



## FICHE D'INFORMATION

### BUTÉE CORACOÏDIENNE DE LATARJET

Vous souffrez d'une instabilité chronique antérieure d'épaule. Le chirurgien que vous avez consulté vous a proposé une intervention chirurgicale (butée coracoïdienne) et vous en a expliqué les principes et les suites. Ce document est mis à votre disposition pour compléter les explications sur votre pathologie et l'intervention qui vous a été proposée.

## VOTRE PATHOLOGIE

### ***Qu'est-ce qu'une instabilité chronique antérieure d'épaule ?***

L'instabilité chronique antérieure de l'épaule correspond à une perte de stabilité de l'articulation gléno-humérale, entraînant des luxations ou subluxations répétées de la tête de l'humérus, qui se déboîte plus ou moins complètement vers l'avant de l'épaule. Cette instabilité peut se manifester par une sensation de « lâchage », ou par une appréhension lors de certains mouvements, ou encore par une gêne douloureuse mal définie de l'épaule. Toutes ces manifestations vont limiter les activités quotidiennes ou sportives. L'instabilité est souvent la conséquence d'un premier épisode de luxation traumatique de l'épaule ayant entraîné des lésions ligamentaires, capsulaires et/ou osseuses.

### ***Les examens complémentaires :***

- Une radiographie simple de l'épaule est souvent réalisée en premier lieu. Elle permet de rechercher des lésions osseuses sur la tête de l'humérus et/ou sur la glène (surface articulaire de l'omoplate), survenues lors d'une précédente luxation.
- D'autres examens d'imagerie pourront être demandés en fonction des constatations faites par votre chirurgien lors de la consultation :
  - Scanner pour analyser plus précisément les lésions osseuses,
  - Arthroscanner, IRM ou arthro-IRM pour évaluer les lésions des ligaments, de la capsule (enveloppe articulaire), du labrum (bourrelet glénoïdien), et des tendons.

### ***Le traitement :***

Le traitement d'une instabilité chronique antérieure de l'épaule est le plus souvent chirurgical, permettant de stabiliser l'épaule pour éviter une aggravation des lésions, une arthrose précoce ou une limitation irréversible des activités. Différentes chirurgies peuvent être proposées en fonction de votre âge, de votre activité sportive, des lésions retrouvées sur l'imagerie, et des habitudes de votre chirurgien :

- La réparation de Bankart (sous arthroscopie ou à ciel ouvert) consiste en la réinsertion du bourrelet glénoïdien (labrum) et de la capsule articulaire sur le rebord antérieur de la glène, à l'aide d'ancres ou de sutures.
- La butée coracoïdienne (ou intervention de Latarjet) consiste à transférer un fragment osseux (la coracoïde) et ses attaches musculaires sur le rebord antérieur de la glène pour créer un « effet butée » mécanique et renforcer l'avant de l'épaule. Cette intervention pourra être préférée à la réparation de Bankart si vous êtes jeune (<20 ans), sportif d'armée ou de contact (rugby, handball, volleyball, etc.), et/ou que vous présentez des lésions osseuses importantes sur la tête humérale ou sur la glène.
- Autres : intervention de Trillat, comblement de l'encoche de Malgaigne (encoche sur la tête humérale), ...

## **BUTEE : LE DEROULEMENT DE L'INTERVENTION**

### **L'hospitalisation**

Cette intervention est habituellement réalisée en ambulatoire, autorisant le retour à domicile quelques heures après la chirurgie, mais peut dans certains cas se faire lors d'une courte hospitalisation.

### **L'anesthésie**

Le mode d'anesthésie le mieux adapté à votre état de santé et à vos antécédents vous sera précisé et expliqué par l'anesthésiste. Dans la grande majorité des cas, cette intervention est réalisée sous anesthésie générale complétée par une anesthésie locorégionale du bras.

