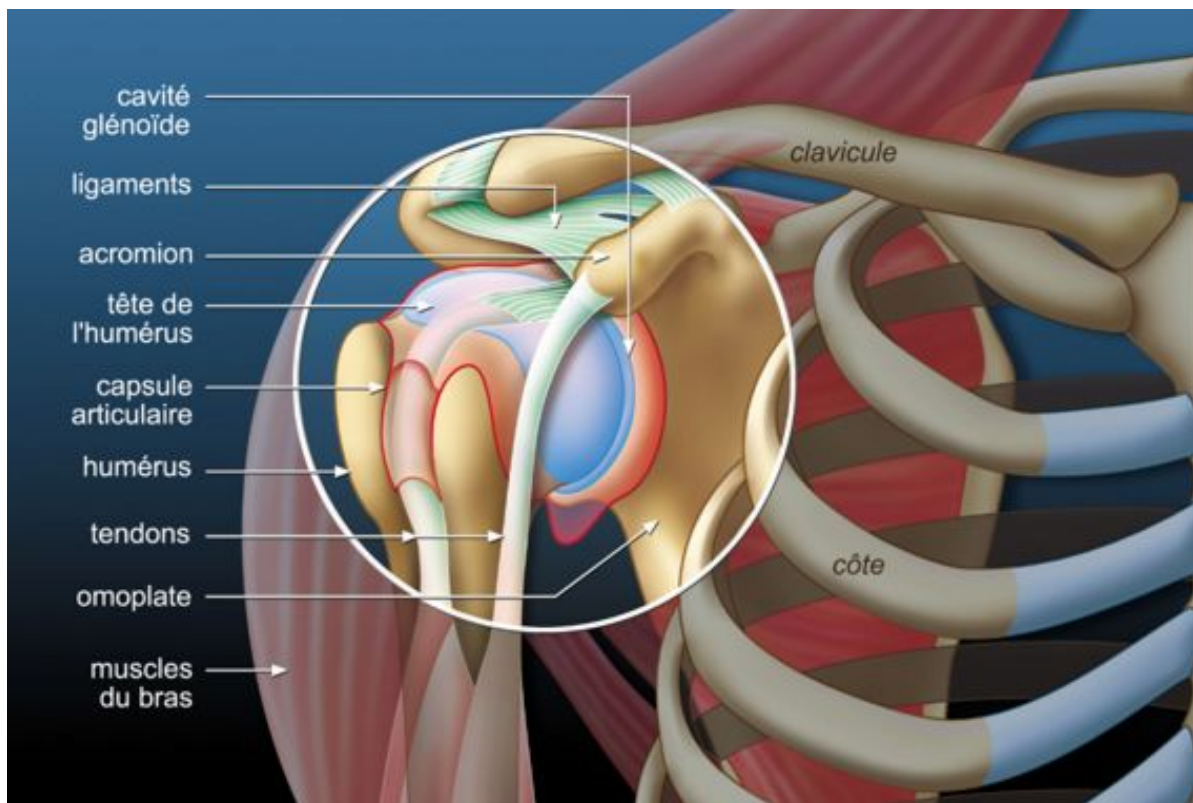


Réparation Chirurgicale des tendons de l'épaule

Il n'est pas possible de présenter tous les organes concernés par votre opération, aussi nous ne citerons que ceux qui nous semblent utiles à votre compréhension.



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 d'un os du bras appelé humérus s'emboîte dans un creux situé dans un autre os (l'omoplate). Ce creux se nomme « cavité glénoïde ». Une autre partie de l'omoplate, l'acromion, forme une voûte en os au-dessus de l'articulation. On peut la sentir en passant la main sur le dessus de l'épaule : cela forme une petite bosse.



Lorsque l'on regarde une épaule, on voit des muscles qui en forment le relief et qui permettent ses mouvements. A l'intérieur de l'épaule, il y a d'autres muscles qui entourent l'articulation et qui participent aussi à ses mouvements. Ces muscles sont appelés la coiffe des rotateurs. Ils passent entre le haut de l'humérus et le dessous de l'acromion.



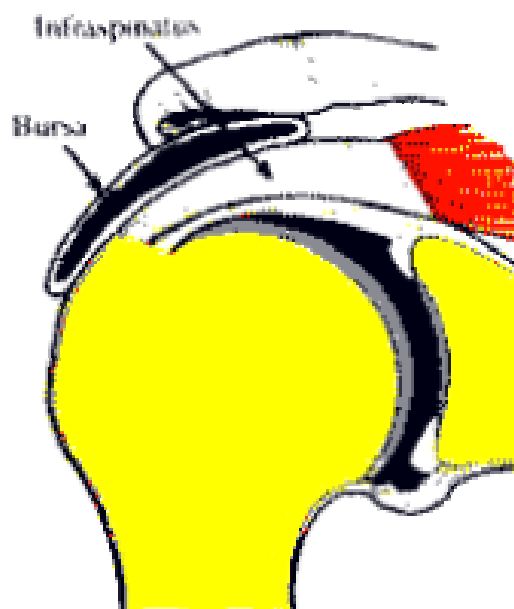
Les attaches qui relient les muscles aux os sont les tendons. Ces nombreux muscles doivent fonctionner de manière bien coordonnée pour que l'épaule tourne correctement et reste bien centrée, quelle que soit la direction dans laquelle on l'utilise. L'épaule doit tourner rond!

