

# **BANKART SOUS ARTHROSCOPIE**

**A/ UN GESTE VOUS EST PROPOSE :**

## **1°) Introduction**

Il s'agit de retendre la poche qui entoure l'articulation (capsule, cf. paragraphe « quelle partie du corps »).

Cette intervention est souvent appelée "Bankart", du nom du premier chirurgien qui a démontré l'utilité de ce geste en cas d'épaule qui se déboîte.

## **2°) Commentaires**

Il s'agit de l'une des techniques les plus anciennes et les plus efficaces pour traiter les épaules instables. Il y a deux façons de réaliser cette opération :

- La méthode la plus utilisée nécessite une ouverture de l'articulation (chirurgie ouverte traditionnelle).
- Depuis quelques années certains centres spécialisés peuvent la réaliser sous contrôle vidéo. Le chirurgien fait de tous petits trous dans l'épaule pour y passer des instruments chirurgicaux et un dispositif pour regarder à l'intérieur (technique endoscopique, ou arthroscopie).

C'est la méthode présentée dans cette fiche. Elle présente peut-être un peu moins de garanties en ce qui concerne de futures luxations, mais elle permet de proposer un geste plus léger et plus adapté à certains patients.

## **3°) Justification du traitement proposé**

Si votre épaule s'est déboîtée entièrement (luxation) ou non (subluxation), elle a

forcément détendu ou déchiré la poche qui entoure l'articulation.

L'épaule ne tient donc plus correctement dans son logement. Elle est instable et la fréquence des luxations risque d'augmenter, aggravant chaque fois les dégâts.

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

Sous contrôle vidéo, le chirurgien libère la poche qui entoure l'articulation (capsule), la retend, la positionne au bon endroit et la fixe (par un procédé de son choix).

### **B/ COMMENT SE PASSE L'INTERVENTION ?**

#### **1/ 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.

#### **2/ 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.

#### **3/ 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 dont la composition, l'organisation et la formation respecte 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.

#### **4/ 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.

## **5/ 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.

## **6/ 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 soit sur le côté, soit assis sur la table d'opération.

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.

## **7/ 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.

## **8/ 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.

Votre praticien détache la capsule articulaire et la retend en fonction des déformations qu'il constate jusqu'à ce que son aspect soit le plus proche possible de la normale. Une fois qu'elle est repositionnée au bon endroit, il la fixe, pour qu'elle stabilise le mieux possible la tête de l'humérus.

Il existe de multiples méthodes de fixation (vis, fils, ancrés...). Chacune a ses avantages et ses inconvénients. Seul votre chirurgien peut choisir celle qui convient le mieux dans votre cas. Les matériaux utilisés pour fixer sont le plus souvent laissés définitivement dans l'articulation car ils sont noyés dans l'os.

## **9/ Les gestes associés**

Votre praticien peut associer de nombreux gestes au geste principal : réparer des tendons déchirés, enlever des parties abîmées du bourrelet qui entoure la cavité articulaire, éliminer des fragments d'os ou de cartilage libérés dans l'articulation à la suite d'une luxation, etc.

## **10/ 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

## **12/ Combien de temps dure l'intervention ?**

C'est très variable, tout dépend de l'importance des dégâts et de la qualité des tissus. Si votre chirurgien le juge utile, il peut réparer d'autres éléments de l'articulation, ce qui rallonge l'intervention. La durée de l'opération peut varier beaucoup sans que son déroulement ait posé un problème particulier. Habituellement, ce type d'intervention dure entre 30 et 90 minutes.

## **C/ 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.

## **1/ Comment se passent les premiers jours ?**

### **Douleur**

Habituellement, la douleur est plutôt faible et facile à contrôler grâce à des médicaments 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**

En général, les chirurgiens souhaitent limiter les mouvements de l'épaule, le plus souvent en la plaçant dans une écharpe. Selon les cas, l'immobilisation est complète ou limitée à certains types de mouvement.

