

Dr Omar BOUGHEBRI

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE & TRAUMATOLOGIE SPORTIVE

Ancien Interne des Hôpitaux

Ancien Chef de Clinique - Assistant à la Faculté de Médecine

DESC de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique

Membre de la Société Française de Chirurgie Orthopédique - SOFCOT

Membre de la Société Française d'Arthroscopie - SFA

Membre de la Société Européenne de Chirurgie de l'Epaule et du Coude - SECEC

DIPLOMES INTER-UNIVERSITAIRES

- DIU Chirurgie de l'Epaule et du Coude (Faculté de Médecine - Paris XII)
- DIU Arthroscopie (Faculté de Médecine - Paris VII)
- DIU Chirurgie de la Main et du Membre Supérieur (Faculté de Médecine - Paris VI)
- DU Microchirurgie (Faculté de Médecine - Rouen)
- DIU Chirurgie du Genou (Faculté de Médecine - Lyon)

PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Results of 45 arthroscopic Bankart procedures: Does the ISIS remain a reliable prognostic assessment after 5 years?

O.Boughebri, Maqdes A, Moraiti C, Dib C, Leclère FM, P.Valenti. Décembre 2014

Prothèse d'Epaule Inversée combinée à un transfert tendineux de Latissimus Dorsi et Teres Major pour déficit actif de l'élévation et de la rotation externe. Résultats de 15 cas avec un recul minimum de 2 ans.

O.Boughebri, A.Kilinc, P.Valenti. Orthopaedics & Traumatology: Surgery & Research. Avril 2013

Small supraspinatus tears repaired by arthroscopy: are clinical results influenced by the integrity of the cuff after two years? Functional and anatomic results of forty-six consecutive cases.

O.Boughebri, X.Roussignol, O.Delattre, J.Kany, P.Valenti. Journal of Shoulder and Elbow Surgery. Mai 2012

Analyse Dynamique par Arthroscopie du Conflit huméro-scapulaire dans l'Arthroplastie Inversée d'Epaule.

O.Boughebri, F.Duparc, JM.Adam, P.Valenti. Orthopaedics & Traumatology: Surgery & Research. Décembre 2011

Arthroplastie Totale de Hanche à couple de frottement Métal-Métal en grand diamètre. Résultats préliminaires d'une série continue de 106 implants Durom au recul moyen de 30 mois.

P.Mertl, O.Boughebri, E.Havet, P.Triclot, JF.Lardanchet, A.Gabriel. Orthopaedics & Traumatology: Surgery & Research. Février 2010

Traitement des fractures de l'extrémité proximale de l'humérus par clou Télégraph : Etude prospective de 34 cas.

O.Boughebri, E.Havet, M.Sanguina, L.Daumas, P.Jacob, B.Zerkly, P.Heissler. Revue de Chirurgie Orthopédique. Juin 2007



Centre Epau Paris 94
Dr Omar BOUGHEBRI



dr.boughebri@ortho-paris94.com
www.centre-epaule-paris94.com

Hôpital Privé Armand Brillard

3 Avenue Watteau
94130 Nogent-sur-Marne

RER A : Nogent sur Marne
Bus : 113, 114, 120

Polyclinique de Villeneuve Saint Georges

47 Rue de Crosne
94190 Villeneuve St Georges

RER D : Villeneuve St Georges
Bus : STRAV A,B,G,H,J,K,L, Athis Car

Octobre 2012 - Crédit photo : Palyawit / Shutterstock.com - Conception & Réalisation : UNFLUX - www.unflux.fr - 01 49 76 96 99

CHIRURGIE POUR LUXATIONS D'EPAULE RECIDIVANTES



01 43 94 80 60
dr.boughebri@ortho-paris94.com



Centre Epau Paris 94

www.centre-epaule-paris94.com

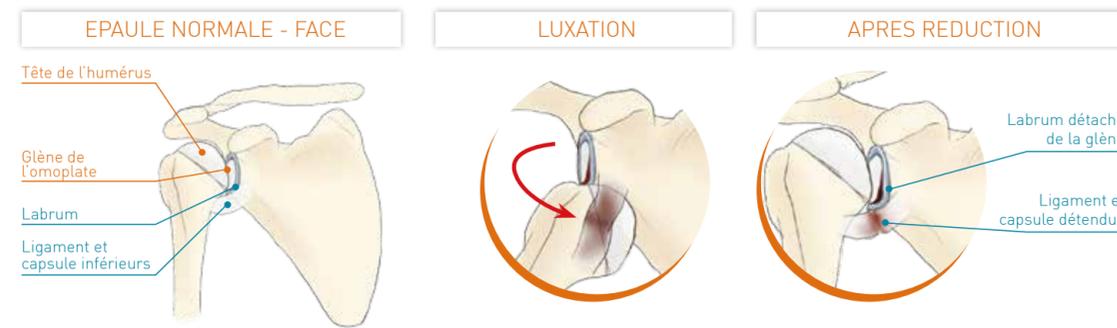


Centre Epau Paris 94

www.centre-epaule-paris94.com

QU'EST-CE QU'UNE LUXATION GLÉNO-HUMÉRALE ?