POURQUOI IL FAUT TRAITER ?

Les éléments du diagnostic - Quel est le problème ? (Physiopathologie)

L'articulation de votre épaule ne fonctionne pas bien : elle ne « tourne pas rond ». La tête de l'humérus a tendance à monter et à coincer les tendons qui, de ce fait, frottent contre l'os situé juste au-dessus (acromion) (cf. paragraphe « quelle partie du corps »). En langage médical, on parle de « conflit sous-acromial ». Lorsque ces tendons frottent contre l'acromion, cela entraîne des douleurs lors de certains mouvements.

Vos tendons peuvent aussi faire mal si ils sont irrités (inflammation) ou déchirés. Ils peuvent avoir été abîmés, accidentellement (chute..) ou non : les tendons vieillissent aussi !



Quelles sont les conséquences de ce problème ? (Incidence clinique)

Vous avez mal à l'épaule à cause des frottements liés au mauvais fonctionnement de votre articulation, ou d'une déchirure des tendons. La douleur est plus importante quand vous levez le bras ou la nuit quand vous êtes couché dessus.

Certaines inflammations passagères peuvent faire très mal, alors que de grosses déchirures de tendons peuvent ne pas faire trop mal.

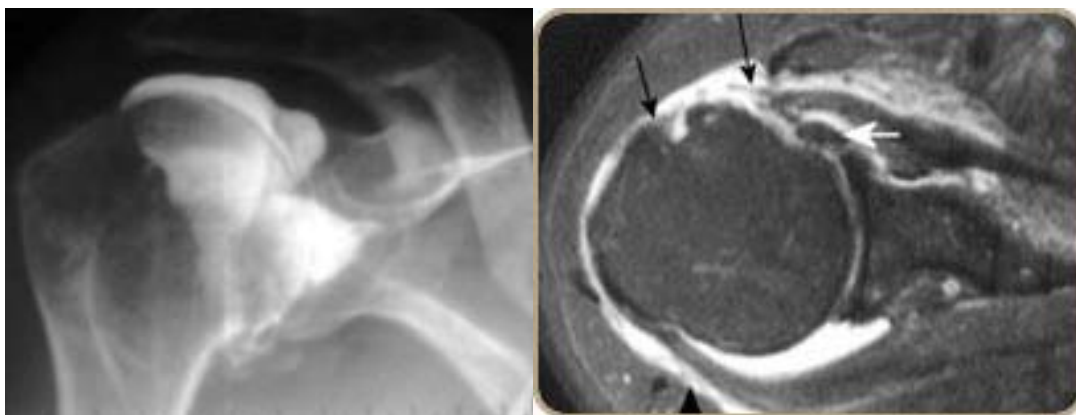
La douleur dépend aussi de l'état de vos tendons, de vos muscles et du travail effectué chaque jour par votre épaule.

Quels examens permettent d'identifier ce problème ? (Incidence radiologique)

Votre praticien vous propose de faire une radiographie de votre épaule. Cette technique utilise des rayons (les rayons X) pour visualiser les os à l'intérieur du corps. Elle permet de savoir si quelque chose dans l'épaule ne va pas : si le cartilage qui recouvre les os est abîmé (arthrose), si l'acromion présente une déformation en forme de petit crochets (également due à l'arthrose), si les tendons sont déchirés. Elle permet aussi de repérer d'éventuelles calcifications qui sont comme des petits dépôts de craie sur les tendons.



Une étude plus approfondie de l'état de vos tendons et de vos muscles peut se faire à l'aide de techniques plus sophistiquées qui permettent de voir indirectement la rupture tendineuse grâce à l'injection d'un produit radio-opaque: c'est l'arthrographie.



Celle sera systématiquement complétée par un examen permettant d'analyser les structures molles comme l'arthro-scanner ou l'Imagerie par Résonance Magnétique (IRM).

Principes de base des traitements médicaux

Les médicaments permettent de lutter contre la douleur et contre l'irritation (inflammation).

La rééducation aide à utiliser au mieux l'articulation et à préserver sa souplesse et son fonctionnement. Un spécialiste (kinésithérapeute) vous apprend à faire certains mouvements et exercices avec votre épaule.

Les limites des traitements médicaux

Les traitements médicaux ont surtout pour but de diminuer l'irritation (inflammation) et la douleur mais ils ne permettent pas de réparer l'articulation de l'épaule si elle ne fonctionne pas bien ou si un de ses éléments est abîmé.

Quand la chirurgie devient-elle nécessaire ?

Dans la mesure où les traitements médicaux ne permettent pas un résultat satisfaisant, votre praticien peut estimer utile de vous proposer une intervention chirurgicale.

La chirurgie devient nécessaire quand les médicaments et/ou la rééducation ne font pas disparaître les douleurs et les problèmes pour bouger l'épaule (handicap) et si il existe une opération adaptée à votre cas précis.

La réparation des tendons, s'ils sont déchirés, n'est pas toujours utile. Elle ne se fait qu'en fonction de leur état et de votre âge. Il est normal qu'avec le vieillissement de l'articulation certains tendons lâchent. Cela n'entraîne pas nécessairement de douleur ou de handicap.

Principes de base du traitement chirurgical

Il s'agit de réparer les tendons et si cela est possible ou utile de supprimer la douleur. Le traitement de la douleur se fait en enlevant quelques millimètres d'os sur la partie inférieure de l'acromion. Cela permet de diminuer ou de supprimer les frottements entre le rebord inférieur de cet os et les tendons.