Seul votre praticien peut choisir la façon d'immobiliser votre articulation et vous proposer une rééducation adaptée à votre cas. Tout dépend de la technique utilisée et des dégâts constatés pendant l'opération.

### **Autonomie**

Les premières semaines il faut généralement limiter ou éviter le mouvement qui consiste à tourner la main vers l'extérieur (rotation externe) afin de protéger les éléments réparés et de permettre leur cicatrisation.

La durée moyenne de l'arrêt de travail peut aller de deux semaines, voire moins, pour un employé de bureau, à trois mois, ou plus, pour un travailleur manuel dont le métier comporte un risque élevé de luxation.

### **Principaux soins**

Les fils ou les bandes collantes qui referment les petites cicatrices sont enlevés au bout d'une dizaine de jours.

La rééducation peut être débutée immédiatement ou après plusieurs semaines, selon la technique utilisée pour opérer et les habitudes du chirurgien.

### **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. Vous pouvez rentrer chez vous le jour même, le lendemain, ou après quelques jours si votre praticien juge utile de vous hospitaliser.

### **Comment se passe le suivi après l'intervention ?**

L'organisation de la rééducation est définie avec vous par votre chirurgien avant votre départ de l'établissement.

Il faut suivre scrupuleusement les consignes données par votre praticien, en particulier les consignes de prudence, de rééducation et de soins. Votre praticien vous indique les modalités de votre suivi (délai de rendez-vous, examens complémentaires éventuels...). 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.

### **Faut-il enlever les matériaux mis en place pendant l'opération ?**

Pour ce type d'intervention, les matériaux utilisés sont de très petite taille, ou ils disparaissent tout seuls car ils sont digérés par l'organisme (on dit qu'ils sont résorbables). Généralement, ils sont laissés en place.

### **D/ QUELS SONT LES RESULTATS ATTENDUS ?**

#### **Douleur ?**

La douleur de l'opération doit disparaître très rapidement. Certains patients continuent à avoir légèrement mal si l'articulation devient raide pendant la phase d'immobilisation. Cela ne remet pas en cause la réussite de l'intervention.

### **Fonction ?**

En général, au bout de 5 à 6 semaines vous pouvez bouger votre épaule presque normalement. Cependant, le mouvement qui consiste à tourner la main vers l'extérieur (rotation externe) est souvent diminué. Il ne faut pas vous en inquiéter, c'est lié à la limitation ou à l'interdiction de ce mouvement après l'opération pour ne pas déchirer les éléments réparés. Généralement tout redevient normal ensuite. Il faut des mois pour que l'épaule redevienne vraiment normale, même si vous avez l'impression que tout va bien. L'articulation n'est complètement stable qu'une fois que les muscles ont récupéré (ils s'affaiblissent pendant la période d'immobilisation).

Après l'opération, l'épaule donne habituellement l'impression de bien tenir en place et ne risque plus de se luxer. Cependant, on ne peut pas garantir qu'elle ne se déboîte plus jamais. Tout dépend de l'importance des dégâts réparés et de ce à quoi elle est soumise (sport à risque, accident...).

Le plus souvent, les patients sont satisfaits car leur épaule ne leur fait plus mal et ne se déboîte plus.

### **Autonomie**

La reprise d'une activité professionnelle peut s'effectuer quelques jours après l'opération pour un travail de bureau. Plusieurs mois peuvent être nécessaires si vous exercez un métier physique à risque.

Si vous avez un doute sur les risques liés à l'une ou l'autre de vos activités, n'hésitez pas à demander conseil à votre praticien.

## **E/ 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.

Un ou des vaisseaux sanguins peuvent être coupés accidentellement. Il faut alors réaliser un geste chirurgical non prévu, ou redonner du sang (transfusion sanguine).

