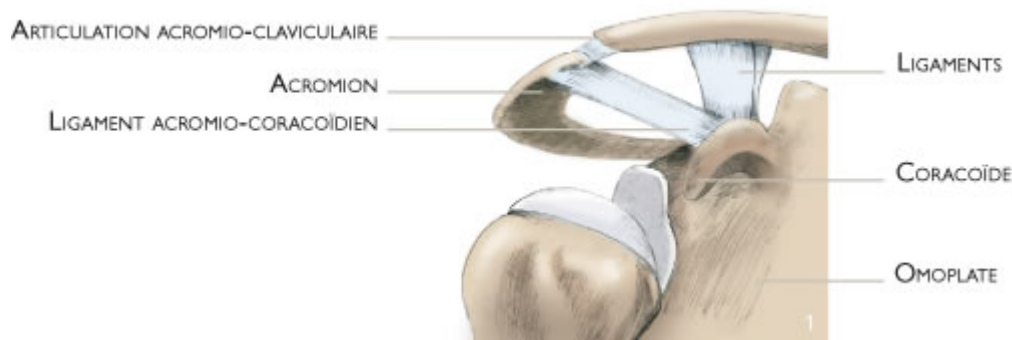


## Acromio-claviculaire 2

### Le problème : Luxation acromio-claviculaire chronique

L'omoplate comporte plusieurs parties osseuses notamment l'acromion qui est la partie haute de l'omoplate et la coracoïde qui est un crochet osseux en avant de l'omoplate (figure 1). L'articulation acromio-claviculaire relie l'acromion à la clavicule. Elle est maintenue par plusieurs ligaments. On différencie les ligaments acromio-claviculaires qui sont autour de l'articulation, des ligaments coraco-claviculaires qui sont à distance de l'articulation et relient la coracoïde à la clavicule (figure 1).



Lors d'un traumatisme au niveau de l'épaule, ces ligaments peuvent être rompus. L'articulation acromio-claviculaire n'est plus maintenue, l'épaule et l'omoplate sont tirées vers le bas par la pesanteur et la clavicule est ascensionnée par les muscles (figures 2 et 5). On parle alors de luxation acromio-claviculaire responsable de douleur et de déformation visible.

La luxation acromio-claviculaire ne se réduit pas spontanément. En l'absence d'un geste chirurgical, la clavicule reste ascensionnée et les ligaments ne cicatrisent pas en position efficace. Ceci, mis à part le désagrément esthétique, peut occasionner sur le long cours une gêne permanente et une fatigabilité lors de certaines activités de la vie courante ou sportive.

Le but de l'opération est de remettre la clavicule à niveau et de la stabiliser afin de retrouver un fonctionnement optimal de l'épaule permettant la reprise de toutes les activités.

### L'intervention : Ligamentoplastie de l'articulation acromio-claviculaire

L'intervention consiste à replacer la clavicule à son niveau naturel, et cela de manière durable.

Une incision courte est réalisée en avant de l'épaule. La clavicule et la coracoïde sont exposées. Une ancre est vissée au niveau de la coracoïde. Les fils montés sur cette ancre sont passés à travers de la clavicule par des petits tunnels (figure 3). La clavicule est ensuite réduite à son emplacement naturel et les fils sont noués entre eux afin de la maintenir en place (figure 4).

L'extrémité de la clavicule est sectionnée. Le ligament acromio-coracoïdien, qui est un ligament accessoire tendu entre la coracoïde et l'acromion, est détaché de ce dernier. Il est ensuite passé dans la tranche de section de la clavicule et fixé à celle-ci, remplaçant ainsi les ligaments rompus (figures 4 et 6).

L'intervention est réalisée sous anesthésie générale. Une anesthésie loco-régionale peut y être associée. Elle dure en moyenne une heure et nécessite une hospitalisation d'environ 3 jours.

Après l'opération, un pansement stérile ainsi qu'une attelle sont mis en place.

Le traitement de la douleur sera mis en place, surveillé et adapté de manière très rapprochée dans la période post-opératoire.

### La rééducation post-opératoire et la reprise des activités

Pendant les 6 premières semaines suivant l'opération, votre épaule est immobilisée dans une attelle coude au corps. Après la 6ème semaine et la visite de contrôle chez votre chirurgien, vous pouvez enlever définitivement votre attelle et commencer la rééducation.

La reprise du volant est envisageable à la fin du 2ème mois. Celle du travail survient en général entre le 2ème et le

3ème mois et cela en fonction de votre profession, une activité de bureau pouvant être plus précoce. La reprise des activités sportives ne sollicitant pas l'épaule est envisageable après le 2ème mois.

Il faut attendre le 6ème mois pour reprendre tous les sports notamment ceux sollicitant votre épaule.

## Les risques et les complications

En plus des risques communs à toute intervention chirurgicale et des risques liés à l'anesthésie, notons quelques risques plus spécifiques à cette chirurgie :

Une raideur articulaire peut se développer si la rééducation post-opératoire n'est pas bien prise en charge.

Des réactions inflammatoires post-opératoires peuvent occasionner des douleurs importantes et un ralentissement de la rééducation. Ces réactions exacerbées correspondent parfois à une algodystrophie. Cette complication bien que rare, reste très longue à guérir. Cependant, de nouveaux traitements existent et permettent de la gérer plus facilement.

La survenue d'une infection reste exceptionnelle. Cette complication connue nécessite un lavage du site opératoire et la mise sous antibiotiques plus ou moins longue avec éventuellement une reprise chirurgicale.

Les nerfs qui entourent l'épaule peuvent être accidentellement blessés. Cette complication exceptionnelle peut occasionner une douleur ou une perte de la sensibilité et de la motricité de certaines parties du bras.

Il est possible que la zone opérée saigne et qu'il se forme un hématome. En fonction de son importance, une évacuation peut être nécessaire.

Une fracture de la clavicule, de la coracoïde, ou un arrachement du système de fixation peut survenir nécessitant parfois une reprise chirurgicale.

Les risques énumérés ne constituent pas une liste exhaustive. Votre chirurgien donnera toute explication complémentaire et se tiendra à votre disposition pour évoquer avec vous chaque cas particulier avec les avantages, les inconvénients et les risques de l'intervention.

**Les résultats** La disparition de la déformation, des douleurs et des sensations de fatigabilité est rapide après l'opération. La récupération complète de la mobilité et de la force musculaire survient en général entre le 2ème et le 3ème mois.

Le nouveau ligament n'est pas meilleur que les ligaments d'origine et une nouvelle rupture peut toujours survenir lors d'un traumatisme. L'évolution peut aussi se faire vers une distension ligamentaire.

On retrouve néanmoins une clavicule stable, une disparition de la gêne et une reprise de toutes les activités dans plus de 90% des cas.