Dans certains cas, cette opération peut se faire sans ouvrir complètement l'articulation. Le chirurgien utilise alors une sorte de caméra minuscule et de petits instruments passés au travers de petits trous d'environ 1 cm. En langage médical, on parle d'endoscopie ou de technique arthroscopique). Mais toutes les opérations ne peuvent pas se faire par endoscopie.

Les limites des traitements chirurgicaux

Chaque patient est différent. Tout ce qui est abîmé dans une articulation ne peut pas toujours être réparé, et tout ne peut pas être réparé de la même manière. Il faut tenir compte du vieillissement de votre épaule et du type d'activité que vous lui

demandez (par exemple travail de force ou au bureau ?). Un organe malade traité au mieux est rarement meilleur qu'un organe en bonne santé !

L'avenir de votre épaule dépend de votre volonté et de la façon dont vous suivez votre rééducation (si votre médecin la juge nécessaire).

LES RISQUES SI ON NE TRAITE PAS ?

Seul votre praticien peut évaluer, après vous avoir examiné, le bénéfice de l'opération et ce que vous risquez si on ne vous opère pas.

Si on ne traite pas, la douleur et les difficultés pour bouger votre épaule persistent et peuvent augmenter. Certains dégâts qu'il faudrait réparer (déchirure des tendons) risquent de devenir irréparables avec le temps.

VOTRE OPERATION: REPARATION PAR ARTHROSCOPIE D'UNE RUPTURE DE LA COIFFE DES ROTATEURS

1°) Introduction

L'intervention qui vous est proposée consiste à réparer le ou les tendons déchirés dans votre épaule. En langage médical, on parle de réparation de la coiffe des rotateurs. Ce geste est souvent associé, dans la même opération, à une acromioplastie (voir ci-dessous).

2°) Commentaires

Cette opération peut être réalisée en faisant de petits trous dans l'épaule pour y introduire un dispositif permettant de regarder à l'intérieur (fibre optique et caméra vidéo) et des instruments chirurgicaux spéciaux. Cette méthode (l'arthroscopie), n'oblige pas à détacher ou à ouvrir les muscles qui entourent l'endroit où se fait l'opération. Il est possible que l'on utilise cette technique pour

réparer les tendons de la coiffe des rotateurs. Elle ne convient que pour des déchirures de petite taille. C'est une technique bien codifiée qui est réservée à des cas bien précis que seul votre praticien sait sélectionner.



VOTRE OPERATION: REPARATION CONVENTIONNELLE OUVERTE D'UNE RUPTURE DE LA COIFFE DES ROTATEURS

1°) Introduction

L'intervention qui vous est proposée consiste à réparer le ou les tendons déchirés dans votre épaule. En langage médical, on parle de réparation ouverte d'une déchirure de la coiffe des rotateurs.

Il s'agit d'une opération très bien connue avec de très nombreuses possibilités techniques pour ouvrir l'articulation et réparer les tendons. Chaque méthode a ses avantages et ses inconvénients.

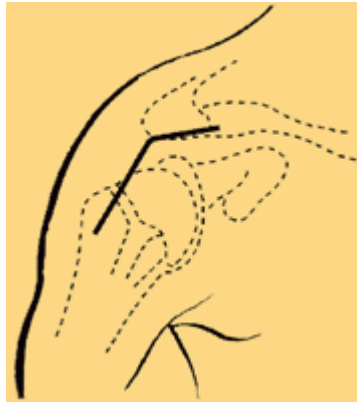
Toutes ont fait leurs preuves depuis de nombreuses années.

2°) Commentaires

La réparation des tendons de l'épaule, en ouvrant l'articulation, est l'une des interventions les plus anciennes de la chirurgie de l'épaule. Son but est d'obtenir

une articulation sans douleur et une récupération complète, mais le résultat ne dépend pas seulement de la réussite de l'intervention.

La taille de la déchirure, son ancienneté, la qualité du tendon et du muscle à réparer ainsi que votre âge sont des facteurs importants. La qualité de la rééducation conditionne également de manière essentielle le résultat final. Ce type de chirurgie nécessite donc une collaboration étroite entre votre chirurgien, votre rééducateur et vous-même.



Incision cutanée pour réparation à ciel ouvert

3°) Justification du traitement proposé

Vous avez mal et vous ne pouvez pas utiliser normalement votre épaule ce qui entraîne des difficultés dans vos mouvements et vous gêne dans votre vie quotidienne. Un ou plusieurs tendons sont abîmés. Compte tenu du type de déchirure, de votre âge et de votre activité, votre praticien juge utile de les réparer. Cette intervention permet une meilleure utilisation de l'articulation et supprime la douleur.

4°) Quel est le principe technique de l'opération qui vous est proposée

Votre praticien réalise deux gestes :

- Il répare le tendon déchiré. De nombreuses méthodes sont possibles selon le type de déchirure et la qualité des tendons. Il peut soit le recoudre (suture simple), soit le

fixer à nouveau sur l'os où il était attaché. La fixation peut se faire directement sur l'os ou au fond d'une tranchée que le chirurgien creuse dans l'os.

- Pour supprimer la douleur, il enlève quelques millimètres en dessous de l'acromion pour agrandir l'espace entre cet os et les tendons et diminuer ainsi les risques de frottements douloureux. Ce geste s'appelle une acromioplastie.

