

DISJONCTION ACROMIO-CLAVICULAIRE

Cette fiche d'information a été rédigée par les chirurgiens de l'équipe Urgences Mains Paris Peupliers (UMPP).

Remise durant votre parcours de soins, elle est destinée à vous aider à mieux comprendre l'information délivrée par votre chirurgien. Il vous a expliqué la maladie dont vous souffrez ou dont il doit faire le diagnostic. Il vous a exposé les différentes modalités et alternatives de prise en charge et les conséquences prévisibles en cas de refus de l'acte proposé.

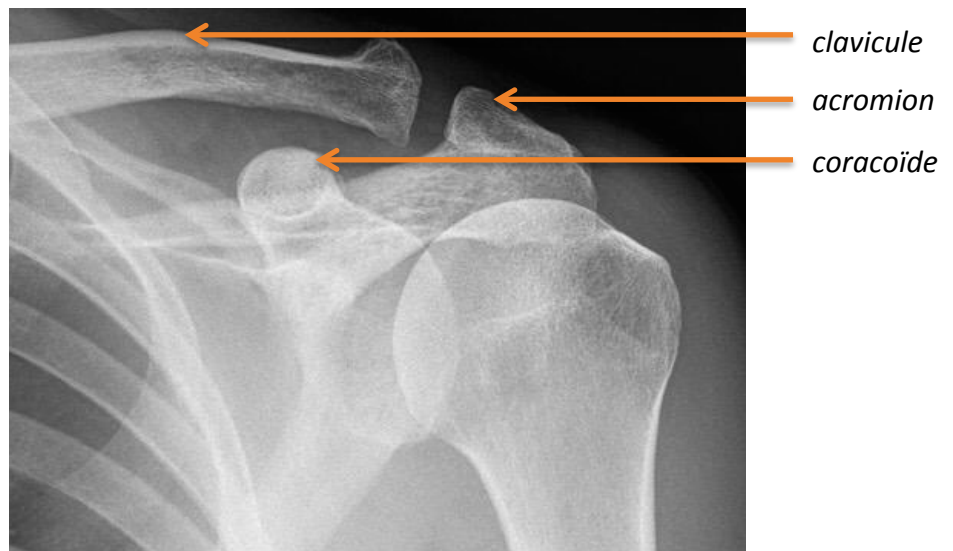
Vous sont exposées ici les raisons de l'acte pratiqué par votre chirurgien, son déroulement, les conséquences habituelles et les risques fréquents ou graves normalement prévisibles ainsi que les conditions du suivi après examen ou intervention.

Ce document, complémentaire de l'information orale que vous avez reçue, vous permet donc d'avoir une meilleure connaissance de votre pathologie et une prise de décision partagée avec votre chirurgien.

Il vous est recommandé de le lire attentivement.

Qu'est-ce qu'une disjonction ou luxation acromio-claviculaire ?

L'articulation acromio-claviculaire est une des articulations de l'épaule. L'épaule est la partie la plus mobile du corps humain. Elle est composée de structures (os et tissus mous) s'agencant ensemble pour permettre les mouvements mais aussi la stabilité que nécessitent les gestes de la vie quotidienne. Les os qui composent l'articulation acromio-claviculaire sont l'acromion (omoplate) et la clavicule. Les tissus mous qui composent l'articulation acromio-claviculaire sont les ligaments acromio-claviculaire et coraco-claviculaire.