Il s'agit du « déboitement » des os de l'épaule : la tête de l'humérus quitte son articulation avec la glène de l'omoplate. Elle se place en général en avant de l'omoplate (luxation antérieure). La luxation est confirmée par radiographie et doit être « réduite » par un médecin, une anesthésie générale étant parfois nécessaire.

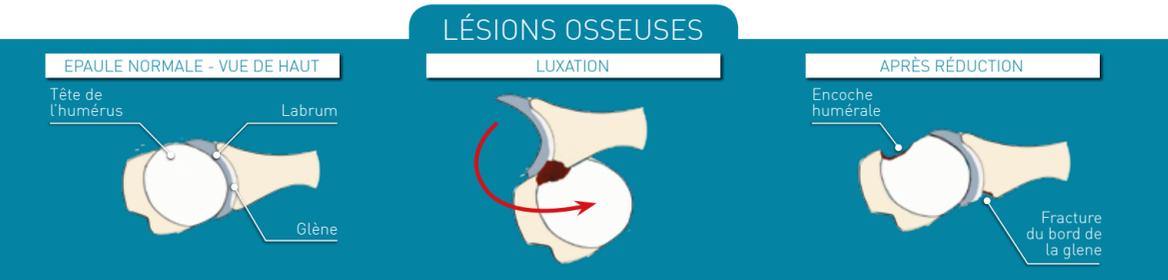


Le labrum (ou bourrelet glénoïdien) est un cartilage élastique qui entoure la glène. Il sert de cale et de joint à la tête de l'humérus.

En cas de traumatisme de l'épaule avec luxation, le labrum se détend, ainsi que les ligaments qui entourent l'articulation de l'épaule (les ligaments gléno-huméraux).

Après la réduction de la luxation, le labrum et les ligaments cicatrisent mais ne retrouvent pas toujours leur résistance d'origine (comme un élastique qui a été détendu). Ils perdent de leur efficacité à chaque nouvelle luxation et le risque de récurrence augmente. **L'épaule devient instable.**

De plus, des **lésions osseuses** peuvent se produire au niveau de la tête de l'humérus et de la glène.



Une immobilisation de l'épaule par une attelle après un épisode de luxation favorise la cicatrisation et diminue le risque de récurrence précoce.

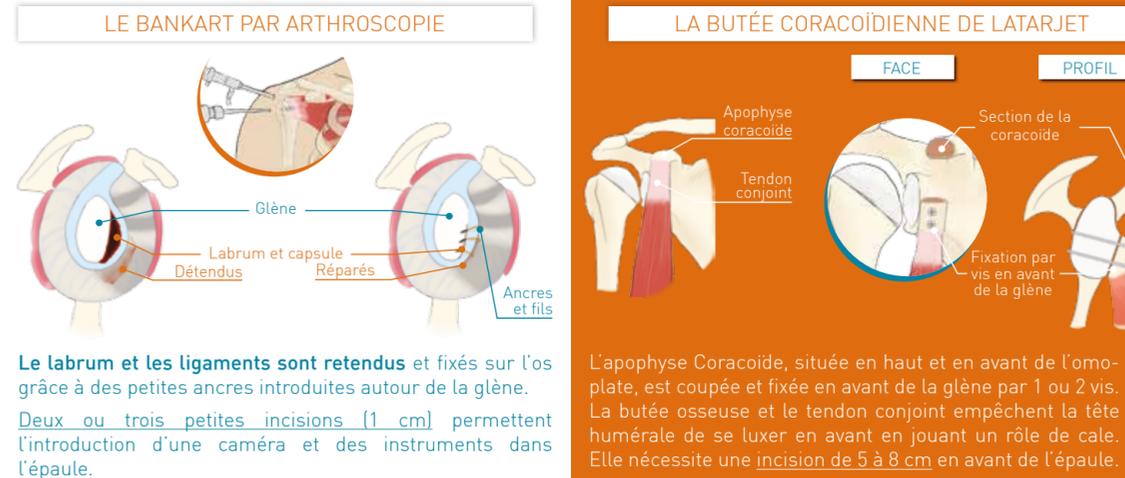
QU'EST-CE QU'UNE SUBLUXATION D'ÉPAULE ?

Il s'agit d'une luxation incomplète, l'épaule est déstabilisée mais non « déboitée ». Ceci entraîne également une fragilisation du labrum et des ligaments avec risque de récurrence et de douleurs chroniques. Contrairement à une luxation, un geste de réduction n'est pas nécessaire.

QUAND FAUT-IL OPÉRER ?

Un traitement chirurgical est recommandé en cas de luxations ou subluxations à répétition ou en cas de douleurs chroniques. Chez les patients jeunes (<20 ans) et sportifs, le risque de nouvelle luxation après le premier épisode peut atteindre 90%. La chirurgie peut être proposée dès le premier épisode.

