

INFORMATIONS PRATICIEN

Nom :

Adresse :

N° 1^{ère} inscription à l'Ordre des médecins :

INFORMATION PRÉOPÉRATOIRE

STABILISATION PAR BUTÉE DE LATARJET

→ PATIENT

Nom

Prénom

→ NATURE DE L'INTERVENTION

QU'EST-CE QUE C'EST ?

L'opération de Latarjet est une opération qui consiste à venir visser en avant de votre épaule un bloc osseux (coracoïde) et un tendon normalement fixé dessus (le tendon conjoint) afin d'éviter que l'épaule ne se déboite en avant. Cette opération est pratiquée chez les patients présentant des épaules qui se déboitent, et dont les structures anatomiques abimées 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 avec un risque de récurrence trop élevé avec des techniques de simple suture (sports de contacts, haut niveau de pratique sportive).

Dans la grande majorité des cas, cette lésion apparaît après un choc violent, 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 déboiter).

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 ?

La chirurgie est réalisée sous anesthésie générale et/ou locorégionale. Elle est classiquement réalisée en abordant l'épaule par une incision antérieure. L'opération consiste globalement à prélever votre coracoïde, bloc osseux de 2cm de long, présent dans votre épaule, et le mettre devant l'articulation gléno-humérale de votre épaule, au ras du cartilage, à travers un muscle appelé le sous-scapulaire que l'on ouvre. Avec ce bloc osseux, est amené un tendon normalement inséré dessus (le tendon conjoint) qui va jouer le rôle de nouveau stabilisateur actif 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 déboite en avant, comblant le vide laissé par la première luxation. 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 ?

Les suites opératoires peuvent être marquées par des douleurs importantes, sans qu'il soit possible, avant l'opération, de le prévoir. Votre membre sera immobilisé dans une attelle pour une durée prévue par votre chirurgien. La rééducation va être débutée selon les habitudes et prescriptions de celui-ci. Pendant la période



postopératoire votre autonomie va être diminuée. La mobilité de votre épaule peut être bloquée, le temps que votre organisme cicatrise. Vous serez revu(e) en consultation et la rééducation sera adaptée à l'évolution de votre épaule. Ces délais sont variables et sont donnés à titre indicatif et seront confirmés lors de la consultation avec votre chirurgien.

Il ne sera pas possible de forcer sur votre épaule avant 45 jours, délai nécessaire à la bonne fixation entre les 2 surfaces osseuses. Ces délais sont variables et sont donnés à titre indicatif et seront confirmés lors de la consultation avec votre chirurgien.

COMPLICATIONS

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 6 semaines 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.

La mobilisation des vis est exceptionnelle ainsi que des réactions de « rejet » à leur sujet.

Leur ablation n'est habituellement pas nécessaire.

Les complications tardives

Le non consolidation de la butée osseuse sur l'omoplate est rare ; elle est favorisée par le tabagisme.

La récurrence de l'instabilité est rare mais classique ; elle survient surtout en cas de nouveau traumatisme et peut alors s'accompagner de lésions de la coiffe.

A terme, il peut sur une épaule souple persister ou réapparaître des phénomènes douloureux. Il s'agit alors de la poursuite de l'usure cartilagineuse due aux luxations initiales, pouvant aboutir à une arthrose précoce.

Enfin, des douleurs séquellaires isolées sans lésion anatomique peuvent persister.

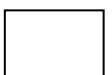
La liste n'est pas exhaustive et une complication particulièrement exceptionnelle peut survenir, liée à l'état local ou à une variabilité technique. Toutes les complications ne peuvent être précisées, ce que vous avez compris et accepté.

LES RÉSULTATS ATTENDUS

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

Le but de cette opération est aussi d'éviter la possibilité pour votre épaule de se remettre dans une posture favorisant la luxation : les amplitudes articulaires seront donc souvent diminuées, sans que votre vie professionnelle ou sportive n'en soit affectée.]

L'évolution est longue et se fait sur plusieurs mois voire un an avant de récupérer ses amplitudes de mouvement définitives. Du fait des antécédents de luxation, l'évolution naturelle de votre épaule va vers une tendance à une usure plus rapide de votre articulation (arthrose). Cette tendance 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 POSER À VOTRE CHIRURGIEN AVANT DE VOUS DÉCIDER POUR VOTRE 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 au (à la) patient(e) :

Je certifie avoir lu et compris toutes les pages de ce document.

Date :

Signature :

Pages précédentes à parapher