

INFORMATION PRÉOPÉRATOIRE

ARTHROSCOPIE POUR SLAP LÉSION

➤ 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 l'épaule. 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 supprimant l'ouverture de l'articulation et les adhérences qui s'en suivent.

Le tendon de la longue portion du biceps s'insère sur l'omoplate par une large zone commune avec le bourrelet, sorte de ménisque de l'épaule. Cette zone de fixation est très fragile, et les traumatismes répétés, surtout chez les jeunes patients sportifs, peuvent induire une déchirure de cette zone de fixation : on parle de SLAP lésion (lésion supérieure antéro-postérieure du bourrelet). Cette lésion du biceps se traduit par des douleurs à l'effort, et gêne le fonctionnement normal du bras.

Deux types de chirurgies sont proposés : soit le sacrifice de cette zone de fixation du tendon (par section du tendon et on parle de ténotomie ou par fixation plus bas et on parle de ténodèse du biceps), soit la réparation de la zone malade du tendon et sa fixation sur l'omoplate par suture sur ancre.

En accord avec votre chirurgien et selon la balance bénéfice-risque, il vous a été proposé une intervention sur votre biceps. Le chirurgien vous a expliqué toutes les 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 radiographique et un arthroscanner ou une IRM sont réalisés permettant de confirmer le diagnostic et de prévoir la chirurgie. Cependant il est parfois très difficile de mettre en évidence cette pathologie et seule la vision directe de votre biceps pourra confirmer le diagnostic.

QUEL TRAITEMENT ?

La chirurgie est réalisée sous anesthésie générale et/ou locorégionale en ambulatoire ou lors d'une courte hospitalisation (2à3 j).

L'opération consiste globalement à venir fixer sur l'os, si cela est possible, la zone déchirée de fixation du biceps. On utilise fréquemment des ancrs sur lesquelles sont attachés des fils. Les ancrs sont enfoncées dans l'os, les fils permettant de nouer la partie malade au contact de l'os pour qu'elle cicatrise. Si la zone déchirée n'est pas réparable, elle est retirée, et il est possible de devoir réaliser une ténotomie ou une ténodèse du biceps. Le geste sur le biceps peut être associé à d'autres gestes de stabilisation capsulaire (type Bankart) ou de débridement artériel : acromioplastie, réparation de coiffe, résection acromio-claviculaire.

ET APRÈS ?

Les suites opératoires peuvent être marquées par des douleurs naturelles, sans qu'il soit possible, avant l'opération, de prévoir leur intensité. 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 post-opératoire votre autonomie va être diminuée. La mobilité de votre épaule peut être bloquée, le temps que les structures opérées cicatrisent. Ce délai varie entre 3 semaines et 3 mois. 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.

COMPLICATIONS

Même si l'arthroscopie a permis de meilleurs résultats obtenus plus rapidement et plus facilement, il n'en reste pas moins que le traitement des SLAP Lésions de l'épaule par arthroscopie reste une intervention chirurgicale dont les risques existent.

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 et de la poursuite du 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 ancrés est exceptionnelle tout comme une réaction à leur sujet.

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 d'améliorer la fonction globale de votre épaule. Cette chirurgie a 2 finalités : supprimer les douleurs de l'épaule et restaurer une fonction la plus proche possible de la normale. Des douleurs climatiques ou positionnelles peuvent perdurer avec le temps, mais la grande majorité des douleurs préopératoires disparaissent progressivement.

EN RÉSUMÉ

La chirurgie de la zone d'insertion du biceps est une chirurgie rare. C'est une opération de faible dangerosité mais pour laquelle les échecs ne sont pas rares. Le but de cette opération est de faire disparaître le handicap induit par les douleurs de votre épaule. En l'absence de complication, cette opération permet au patient de retrouver une l'épaule physiologique pour son âge.

QUELQUES QUESTIONS SOUVENT POSÉES AVANT L'INTERVENTION

- Pourquoi me recommandez-vous particulièrement cette chirurgie ?
- 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.