### **L'opération**

- **Abord chirurgical** : l'intervention peut se faire à ciel ouvert, c'est-à-dire par une incision de 5 à 10 cm réalisée à l'avant de l'épaule, soit sous arthroscopie c'est-à-dire à l'aide d'une caméra et d'instruments spécifiques insérés par plusieurs petites incisions de quelques millimètres réalisées autour de l'épaule.
- **Prélèvement de la coracoïde** : un fragment de la coracoïde est prélevé après l'avoir libéré de ses attaches mais en préservant le tendon du biceps brachial et du coraco-brachial qui s'insère sur son extrémité.
- **Exposition de l'articulation** : afin d'accéder à l'articulation de l'épaule, le tendon du sous-scapulaire, situé à l'avant de l'articulation de l'épaule, est ouvert dans sa longueur, de même que la capsule articulaire (enveloppe).
- **Fixation de la coracoïde** : le fragment de coracoïde est fixé à la partie antéro-inférieure de la glène de l'omoplate, le plus souvent avec des vis (parfois avec des ancres, endobouton, sutures).
- **Fin de l'intervention** : la capsule articulaire est parfois retendue et refermée. Le tendon du sous-scapulaire est partiellement refermé.

***Pendant l'intervention, votre chirurgien peut se trouver face à une situation imprévue (anomalie anatomique, fragilité osseuse, remaniement post-traumatique...) imposant un acte complémentaire qui vous sera expliqué après votre réveil, par votre chirurgien.***

## **LES SUITES OPERATOIRES HABITUELLES**

### **Immobilisation**

Votre bras sera au repos dans une attelle généralement pendant 2 à 4 semaines, la durée vous sera précisée par votre chirurgien.

## **Traitement anti-douleur et soins de pansement**

Suivez à la lettre les consignes qui vous ont été données par le chirurgien et son équipe.

- Dès que votre bras se réveille et que les premières douleurs apparaissent, même si elles sont peu importantes, ***il est indispensable de prendre les médicaments anti-douleur qui vous ont été prescrits*** et ne pas laisser la douleur s'installer.

- ***Glaçage*** : Appliquez du froid (glace) pour réduire le gonflement inflammatoire et la douleur, en interposant toujours un tissu entre votre peau et la glace pour éviter les brûlures cutanées.

- ***Hygiène et pansements*** : Afin de prévenir les infections une hygiène rigoureuse est recommandée pour ne pas salir ou souiller le pansement. La désinfection de la cicatrice et le renouvellement du pansement sera réalisé par une infirmière selon la prescription de votre chirurgien.

## **Rééducation**

La rééducation est **indispensable** à la réussite de l'opération, pour restaurer la mobilité de votre épaule. Toutefois, il n'existe pas de protocole de rééducation unique car les pratiques varient selon les lésions traitées et les habitudes du chirurgien. L'objectif est de retrouver le plus rapidement possible les mouvements de votre épaule, tout en protégeant la consolidation osseuse de la butée et la cicatrisation des parties molles (capsule articulaire, muscles et tendons) : une mobilisation insuffisante favorise la raideur, trop de mobilisation favorise inflammation et douleur, des mobilisations excessives et brusques empêchent la cicatrisation.

La rééducation est débutée soit immédiatement soit quelques semaines après la chirurgie : chez le kinésithérapeute plusieurs fois par semaine et des exercices à domicile tous les jours plusieurs fois par jour selon les recommandations de votre chirurgien et kinésithérapeute.

Le respect des mouvements interdits par le chirurgien est important pour favoriser la consolidation osseuse et la cicatrisation.

**Votre rigueur et votre assiduité dans la rééducation sont essentielles  
pour l'obtention d'un bon résultat post opératoire.**

## **Conseils pour la récupération**

- ***Repos*** : Évitez les activités répétées et les mouvements brusques. Tout doit se faire de façon progressive. **Toute sollicitation en force de l'épaule est contre-indiquée pendant 3 mois.**
- ***Alimentation*** : Une alimentation équilibrée favorise la cicatrisation.
- ***Hygiène de vie*** : le tabac, l'alcool, le cannabis et autres drogues sont défavorables à la consolidation osseuse et à la cicatrisation en général.