COMMENT SE PASSE L'INTERVENTION ?

Comment vous endort-on ? (Les différents types d'anesthésie)

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

Au cours de l'intervention, soit vous dormez complètement (anesthésie générale), soit seule votre épaule est insensibilisée (anesthésie loco-régionale). Les deux anesthésies peuvent aussi être réalisées ensemble. Chaque technique a ses avantages et ses inconvénients. Ceux-ci vous sont présentés par votre anesthésiste (sauf cas d'urgence ne permettant pas cette information).

Est-il nécessaire de vous donner du sang ? (Faut-il une transfusion ?)

Non, c'est une intervention pendant laquelle le patient saigne très peu. Aucune transfusion n'est habituellement nécessaire, sauf en cas d'accident.

Qui s'occupe de vous ? (L'encadrement médical et anesthésiologique)

L'intervention ne peut être réalisée que par des médecins autorisés. Vous êtes entouré par une équipe médicale composée selon des textes de loi précis. Pendant toute l'opération vous êtes étroitement surveillé.

Le praticien qui vous propose ce geste a bénéficié d'une formation adaptée à sa réalisation. Il est assisté par des infirmières instrumentistes diplômées d'état (I.B.O.D.) formées pour ce type de chirurgie.

L'anesthésiste vous surveille en permanence avant, pendant et après l'opération. Avec ses aides, il contrôle le pouls, la tension, le rythme du cœur, la respiration et tous les éléments utiles au bon déroulement de l'opération. Ceci permet de limiter au maximum les risques d'incident.

Le plus souvent, on place dans une de vos veines une petite aiguille de manière à ce qu'on puisse rapidement faire passer dans le sang des produits adaptés en cas de problème.

Pendant toute la durée de l'intervention, le chirurgien et l'anesthésiste échangent toutes les informations nécessaires pour préserver la marge de sécurité habituelle pour ce type d'opération.

L'anesthésiste est secondé par des infirmières anesthésistes diplômées d'état (I.A.D.E.). Leur rôle est de surveiller les paramètres ci-dessus (rythme du cœur...) et de pratiquer certains gestes bien définis.

Où se passe l'intervention ?

Le plus souvent, on place les patients avant et après l'opération dans la salle de réveil. Cette salle permet à l'anesthésiste de vous préparer avant et de vous surveiller après. Le déroulement de cette opération peut varier selon les locaux, le personnel, et la manière dont l'établissement de soins est organisé.

L'intervention se pratique dans un bloc chirurgical correspondant à des normes d'hygiène et de sécurité réglementées par des textes de lois précis.

Comment se passe l'intervention ?

Il existe de nombreuses variantes possibles pour chaque phase de l'opération. Chacune a fait la démonstration de ses avantages et de ses inconvénients respectifs. Lors de la préparation de l'intervention et pendant son déroulement, seul votre praticien peut effectuer les choix qu'il estime les mieux adaptés à votre cas.

L'installation au bloc opératoire

Vous êtes accueilli dans une première pièce : la salle d'accueil, où une infirmière vérifie que toutes les conditions sont réunies pour le bon déroulement de l'opération (examen du dossier, confirmation que vous êtes à jeun, que vous n'avez pas fumé de cigarette...).

Vous êtes ensuite transféré en salle d'opération. Vous êtes installé sur la table d'opération, soit assis, soit sur le côté.

Des protections sont placées sous les différentes zones du corps en appui sur la table d'opération afin d'éviter que la peau ne s'abîme aux endroits où elle est comprimée (escarres, cf. paragraphe «les risques »).

On place une petite aiguille reliée à un tuyau dans une de vos veines (perfusion) pour diffuser dans l'organisme des produits pour vous endormir et d'autres pour combler vos besoins en eau. Cette perfusion permet aussi de faire passer rapidement dans le sang des médicaments adaptés en cas de problème.

Si on vous endort complètement, on fait ensuite passer un petit tuyau dans votre gorge (intubation) pour vous aider à respirer.

Quand le médecin anesthésiste a fini son travail, on badigeonne la zone à opérer avec un produit pour tuer les microbes (antiseptique) et on place autour des draps stériles permettant de travailler de manière parfaitement propre.