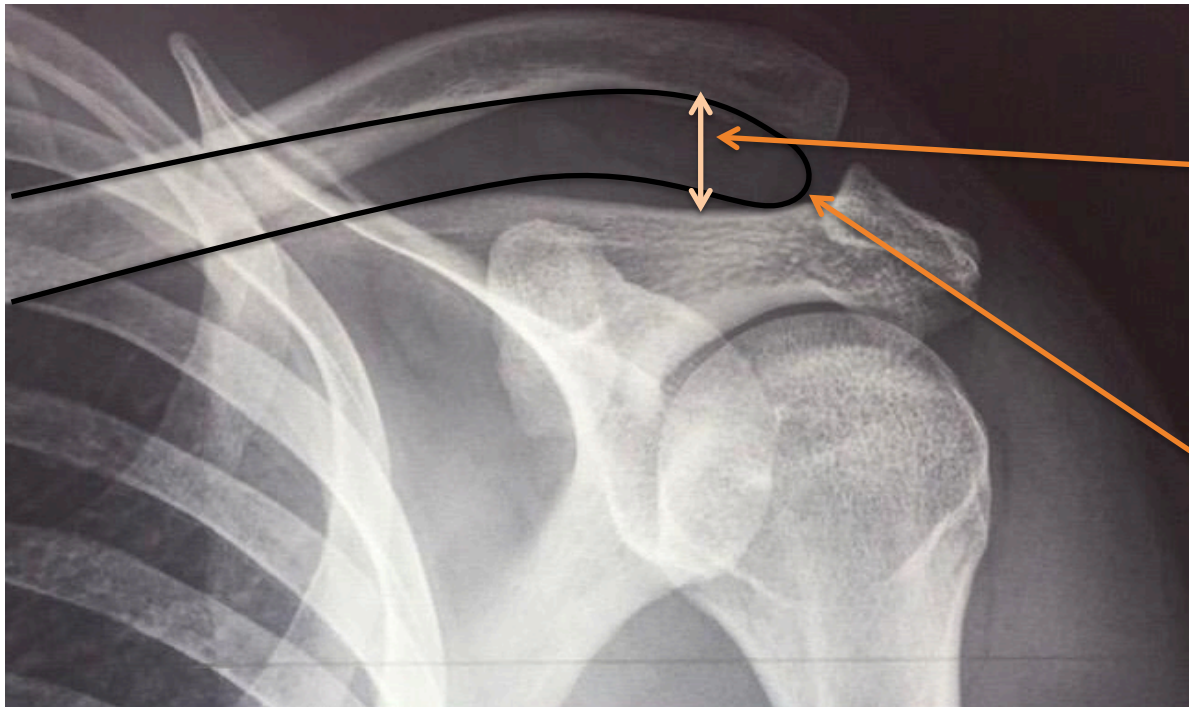


La mobilité de l'articulation acromio-claviculaire se fait parfois au détriment de sa stabilité. En effet, certains travaux ou activités sportives peuvent imposer de lourdes contraintes à l'épaule. Une luxation acromio-claviculaire est une séparation entre la clavicule et l'omoplate. Elle est généralement causée par une chute ou un coup sur l'épaule. La gravité d'une lésion de l'articulation acromio-claviculaire dépend des structures endommagées. Les lésions acromio-claviculaires sont classées en 6 catégories allant de la luxation légère peu grave à la séparation complète grave.

Attention :

Fumer augmente le risque de complications quelque soit le type d'intervention chirurgicale. Arrêter de fumer 4 semaines avant l'intervention et poursuivre le sevrage au minimum 3 mois après diminue ce risque supplémentaire.

Si vous fumez, parlez-en à votre médecin, votre chirurgien ou votre anesthésiste ou appelez la ligne Tabac-Info-Service au 3989 pour vous aider à réduire les risques et mettre toutes les chances de votre côté.



Espace trop important entre la clavicule et l'acromion qui témoigne d'une luxation acromio-claviculaire

Endroit auquel devrait se trouver la clavicule normalement

Quels sont les symptômes ?

La disjonction acromio-claviculaire entraîne une douleur de l'épaule. Généralement, la personne blessée soutient le coude tout en maintenant le bras près du corps pour éviter la douleur provoquée par les mouvements du bras. Un hématome ainsi qu'un gonflement avec une bosse apparaissent souvent sur le dessus de l'épaule.

Comment diagnostiquer une disjonction acromio-claviculaire ?

Les radiographies comparatives des deux épaules permettent de confirmer le diagnostic, d'évaluer la gravité de la blessure et d'éliminer une fracture de la clavicule.

Comment traiter une disjonction acromio-claviculaire ?

Le traitement peut être médical ou chirurgical. Il dépend :

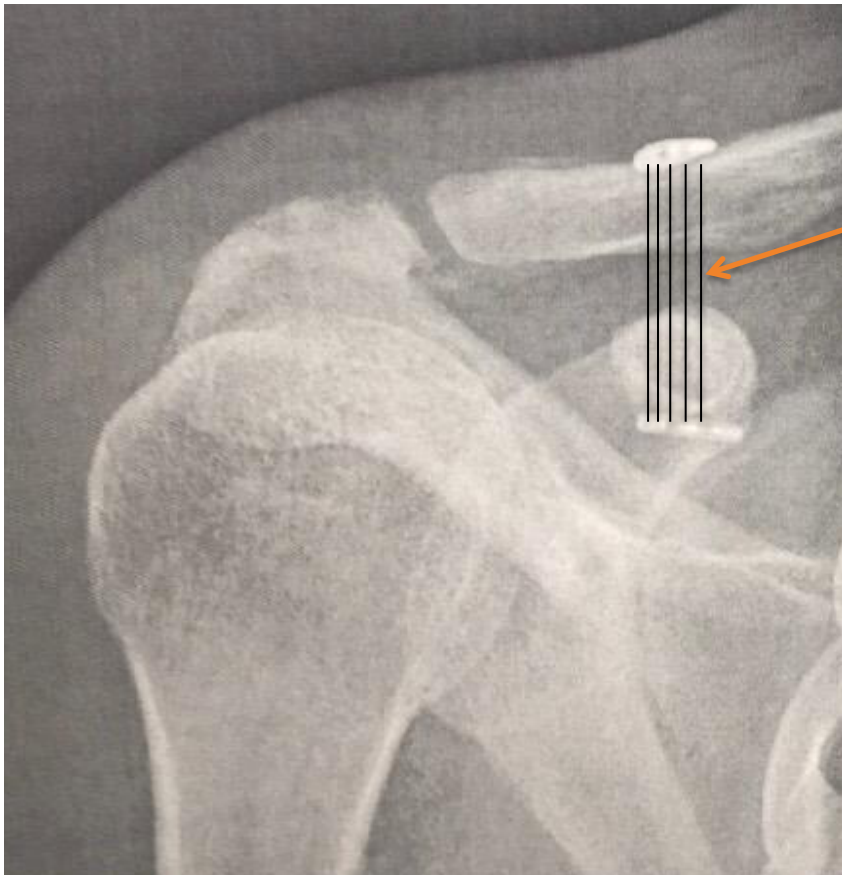
- de votre âge,
- de votre activité sportive,
- de votre profession,
- de la gravité de la blessure,
- du délai entre le traumatisme et le moment auquel vous consultez.