## **Résultats attendus et reprise des activités**

- **Stabilité de l'épaule** : plus de 95 % des patients ne présentent plus de luxation après l'intervention, même en cas de perte osseuse importante avant l'opération. Le risque de récurrence de luxations après l'intervention est plus important chez les patients opérés avant l'âge de 20 ans.
- **Douleurs** : la douleur disparaît progressivement, mais une gêne résiduelle peut persister quelques mois, surtout en cas d'efforts intenses.
- **Mobilité** : la mobilité récupère progressivement grâce à la rééducation, la force musculaire met plus de temps à revenir (4 à 6 mois).
- **Consolidation osseuse** : la coracoïde se soude à l'omoplate en moyenne en 8 semaines. Il ne faut pas forcer sur le bras pendant cette durée. C'est votre chirurgien qui vous donnera l'autorisation de reprendre le renforcement musculaire et les activités manuelles.
- **Durée de l'arrêt de travail** : Elle est fonction de la profession exercée (quelques semaines à quelques mois).

- **Reprise du sport** : Elle nécessite une approche progressive et encadrée. Les sports de contact, sports avec risque de chute et la musculation intensive sont généralement interdits pendant minimum trois mois après la chirurgie.

### Consultations de suivi avec votre chirurgien

Des rendez-vous de suivi seront programmés pour évaluer votre progression fonctionnelle. Votre implication lors de ces échanges est essentielle pour aboutir à un bon résultat.

## LES COMPLICATIONS

### Les risques non spécifiques de cette chirurgie sont :

- **Les complications anesthésiques** : réaction allergique ou effets indésirables aux produits anesthésiques. Un risque vital en lien avec votre état général et vos antécédents peut exister et vous en serez informé lors de la consultation d'anesthésie.
- **L'hématome** qui se résorbe en règle générale tout seul.
- **L'infection de site opératoire**, qui peut être soit superficielle et guérir avec des soins de pansement, soit profonde (plus rare mais grave) et nécessiter une nouvelle chirurgie pour lavage de l'épaule et un traitement antibiotique prolongé.
- **La raideur de l'épaule** : Principalement en raison d'une immobilisation prolongée ou d'une rééducation insuffisante. Normalement transitoire, elle nécessite une prise en charge kinésithérapique adaptée.
- **La douleur persistante** : Certaines personnes peuvent continuer à ressentir de la douleur même après l'intervention. Cela peut être dû à une certaine instabilité persistante, une infection sournoise latente ou à d'autres problèmes sous-jacents.
- **L'algodystrophie**, complication non exceptionnelle d'origine mal connue et de survenue aléatoire, se traduisant par des douleurs diffuses et souvent importantes – disproportionnées –, un œdème et une limitation de la mobilité. Quelquefois ces signes sont limités à l'épaule, on parle alors de **capsulite rétractile**, d'autres fois l'ensemble du bras et notamment la main sont concernés (syndrome épaule-main). Les facteurs de risques sont : tabagisme, diabète, facteurs psychologiques (anxiété, stress, dépression), immobilisation prolongée, rééducation inappropriée (trop brutale ou non efficace). Le traitement, (médicaments, rééducation adaptée), permet de faire diminuer progressivement les signes cliniques mais l'évolution reste capricieuse pendant plusieurs mois voire un ou deux ans et les séquelles à terme ne peuvent pas toujours être évitées.
- **Complications médicamenteuses** : au décours de cette intervention, il vous sera prescrit des médicaments antalgiques et/ou anti-inflammatoires. Ces médicaments comportent des risques propres et parfois graves.

***Les addictions (alcool, tabac, cannabis et autres drogues) et un diabète non équilibré augmentent le risque de problèmes de cicatrisation (cutanée et tendineuse), d'infection et d'algodystrophie***

### Les risques spécifiques de la butée coracoïdienne de Latarjet sont :

- **Non consolidation de la coracoïde (pseudarthrose)** : la coracoïde peut ne pas bien se souder à la glène (rare, <5%), nécessitant parfois une réintervention du fait de la persistance d'une instabilité de l'épaule.
- **Fracture de la coracoïde ou avulsion de la pointe de la coracoïde** (correspondant à un arrachement du tendon conjoint : court biceps et coraco-brachial) peuvent survenir suite à une chute, un étirement brutal du bras ou une reprise trop précoce des activités sportives. Cela peut entraîner une récurrence d'instabilité de votre épaule.