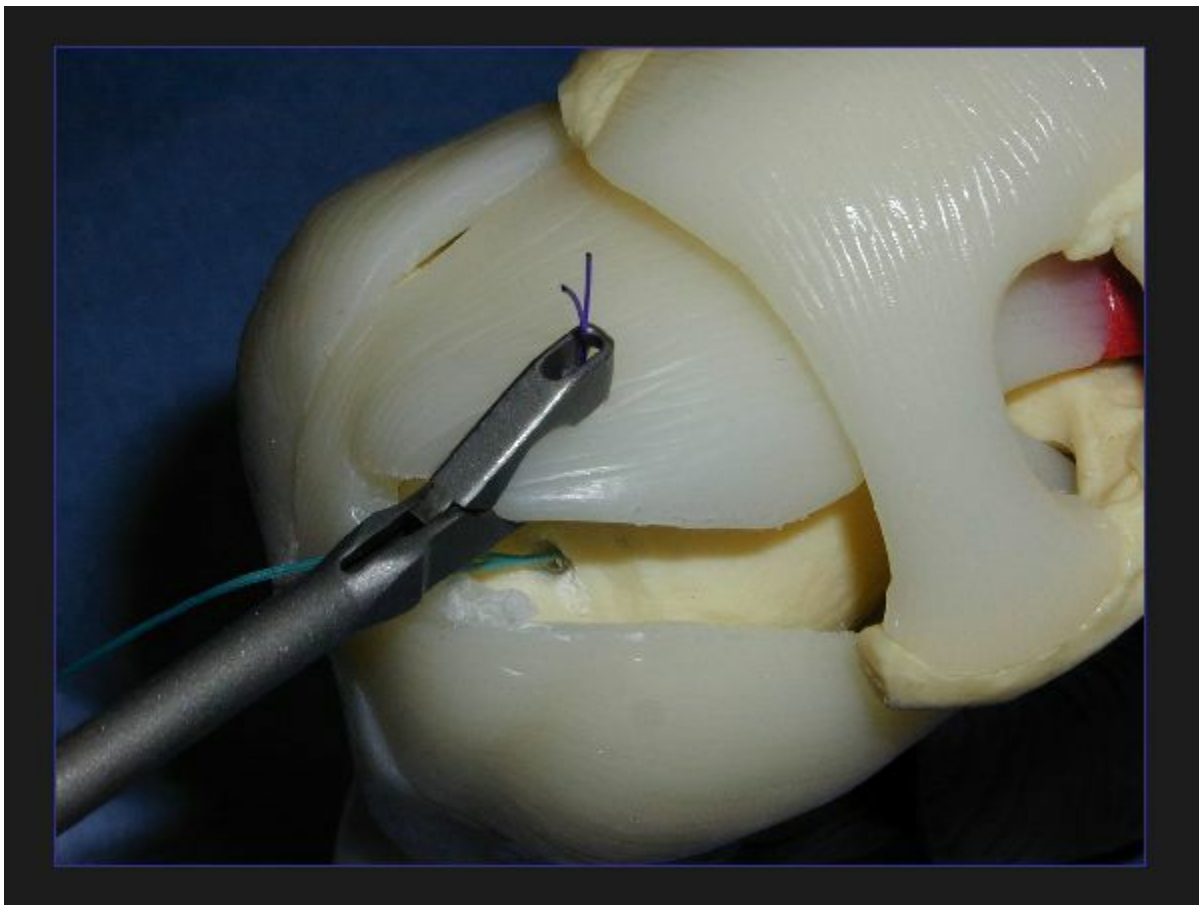
Comment accéder à la zone à opérer ? (La voie d'abord)

Pendant l'opération, votre chirurgien utilise un petit câble (fibre optique) relié à une caméra vidéo qui lui permet de regarder à l'intérieur de votre épaule. Pour le faire passer, ainsi que ses instruments, il doit faire deux à quatre ouvertures. Les cicatrices après l'opération sont toutes petites. Selon la taille de la déchirure à réparer et la méthode utilisée pour fixer les tendons, plusieurs autres petites ouvertures peuvent être utiles.

Le geste principal

Dans chaque opération, il y a un geste principal qui correspond à son but. Mais le chirurgien doit en permanence s'adapter et réaliser d'autres gestes (les gestes associés). Souvent, une intervention longue est due à une quantité importante de gestes associés sans que cela signifie que l'opération est plus difficile ou plus risquée.

La réparation du ou des tendons se fait en général en les rattachant à leur endroit d'origine grâce à un procédé prévu pour être utilisé par arthroscopie.



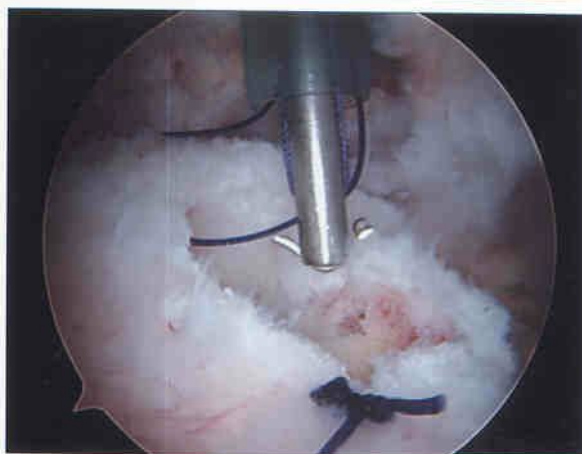
La difficulté du geste est liée à la taille de la déchirure et à la qualité du tendon. Parfois, il n'est pas possible de tout réparer et le chirurgien ne rattache que la partie réparable.

Le tendon peut être placé directement sur un os que le chirurgien fait préalablement

saigner (os avivé), ou mis au fond d'une tranchée creusée dans l'os. (Il est tout à fait normal que cette tranchée se voie sur les radiographies faites après l'opération). Dans un cas comme dans l'autre, il s'agit de placer le tendon à un endroit bien vivant afin de permettre la meilleure cicatrisation possible.

La fixation peut se faire à l'aide de fils, de vis, d'ancres...(Les ancres sont de petits dispositifs de fixation que le chirurgien plante dans l'os et dont les fils permettent de faire un nœud pour attacher le tendon). Tous les systèmes de fixation ont fait l'objet d'études approfondies.

En fait, la fixation des tendons n'est utile que les premières semaines, jusqu'à ce qu'ils cicatrisent correctement.