CHIRURGIE DE L'ÉPAULE INSTABLE



Le labrum et les ligaments sont retendus et fixés sur l'os grâce à des petites ancrs introduites autour de la glène. Deux ou trois petites incisions (1 cm) permettent l'introduction d'une caméra et des instruments dans l'épaule.

L'apophyse Coracoïde, située en haut et en avant de l'omoplate, est coupée et fixée en avant de la glène par 1 ou 2 vis. La butée osseuse et le tendon conjoint empêchent la tête humérale de se luxer en avant en jouant un rôle de cale. Elle nécessite une incision de 5 à 8 cm en avant de l'épaule.

🕒 Durée de l'intervention : env. 1h00

🏠 Hospitalisation : une à deux nuits

FACTEURS DE RÉCURRENCE APRÈS CHIRURGIE

- Age < 20 ans
- Sport en compétition
- Lésions osseuses de l'humérus ou de la glène
- Hyper-laxité ligamentaire

Le risque d'échec (c'est à dire de récurrence de l'instabilité après chirurgie) est évalué par le Chirurgien avant l'intervention. Le choix entre les 2 techniques se fait en fonction du profil du patient et des lésions observées sur les examens (radiographies, arthro-scanner, IRM ou arthro-IRM). Le Bankart par Arthroscopie, qui est une chirurgie moins lourde, est envisagé chez un patient à faible risque. Si ce risque est trop important, la butée est préférée car plus résistante.

Chez les patients de plus de 40 ans, la luxation d'épaule peut provoquer une rupture des tendons de la coiffe des rotateurs. Une réparation de la coiffe par arthroscopie peut être envisagée.

SUITES ET RÉÉDUCATION

Une attelle coude-au-corps est portée pendant 4 à 6 semaines, permettant la mise au repos de l'épaule pendant la consolidation des réparations effectuées ou de la butée osseuse.

La rééducation est débutée dès le lendemain de l'intervention. Des mouvements pendulaires et passifs doux sont effectués les premières semaines.

La rotation externe de l'épaule est déconseillée pendant 5 à 6 semaines. Trois mois de rééducation sont nécessaires en général.

La reprise des sports à risque est autorisée à partir du 6^{ème} mois.

La course à pied et le vélo en loisirs peuvent être repris dès le 3^{ème} mois.



ANESTHÉSIE ET CONTRÔLE DE LA DOULEUR

Les nouvelles techniques d'anesthésie permettent une meilleure gestion de la douleur pendant et après l'intervention. Elle se pratique, en général, sous anesthésie générale avec une éventuelle anesthésie loco-régionale associée (injection d'anesthésiant au niveau de l'épaule, afin de réduire les douleurs).

Après la salle d'opération, un passage en salle de réveil de quelques heures permet aux anesthésistes de surveiller le réveil du patient. Pour le retour à domicile, les antalgiques oraux prescrits à la sortie de la clinique sont en général utiles les premiers jours, la douleur s'atténuant rapidement la plupart du temps.

AVANT L'INTERVENTION

- Lire attentivement et signer la fiche de Consentement éclairé
- Consultation d'Anesthésie au moins 48 heures avant l'intervention
- Ne prendre aucun médicament contenant de l'Aspirine pendant les 10 jours précédant l'intervention
- L'arrêt du tabac est fortement recommandé
- Rester à jeun 6 heures avant l'intervention (Ne pas boire, manger ou fumer)



LES PRINCIPAUX RISQUES DE LA CHIRURGIE

La personne devant subir l'intervention doit être consciente des inconvénients et des risques possibles avant de donner son consentement, en sachant toutefois que la grande majorité des patients se rétablissent complètement et sont satisfaits du résultat.

- **Récurrence de luxation.** Il s'agit du risque principal. Il est d'environ 3% après butée coracoïdienne. La sélection des patients pour le Bankart par arthroscopie permet d'obtenir moins de 5% d'échec.
- Lésion d'un vaisseau ou d'un nerf pendant l'intervention
- Fracture malencontreuse de la glène ou de la butée pendant l'intervention, pouvant nécessiter une correction par du matériel adapté (vis, broches).
- Hématome post-opératoire
- Infection du site opératoire
- **Enraidissement :** la récupération de la mobilité de l'épaule peut être longue parfois, nécessitant la poursuite de la rééducation.
- **Algodystrophie :** inflammation, douleur et enraidissement de l'épaule, pouvant s'étendre à l'ensemble du membre supérieur. Sa survenue est imprévisible et nécessite une rééducation douce. L'évolution peut être parfois longue (6 à 18 mois)

📍 Chez les sportifs, la récupération ne permet parfois pas de retrouver le niveau précédant les luxations. Chez le travailleur manuel, une adaptation ou un changement du poste de travail peut être nécessaire.



Centre Epaulé Paris 94