- **Migration ou rupture du matériel (vis, endobouton) :** Peut entraîner douleurs et irritation tendineuse (risque < 3 %).
- **Conflit entre les vis (ou un endobouton) et le muscle subscapulaire :** les têtes de vis ou un endobouton trop saillant peuvent irriter le tendon du subscapulaire, entraînant des douleurs et une perte de force principalement en rotation interne. Cela peut nécessiter une réintervention pour retirer le matériel.
- **Conflit entre la pointe d'une vis et le nerf supra-scapulaire :** Plus rarement, la pointe d'une vis peut entrer en contact avec le nerf supra-scapulaire, en arrière de l'omoplate, entraînant des douleurs et parfois une perte de force en rotation externe. Cela peut nécessiter une réintervention pour retirer les vis.
- **Lésion nerveuse :** Atteinte du nerf musculo-cutané (responsable de la flexion du coude), du nerf axillaire ou du plexus brachial (risque < 1 %), pouvant entraîner une faiblesse ou une perte de sensibilité temporaire (exceptionnellement définitive).
- **Récidive d'instabilité :** Luxation ou subluxation persistante (risque < 5 %), surtout en cas de non-respect des consignes postopératoires ou de lésions associées non traitées. Une appréhension résiduelle (sensation que l'épaule pourrait se luxer bien qu'elle soit stable) peut persister dans 15% des cas.
- **Arthrose secondaire :** Usure du cartilage à long terme, en cas de lésions cartilagineuses préexistantes. Chez les patients de plus de 50 ans, l'arthrose peut s'installer rapidement après l'intervention.

***Cette fiche d'information n'est pas EXHAUSTIVE. Certaines complications sont particulièrement exceptionnelles et peuvent survenir dans un contexte spécifique. Il est important de comprendre que toutes les complications RARISSIMES ne peuvent pas être citées.***

***D'UNE FAÇON GÉNÉRALE, TOUT SYMPTÔME NOUVEAU DOIT CONDUIRE À CONSULTER SOIT VOTRE MÉDECIN TRAITANT, SOIT VOTRE CHIRURGIEN, OU EN CAS D'URGENCE L'ÉTABLISSEMENT DANS LEQUEL VOUS AVEZ ÉTÉ OPÉRÉ. SI VOUS NE RÉUSSISSEZ PAS À LES JOINDRE, N'HÉSITEZ PAS À APPELER LE 15 (SAMU) QUI POURRA VOUS ORIENTER.***

## REPORT D'INTERVENTION

**Il peut arriver que votre intervention soit reportée, pour votre sécurité et/ou pour maximiser vos chances de récupération, en cas de :**

- Maladie survenue peu avant votre hospitalisation.
- Modification de votre traitement habituel.
- Blessure ou infection à proximité du site opératoire.
- Oubli ou non-respect des consignes données par le chirurgien ou l'anesthésiste.
- Non-disponibilité imprévisible du matériel nécessaire à votre intervention ou événement non-prévu au bloc opératoire pouvant interrompre l'intervention, y compris après réalisation de l'anesthésie.

## UTILISATION DES RAYONS X

Lors de l'intervention chirurgicale, votre chirurgien peut être amené à utiliser des rayons X pour réaliser une radiographie ou des images de radioscopie afin de contrôler le geste opératoire. Bien sûr il mettra tout en œuvre afin de vous protéger et de réduire au maximum l'intensité de ce rayonnement.

Il est important qu'il sache si vous aviez eu auparavant une exposition à des rayonnements ionisants (radiothérapie, radiographie, scanner...) et sur quelle(s) zone(s). La connaissance de certaines informations

est également importante pour mieux vous protéger : vos antécédents médicaux, les médicaments que vous prenez, ou si vous êtes ou pensez être enceinte.

En effet il peut y avoir dans certains cas une sensibilité accrue aux rayonnements ionisants.