Les gestes associés

Parmi les nombreux gestes que votre praticien peut être amené à associer au geste principal, on peut citer :

- Le nettoyage des zones irritées dans l'articulation (tissus enflammés).
- La séparation de zones collées qui ne devraient pas l'être (adhérences).
- L'acromioplastie. Il s'agit d'enlever quelques millimètres d'os sur le dessous de l'acromion afin que les tendons qui entourent la tête de l'humérus ne frottent plus et donc ne fassent plus mal. Ce geste est très souvent associé à la réparation des

tendons- Le chirurgien peut aussi enlever quelques millimètres du cartilage qui recouvre l'os de la clavicule, si il est abîmé (arthrose).

La fermeture

La fermeture peut se faire par un pansement simple, des petites bandes collantes ou des fils. Un tuyau d'aspiration est parfois mis en place les premières heures pour évacuer les liquides (du sang par exemple) hors de la zone opérée.

Combien de temps dure l'intervention ?

La durée de l'opération est très variable. Le temps nécessaire à la réparation des tendons est lié à leur qualité, à la taille de la déchirure, à son ancienneté et au type de technique utilisé. Cela dépend aussi du nombre de gestes associés que votre praticien juge utile de réaliser pendant l'intervention.

Celle-ci peut durer près de 2 heures sans qu'il y ait un problème particulier. Il faut compter en plus le temps de la préparation, de l'anesthésie, du réveil...

QUE SE PASSE-T-IL APRES L'INTERVENTION ?

On vous transporte dans une autre salle, appelée salle de réveil. Des appareils qui contrôlent certains paramètres comme le rythme des battements du cœur permettent au personnel médical de vous surveiller. Si on vous a endormi complètement, à votre réveil, on enlève le tube placé dans votre gorge pendant l'intervention pour vous permettre de respirer. Une fois que vous êtes parfaitement réveillé, on vous transporte dans votre chambre où on continue à veiller sur votre état de santé.

Comment se passent les premiers jours ?

Douleur

Habituellement, la douleur disparaît assez rapidement après l'opération. Elle

peut être contrôlée par des médicaments et des techniques anti-douleur adaptés.

Votre praticien a l'habitude de votre intervention et sait adapter ses protocoles à votre cas précis.

N'hésitez pas à lui faire part de l'intensité de votre douleur si elle vous semble importante ou si vous la jugez anormale, il existe toujours une solution.

Fonction

Pour protéger les tendons réparés, votre bras doit être immobilisé (sauf pendant les exercices de rééducation). Il existe de nombreuses méthodes d'immobilisation et de rééducation. Seul votre praticien peut vous proposer celles qu'il juge les meilleures dans votre cas précis. Votre bras peut ainsi être placé dans une écharpe, ou équipé d'une attelle, etc.



Habituellement les exercices pour bouger votre épaule commencent rapidement. Il s'agit en général de mouvements passifs, c'est à dire que vous n'avez pas le droit d'essayer vous-même de bouger l'épaule.

Un mouvement actif est un mouvement au cours duquel vous commandez vos muscles pour qu'ils se contractent. Or, cela risque de déchirer les tendons attachés à ces muscles si ils n'ont pas encore cicatrisé. Lors d'un mouvement passif, c'est une autre personne (ou une machine) qui fait bouger votre articulation.

Le but est de préserver sa souplesse. Pendant ces mouvements, aucun de vos muscles ne doit se contracter pour ne pas tirer sur la zone réparée.



Principaux Soins

Les fils (ou autre moyen utilisé pour refermer la plaie) sont généralement retirés après une quinzaine de jours.

La rééducation peut se faire chez vous, auprès d'un spécialiste du mouvement (kinésithérapeute), à la clinique pendant la journée (et vous rentrez dormir chez vous le soir) ou encore dans un centre spécialisé, sans que l'une ou l'autre de ces options ne remette en cause la qualité du résultat final.

Seul votre praticien est en mesure de choisir le protocole qu'il juge le mieux adapté à votre cas.

Quand puis-je rentrer chez moi ?

Le retour au domicile est lié à l'opération mais il dépend aussi de

l'organisation de l'établissement de soins. La durée d'hospitalisation peut aller de 2 ou 4 jours en fonction de l'organisation de la rééducation.

Comment se passe le suivi après l'intervention ?

Les méthodes et l'organisation de la rééducation sont définies avec vous par votre praticien avant votre départ de l'établissement.

Il faut suivre rigoureusement les recommandations de votre médecin, en particulier les consignes de prudence, de rééducation et de soins.

Votre praticien vous indique la manière dont s'organise le suivi après l'opération (délais de rendez-vous, examens complémentaires éventuels...). Tout dépend de ses habitudes, de la technique utilisée et de l'état de votre épaule avant l'opération. Il est impératif de vous présenter aux visites de contrôle qu'il vous programme.

Chaque praticien a ses habitudes et sait les adapter à votre cas. Habituellement les patients sont revus par le médecin jusqu'à ce que le résultat de l'opération soit acquis.

Les matériaux mis en place pendant l'intervention sont de petite taille et on les laisse habituellement dans l'épaule pendant toute votre vie.

QUELS SONT LES RESULTATS ATTENDUS ?

Douleur ?

Le but de l'intervention est que votre épaule ne vous fasse plus mal du tout quelle que soit votre activité. Cela n'est pas toujours possible. Tout dépend de votre âge, de l'état de vos tendons, du type de déchirure, et du travail que vous demandez à votre épaule.

Il n'y a aucune règle. Certaines douleurs disparaissent rapidement, d'autres peuvent durer plusieurs mois sans qu'il soit possible d'expliquer pourquoi.

