielles) parfois en rapport avec le liquide de rinçage, chauffé par le fonctionnement des instruments. L'évolution est très souvent favorable avec la poursuite des pansements.

L'infection profonde est exceptionnelle. Elle peut nécessiter une nouvelle chirurgie et un traitement prolongé par antibiotiques. Il vous est fortement déconseillé de fumer 2 mois avant et 3 mois après l'opération, le tabagisme augmentant de manière significative le taux d'infection. Les consignes de préparation cutanée doivent être soigneusement respectées.

Il est possible d'observer une obstruction des vaisseaux sanguins (par des caillots de sang) dans le bras ou dans les jambes (phlébites) avec un risque de migration au poumon (embolie). Si le risque est jugé important, un traitement anticoagulant préventif sera donné.

Des nerfs ou des vaisseaux sanguins peuvent être touchés pendant l'opération ou suite à une migration des moyens de fixation. Cela peut entraîner des troubles de fonctionnement ou de sensibilité de certaines parties du bras.

Les complications secondaires

Sont représentées par les raideurs post opératoires douloureuses dénommées algodystrophies par certains, capsulites par d'autres. Il s'agit de phénomènes douloureux et inflammatoires avec rétraction de la capsule entraînant une diminution de la mobilité passive et active de l'épaule, encore mal compris. Le traitement est médical, peut durer de 6 à 18 mois entraînant une prise en charge spécifique avec rééducation adaptée, bilans complémentaires et parfois prise en charge spécifique de la douleur. Cela peut parfois entraîner une raideur partielle séquellaire. Leurs survenues, leurs évolutions et les séquelles potentielles ne sont pas prévisibles.

Les complications tardives

Il s'agit sur une épaule souple de la persistance ou de la réapparition de phénomènes douloureux. Il s'agit alors de la poursuite de l'usure des tendons, ou de la rupture de l'attache des tendons en cas de non-respect des consignes ou enfin de la non-cicatrisation de la réparation favorisée par le tabagisme. L'arrêt du tabac est impératif 6 semaines avant l'intervention et 3 mois après l'intervention.

L'apparition d'une boule sur le bras due au lâchage d'un biceps abimé (signe de Popeye) est une évolution classique connue, sans conséquence fonctionnelle, qui ne nécessite aucun traitement. L'existence de ces ruptures dues au vieillissement des tissus doivent inciter à suivre scrupuleusement les consignes de prudence du chirurgien pendant la phase de cicatrisation qui dure 6 mois et ménager ensuite définitivement son épaule réparée.

La mobilisation des ancrages est exceptionnelle tout comme une réaction à leur sujet.

Enfin, des douleurs séquellaires isolées sans lésions anatomiques peuvent persister.

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.

LES RÉSULTATS ATTENDUS

Le but de cette chirurgie est d'améliorer la fonction globale de votre épaule. L'évolution naturelle du vieillissement de vos tendons ne peut bien sûr pas être stoppée.

Cette chirurgie a 2 finalités : supprimer les douleurs de l'épaule en lui donnant un espace de fonctionnement plus large avec réparation des déchirures pour éviter leur agrandissement et restaurer une fonction la plus proche possible de la normale pour votre âge.

Des douleurs climatiques ou positionnelles peuvent perdurer avec le temps, mais la grande majorité des douleurs préopératoires disparaissent progressivement.

La réparation de vos tendons a pour but de restaurer une fonction correcte malgré une force qui restera diminuée. En fonction de l'âge et du type de lésion, on pourra obtenir une cicatrisation complète des tendons réparés ; parfois elle ne sera que partielle, voire pas de cicatrisation des tendons. Cette absence de cicatrisation est connue, et peut être bien tolérée par les patients, surtout avec l'âge avançant, et ne nécessite souvent pas de traitement supplémentaire.

EN RÉSUMÉ

L'Arthroscopie de réparation de la coiffe des rotateurs de l'épaule 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 le handicap induit par la lésion de coiffe. En l'absence de complication, cette opération permet au patient de retrouver une l'épaule physiologique pour son âge, et ce même si parfois la cicatrisation tendineuse n'est pas obtenue totalement.

QUELQUES QUESTIONS SOUVENT POSÉES AVANT L'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 :

Date de la signature :

Signature du patient :

Attention : si vous ne retournez pas à votre chirurgien ces documents, dûment paraphés et signés attestant la remise de la fiche d'information préopératoire et du consentement éclairé, votre intervention ne pourra pas être pratiquée.