## INFORMATION MATERIAUX

Lors de l'intervention chirurgicale, votre chirurgien peut être amené à utiliser différents types de matériel de composition variable (Métal, bio composite, fils résorbables ou non). Les matériaux utilisés sont bio compatibles et dans la majorité des cas parfaitement tolérés par votre organisme.

Cependant dans de rares cas, les différents métaux composant les matériels utilisés peuvent provoquer des réactions allergiques variables ou des intolérances.

Parmi les métaux les plus fréquents dans les alliages on note le nickel, le chrome, le cobalt, le molybdène et le titane.

Si vous avez déjà présenté une allergie à des métaux ou un eczéma (réaction de la peau) liés à des bijoux fantaisie, boucles de ceinture ou encore bracelets de montre signalez le à votre chirurgien qui pourra adapter son choix et vous l'expliquer en consultation.

## INFORMATION LOI JARDE

-

Les données (anonymes) de votre dossier pourront servir à des études et/ou faire l'objet de communications ou publications scientifiques par votre chirurgien, en conformité avec la loi JARDE de mars 2012 (Décret 2016-1537). Dans ce cas, un consentement particulier sera demandé par votre chirurgien et sera inclus dans votre dossier.

## EN PRATIQUE, COMMENT ÇA SE PASSE ?

Lors de la **consultation avec votre chirurgien**, un dossier d'hospitalisation vous sera remis.

**Une consultation avec un anesthésiste** est obligatoire avant d'être opéré : Informez-le sur tous vos antécédents médicaux et sur tous les médicaments que vous prenez (apportez votre ordonnance) ; certains peuvent devoir être arrêtés avant l'intervention. Selon votre état général et vos antécédents, l'anesthésiste pourra vous demander de faire un bilan cardiaque avant l'opération.

### CE QUE VOUS DEVEZ IMPERATIVEMENT FAIRE AVANT L'OPERATION :

- ☐ Aller à la pharmacie pour acheter médicaments et matériel (pansements, attelle) prescrits
- ☐ Prendre rendez-vous avec une infirmière pour faire les soins de pansement post-opératoires prescrits
- ☐ Prendre rendez-vous avec un kinésithérapeute pour débiter la rééducation dans le délai qui vous aura été précisé par votre chirurgien
- ☐ Une prise de sang (pas toujours utile)

**CE QUE VOUS DEVEZ IMPERATIVEMENT FAIRE LA VEILLE ET LE JOUR DE L'OPERATION :**

***La veille de l'opération :***

- Retirez tous vos bijoux, vernis et prothèses unguéales.
- Lavez-vous le corps et les cheveux selon les recommandations qui vous ont été remises.
- Respectez les consignes de jeûne qui vous ont été données par l'anesthésiste.

***Le jour de l'opération :***

- Lavez-vous le corps et les cheveux selon les recommandations qui vous ont été remises.
- Venez à l'hôpital/la clinique avec vos documents administratifs et l'ensemble des examens en lien avec votre pathologie.

**CE QUE VOUS DEVEZ FAIRE APRES L'OPERATION :**

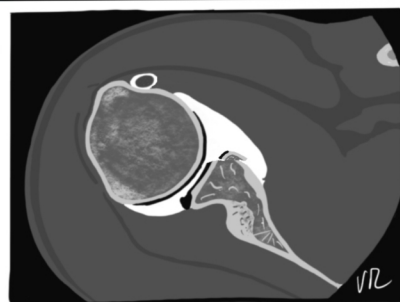
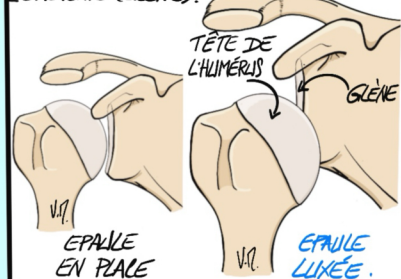
**Respecter les rendez-vous programmés de surveillance et de suivi avec votre infirmière, votre kinésithérapeute, et votre chirurgien qui évaluera votre progression.**