Des nerfs peuvent être atteints au cours de l'opération. Si malgré un traitement adapté, ils sont définitivement abîmés il est possible que cela entraîne une paralysie de certains endroits du corps ou des difficultés de fonctionnement de cet endroit (handicap fonctionnel).

En fonction de la manière dont le patient est installé, la peau, les nerfs et les vaisseaux sanguins peuvent se détériorer aux endroits du corps qui sont comprimés sur la table d'opération.

Ces lésions (escarres) disparaissent habituellement mais peuvent parfois persister. Ce risque est d'autant moins important que l'opération est courte.

Certaines zones de peau peuvent être momentanément endommagées par l'utilisation de produits de nettoyage, des collages de draps de protection stériles ou d'autres éléments collés. Les endroits où le chirurgien a utilisé un bistouri électrique pour couper et stopper les saignements (coaguler) peuvent également être abîmés.

Si on est amenés à donner du sang (transfusion) au patient, une contamination par des maladies qui peuvent se transmettre par le sang comme l'hépatite (qui touche le foie) ou le SIDA (qui touche le système de défense de l'organisme) est toujours à craindre. Mais les produits de transfusion subissent de nombreux tests destinés à éviter ce risque.

### *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. L'infection entraîne parfois une raideur de l'articulation. Elle peut atteindre l'os et devenir chronique. Rassurez-vous, c'est tout à fait exceptionnel.

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.

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.

Une nouvelle luxation, avec déchirure des éléments réparés, peut toujours se produire. Le risque est d'autant plus important que le patient pratique des sports nécessitant certains mouvements (armer du bras) comme le basket, le hand-ball, le tennis... ou des sports de contact comme le rugby, les arts martiaux...

Les travaux de force et tous les types d'accidents risquent également de déboîter l'épaule.

Tous les risques ci-dessus peuvent nécessiter des gestes chirurgicaux complémentaires voire une nouvelle opération.

**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. Il peut s'agir de problèmes de vaisseaux sanguins ou de nerfs que lui seul peut évaluer correctement.

### **F/ 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 ne 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.

## **G/ MON ETAT DE SANTE PEUT-IL INFLUER SUR LE RESULTAT ?**

La qualité du résultat d'une opération est toujours liée à l'état de santé général 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. Plus les muscles de l'épaule sont puissants, moins elle risque de se déboîter, que ce soit avant ou après l'intervention.

La réalisation d'exercices de musculation avant l'opération améliore la rapidité de la récupération après l'opération et diminue les risques de nouvelle luxation ou subluxation.

## **H/ QUE PUIS-JE FAIRE ?**

### **Avant l'opération**

Il faut essayer de préserver la souplesse de votre articulation 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.

Evitez les mouvements à risques ! Ne placez pas votre bras en haut et en arrière.

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.

Habituellement, on vous demande de prendre une première douche avec un shampoing à la maison avant de venir à l'hôpital, et on vous en fait prendre une seconde juste avant l'opération.

### **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.

Votre chirurgien vous précise ce qui vous est interdit et comporte des risques. Il est indispensable de respecter ces interdictions afin de limiter le risque de déboîtement de l'épaule pendant la phase où la zone opérée se referme (cicatrisation) et où les muscles récupèrent.

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 avec vous 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 votre accord) votre prise en charge afin d'arriver au meilleur résultat possible dans votre cas particulier. Il peut demander lui-même l'avis d'un autre médecin si il le juge nécessaire.

### **COMMENTAIRES :**

Pour cette opération qui consiste à retendre la poche qui entoure l'articulation (capsule), l'arthroscopie ne donne pas autant de garanties que les techniques traditionnelles où l'on ouvre l'articulation.

Le risque que l'épaule se luxe à nouveau est un peu plus important. Il s'agit néanmoins d'une méthode particulièrement peu agressive. Elle peut être un bon choix dans des centres expérimentés en chirurgie arthroscopique et pour des patients dont l'utilisation de l'épaule ne présente pas beaucoup de risques de nouvelles luxations.