1) Le traitement médical dit « orthopédique »

La plupart des luxations acromio-claviculaires peu ou moyennement graves sont traitées médicalement avec succès. Le traitement consiste à glacer l'épaule pour diminuer la douleur et le gonflement, à porter une attelle d'immobilisation coude au corps.

2) Le traitement chirurgical

Diverses méthodes chirurgicales ont été utilisées pour stabiliser l'articulation acromio-claviculaire luxée. Actuellement, la méthode la plus souvent réalisée est une technique sous arthroscopie qui consiste à rapprocher la clavicule de la coracoïde en utilisant des matériaux synthétiques (endoboutons). Ces endoboutons permettent de guider la cicatrisation des ligament coraco-claviculaires. L'opération est réalisée sous anesthésie générale en ambulatoire (vous entrez et sortez le même jour que votre intervention).



Endobouton reliant la clavicle et la coracoïde pour rapprocher la clavicle et l'acromion

Quand il y a une indication à réaliser un traitement chirurgical, celui-ci doit être réalisé dans un délai maximum de 15 jours après l'accident. Au-delà de ce délai, d'une part, les chances de cicatriser sont plus faibles et d'autre part le traitement chirurgical standard ne fonctionne pas. On préfère mettre en place un traitement médical.

Evolution habituelle

L'épaule est immobilisée jour et nuit par une attelle pendant plusieurs semaines. On associe une prescription de médicaments contre la douleur et anti-inflammatoires. La kinésithérapie est débutée après avoir retiré l'immobilisation.

Suivi

Vous serez revu(e) en consultation de contrôle à l'UMPP dans le mois qui suit l'intervention. Plusieurs radiographies de contrôle seront à réaliser au cours du suivi. L'arrêt de travail va généralement de quelques semaines à quelques mois mais dépendra de votre profession. La reprise des activités sportives et de la conduite est envisagée à partir de la 6^e semaine après le traitement.

Risques et complications

Les complications précoces principales liées à l'intervention sont :

- l'hématome nécessitant un glaçage et une surélévation du bras,
- une infection nécessitant une reprise chirurgicale pour lavage de l'articulation et une antibiothérapie.

La complication fréquente à moyen terme est l'absence de cicatrisation des ligaments nécessitant éventuellement une opération pour nouvelle stabilisation de l'articulation si les douleurs persistent.

Les complications tardives principales sont :

- la raideur et l'algoneurodystrophie nécessitant la réalisation de kinésithérapie,
- l'arthrose nécessitant un traitement médical et/ou chirurgical si résistante au traitement médical bien conduit.

AU CAS OÙ UNE IMMOBILISATION VOUS A ÉTÉ PRESCRITE :

Le port d'un pansement ou d'une immobilisation (attelle, plâtre, résine) contre-indique la pratique du sport et la conduite automobile. Ils ne doivent pas être mouillés (pendant la toilette).

Une attelle doit être portée de manière stricte, en permanence, jour et nuit, y compris pendant la toilette. Elle ne peut être retirée qu'en présence de personnel soignant ou après autorisation de votre chirurgien.

Vous devez bouger précocement en post-opératoire toutes les parties de la main et du membre supérieur non-immobilisées par l'attelle, plâtre ou résine.

Il est rappelé que toute intervention chirurgicale comporte un certain nombre de risques (liés à l'anesthésie, infectieux, hémorragiques, lésions nerveuses...) y compris vitaux, tenant à des variations individuelles qui ne sont pas toujours prévisibles. Certaines de ces complications sont de survenue exceptionnelle et peuvent parfois ne pas être guérissables. Au cours de cette intervention, le chirurgien peut se trouver en face d'une découverte ou d'un événement imprévu nécessitant des actes complémentaires ou différents de ceux initialement prévus, voire une interruption du protocole prévu.



L'UMPP se tient à votre disposition en cas de besoin
Secrétariat (en journée, hors WE et jours fériés) :

01 44 16 56 94

Service des urgences (8-22h en semaine et 8h-22h WE et jours fériés) :

24 rue des Peupliers, 75013 Paris

01 44 16 55 92

Chirurgien d'astreinte (soir, WE et jours fériés) : 01 44 16 56 95