***N'hésitez pas à poser toutes les questions nécessaires à votre chirurgien pour mieux comprendre l'intervention et ses suites.***



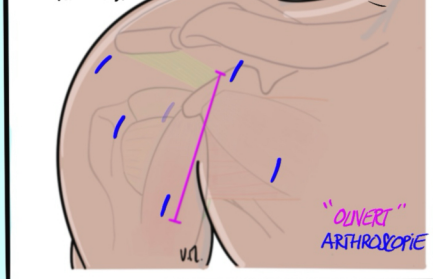
## VOUS ALLEZ BÉNÉFICIER DE LA MISE EN PLACE D'UNE BUTÉE CORACOÏDIENNE DE LATARJET.

VOUS SOUFFRIEZ DE LUXATIONS RÉCÉDIVANTES ANTÉRIEURES, C'EST-À-DIRE QUE VOTRE ÉPAULE S'EST "DÉBOÎTÉE" PLUSIEURS FOIS, L'HUMÉRUS PARTANT EN AVANT DE LA SURFACE ARTICULAIRE DE L'OMOPLATE (GLÈNE).

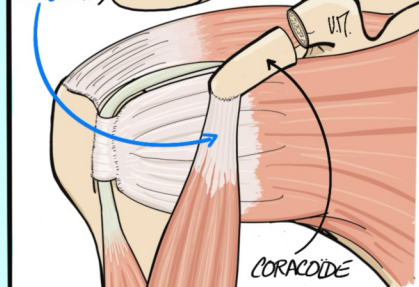


L'EXAMEN CLINIQUE ET LES EXAMENS D'IMAGERIE VONT AIDER VOTRE CHIRURGIEN À VOUS PROPOSER UNE BUTÉE DE LATARJET AU LIEU D'UNE AUTRE INTERVENTION.

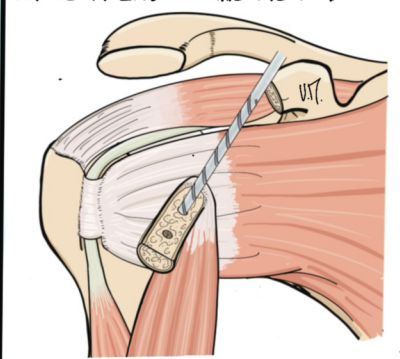
L'OPÉRATION NÉCESSITE UNE OUVERTURE CUTANÉE SITUÉE À L'AVANT DE L'ÉPAULE, MAIS PEUT ÉGALEMENT ÊTRE RÉALISÉE SOUS ARTHROSCOPIE (CAMÉRA ET PLUSIEURS PETITES OUVERTURES).



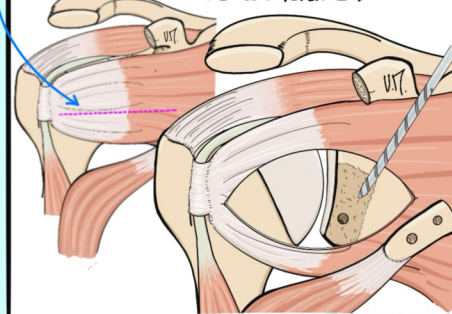
UN BLOC OSSEUX APPELÉ LA CORACOÏDE EST DÉTACHÉ DE L'OMOPLATE EN LAISSANT MISÉRÉ À SA PARTIE INFÉRIEURE LE TENDON DE DEUX MUSCLES (TENDON CONJOINT).



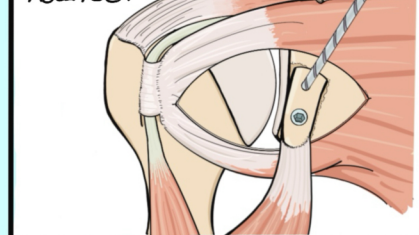
LA FACE INFÉRIEURE DE LA CORACOÏDE EST APPLANIE, PUIS UN OU DEUX TROUS SONT PERCÉS À L'AIDE D'UNE MÈCHE.