Habituellement l'essentiel des douleurs disparaît au cours des premières semaines.

Fonction ?

L'objectif est que vous puissiez utiliser normalement épaule, sans handicap. Cette notion est très variable car tout dépend de l'état de votre articulation avant l'opération, de votre âge et de votre activité. Un travailleur de force sollicite beaucoup plus son épaule qu'un patient sédentaire.

Il faut habituellement 2 à 3 mois pour pouvoir bouger à peu près normalement l'épaule et environ six mois pour que les muscles aient suffisamment récupéré.

Autonomie ?

Elle dépend de votre âge et de la rapidité de récupération de votre épaule.

QUELS SONT LES RISQUES ?

Les risques liés à tout type de chirurgie

Tous les éléments avant, pendant et après l'intervention sont parfaitement réglementés, que ce soit l'installation sur la table d'opération ou la technique utilisée pour opérer. Tout cela est défini à l'avance et chaque point a fait l'objet d'études approfondies parfaitement connues de votre praticien.

Malgré la meilleure attention possible, des problèmes surviennent parfois. Il n'est pas possible de faire une liste de toutes les complications possibles, tellement les cas de figure envisageables sont nombreux. On peut néanmoins citer les risques généraux des interventions de chirurgie :

Pendant l'intervention

Il est possible que des muscles et des tendons subissent un dommage imprévu. Dans ce cas, le praticien peut être amené à réaliser un geste chirurgical supplémentaire.

Après l'intervention

Il est possible que la zone qui a été opérée saigne et qu'il se forme une poche de sang (un hématome) qui nécessite un traitement complémentaire.

Il est rare que la zone opérée soit envahie par les microbes (infection). Si cela arrive, on s'en rend compte dans les jours ou les semaines qui suivent l'intervention. Son traitement médical peut être très long et parfois un nouveau geste chirurgical est nécessaire. On donne alors un traitement pour tuer les microbes (traitement antibiotique) et en même temps on fait des analyses pour voir de quel microbe il s'agit. Quand on a le résultat des analyses, on adapte le traitement pour qu'il soit encore plus efficace.

La peau peut mal se refermer au niveau de la zone opérée (mauvaise cicatrisation), par exemple prendre un aspect épais, ou se recoller au mauvais endroit (adhérences). Chaque patient a une peau qui réagit différemment. Si il y a une infection après l'opération, la cicatrisation est de moins bonne qualité.

Les risques principaux plus particulièrement liés à cette intervention

Si votre épaule est immobilisée après l'opération, elle peut rester un peu raide quelques temps. Le risque que l'épaule devienne raide est présent pour toutes les opérations de cette partie du corps. Les mouvements sont alors limités et manquent de force. Dans le pire des cas, la raideur entraîne des réactions de l'os et de l'ensemble des tissus du bras (algodystrophie). Rassurez-vous, ce genre de problème, parfois très long à guérir, est exceptionnel.

De la même manière, les points de fixation (sutures) des tendons, des muscles, de la peau ou de tout autre élément sur lequel le chirurgien a travaillé, peuvent lâcher. C'est pourquoi il est important de suivre les recommandations de votre chirurgien en ce qui concerne les mouvements que vous pouvez réaliser avec

votre épaule après l'opération. Ils doivent être adaptés à la solidité des éventuelles sutures.

Dans certaines parties de l'articulation, il se forme parfois des dépôts semblables à de la craie (calcifications) qui limitent les mouvements après l'opération.

Le risque d'une nouvelle déchirure d'une partie ou de la totalité des tendons ne peut jamais être totalement écarté, quelle que soit la technique de réparation utilisée. Le risque est plus important en cas de faux mouvements, d'accident, ou si vous réalisez des travaux de force. Le vieillissement naturel des tendons augmente également leur fragilité avec les années. Si une partie ou la totalité des tendons réparés lâchent, cela ne signifie pas nécessairement que l'intervention a échoué dans la mesure où la douleur ne réapparaît pas et où les tendons restants suffisent à un vieillissement normal (sans handicap) de l'épaule. Celle-ci est alors un peu moins forte que si la réparation avait tenu.

Rassurez-vous, votre praticien connaît bien ces risques et met tout en œuvre pour les éviter.

Que faire en cas de problème ?

Si vous constatez la moindre anomalie, n'hésitez pas à en parler à votre chirurgien. Il est le seul à connaître exactement le geste qu'il a réalisé chez vous et est donc en mesure de vous aider au mieux.

Il est indispensable de prévenir rapidement votre praticien si vous avez mal, des sensations anormales ou si votre peau se décolore, même si cela vous semble peu important.

MON ETAT DE SANTE PEUT-IL INFLUER SUR LES RISQUES ?

Même si l'arthroscopie de l'épaule est considérée comme une opération à faible risque, toute atteinte du cœur, des poumons, de la circulation du sang, du système nerveux, peut augmenter les risques liés à une intervention chirurgicale. Le bilan systématique par l'anesthésiste avant l'opération permet de faire une évaluation précise des risques.

Les troubles de la fluidité du sang (coagulation) peuvent poser des problèmes pour toute intervention chirurgicale. Quand le sang ne coagule pas, il ne forme pas de croûte et le saignement de s'arrête pas.