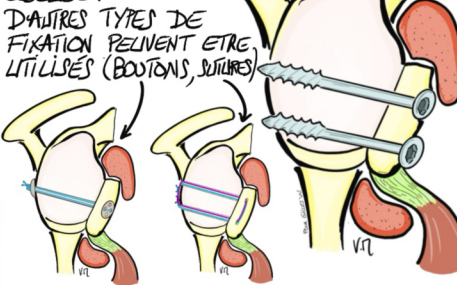
LE CHIRURGIEN RÉALISE UN CLIVAGE (DÉPARATION SANS SECTION) À TRAVERS LE MUSCLE SOUS-SCAPULAIRE POUR ACCÉDER À L'ARTICULATION, AVANCER, PLUS MÉCHER, LE BORD ANTÉRIEUR DE L'OMOPLATE.



LA BUTÉE (ET LE TENDON CONJOINT) SONT PASSÉS AU TRAVERS DU CLIVAGE POUR ÊTRE ENSUITE FIXÉS EN AVANT DE L'OMOPLATE "AU RAS" DE LA SURFACE ARTICULAIRE. UNE SECONDE VIS EST GÉNÉRALEMENT AJOUTÉE.



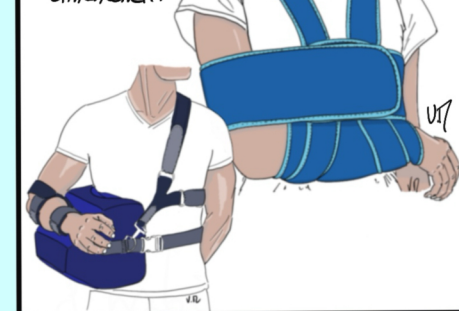
LES VIS TRAVERSENT TOUTE L'ÉPAISSEUR DE LA BUTÉE ET DE L'OMOPLATE AFIN DE LES METTRE EN COMPRESSION ET OBTENIR UNE FUSION OSSEUSE.



UN DÉLAI DE FUSION (CONSOLIDATION) DOIT ÊTRE RESPECTÉ AVANT LA REPRISE D'ACTIVITÉS À RISQUE (SPORT PROFESSIONNEL). LE PASSAGE DU TENDON CONJOINT AU TRAVERS DU MUSCLE SOUS-SCAPULAIRE VA AGIR COMME UNE "CEINTURE DE SÉCURITÉ" DANS LES POSITIONS À RISQUE DU BRAS.

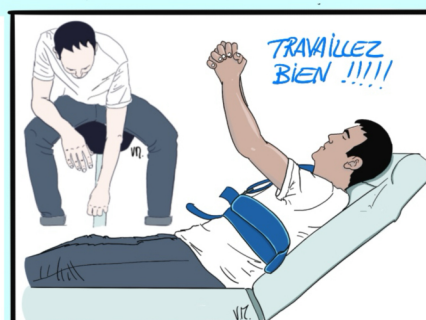


VOTRE BRAS SERA PROTÉGÉ PAR UNE ATTELÉ POUR UNE DURÉE QUE VOUS PRÉCISERÀ LE CHIRURGIEN.



COMMENCEZ AVANT L'OPÉRATION À VOUS ENTRAÎNER À DES GESTES DU QUOTIDIEN, COMME S'HABILLER.

PASSEZ EN PREMIER LA MANCHE AU CÔTÉ OPÉRÉ, PUIS LA TÊTE ET ENFIN TERMINEZ AVEC LE BRAS SAIN. POUR SE DÉHABILLER... C'EST L'INVERSE!!



VOTRE ASSIDUITÉ EN RÉÉDUCATION ET VOTRE IMPLICATION DANS L'AUTO RÉÉDUCATION VONT JOUER UN RÔLE ESSENTIEL DANS LA QUALITÉ DE VOTRE RÉSULTAT POST-OPÉRATOIRE.

JE SOUSSIGNE .....

CERTIFIE QUE LE DOCTEUR .....

M'A REMIS LA FICHE D'INFORMATION SOFEC (8 PAGES):

**BUTEE CORACOÏDIENNE DE LатарJET**

LE : .....

SIGNATURE :