Il ne faut pas être malade (porteur de microbes) avant, pendant et après l'opération sans quoi ces microbes risqueraient d'envahir la zone opérée, provoquant une infection. Certaines maladies rendent les patients plus sensibles aux infections. C'est le cas du diabète par exemple, qui est un problème d'équilibre de la quantité de sucre dans le sang.

L'opération est plus délicate chez les personnes trop grosses car il est plus difficile d'accéder à leurs articulations.

MON ETAT DE SANTE PEUT-IL INFLUER SUR LE RESULTAT ?

Il est important de comprendre que la qualité du résultat est toujours liée à la santé générale du patient.

L'état de vos muscles et votre bonne participation à la remise en mouvement de votre articulation (rééducation) sont essentiels pour la récupération.

QUE PUIS-JE FAIRE ?

Avant l'opération

Il faut essayer, dans la limite des douleurs tolérables, de préserver la souplesse et les muscles de votre épaule. Dans certains cas, des exercices de

rééducation pratiqués avant l'opération (par vous même ou avec un rééducateur) peuvent faciliter la récupération après.

Juste avant l'opération, vous devez absolument être à jeun et ne pas avoir fumé de cigarette. En général, le dernier repas doit avoir été pris au moins 6 heures avant l'intervention. Posez la question à votre médecin. Il est très important de respecter cette précaution car si on doit vous endormir complètement et que vous n'êtes pas à jeun, ou que vous venez de fumer, du liquide acide qui se trouve dans l'estomac peut passer dans les voies respiratoires et les abîmer gravement.

Il ne faut pas prendre d'aspirine dans les 15 jours qui précèdent l'opération. L'aspirine fluidifie le sang pendant longtemps et l'empêche de se solidifier, ce qui peut poser des problèmes si vous saignez pendant l'intervention ou pour la cicatrisation.

Je vous invite à lire la rubrique "Consignes pour le patient avant une intervention chirurgicale".

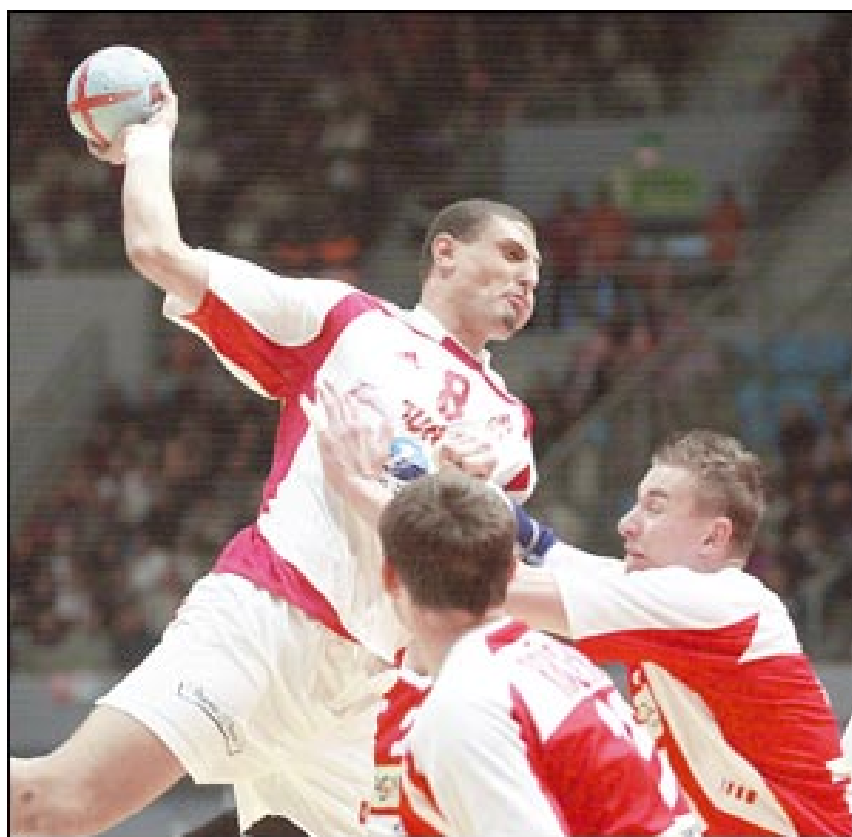
Après l'opération

Votre praticien vous indique les consignes à respecter et les précautions à prendre. Il faut les suivre et vous impliquer au maximum dans la rééducation qu'il vous recommande. Les résultats d'une opération sont liés à la participation active du patient.

Il ne faut pas prendre d'aspirine dans les 15 jours qui suivent l'intervention. Il est important de continuer à faire confiance à votre praticien même si l'évolution après l'opération vous déçoit un peu. Méfiez-vous des conseils de l'une ou l'autre des personnes de votre entourage.

Seul votre praticien peut évaluer le résultat de manière objective car il connaît précisément l'état de votre articulation et les gestes qu'il a réalisés. Si les choses ne vont pas comme vous l'auriez souhaité, ou comme vous aviez compris

qu'elles devaient aller, c'est à lui en premier lieu que vous devez en parler. Votre praticien connaît les limites de cette opération et il est le plus souvent le mieux placé pour adapter avec vous votre prise en charge afin d'arriver au meilleur résultat possible dans votre cas particulier. Il peut confronter lui-même son opinion avec celle d'un autre médecin si il le juge nécessaire.



Dr Mourad KASSAB, Centre Médical Avicenne, 2 av Tahar Sfar, 2092 El Manar 2, Tunis.