

# Objectifs

D. Nerisson

- ① 1. Inventaire des pathologies de l'épaule
- ② 2. Protocoles post opératoires
- ③ 3. Présentation du **RST** (DN)

# 1. Pathologies de l'épaule: inventaire

## Répartition chirurgicale / incidence population

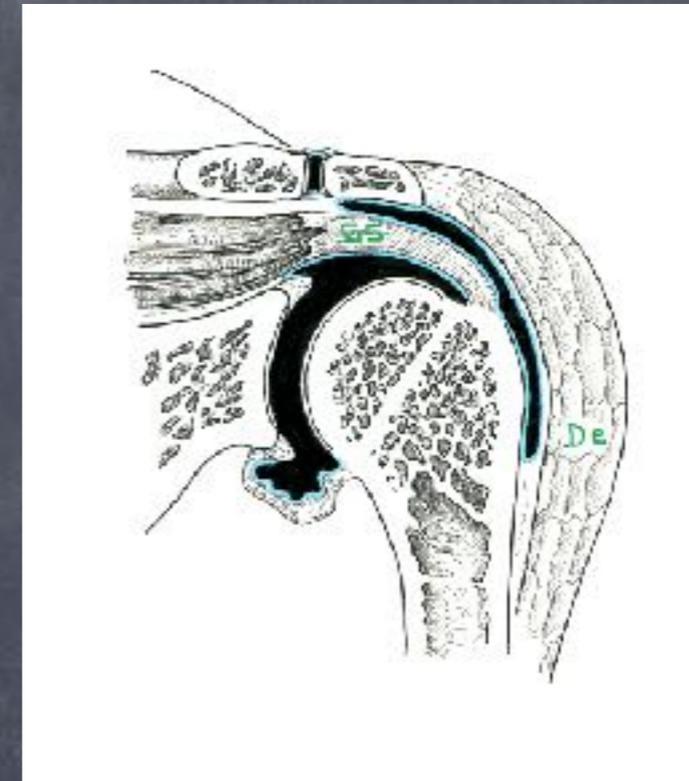
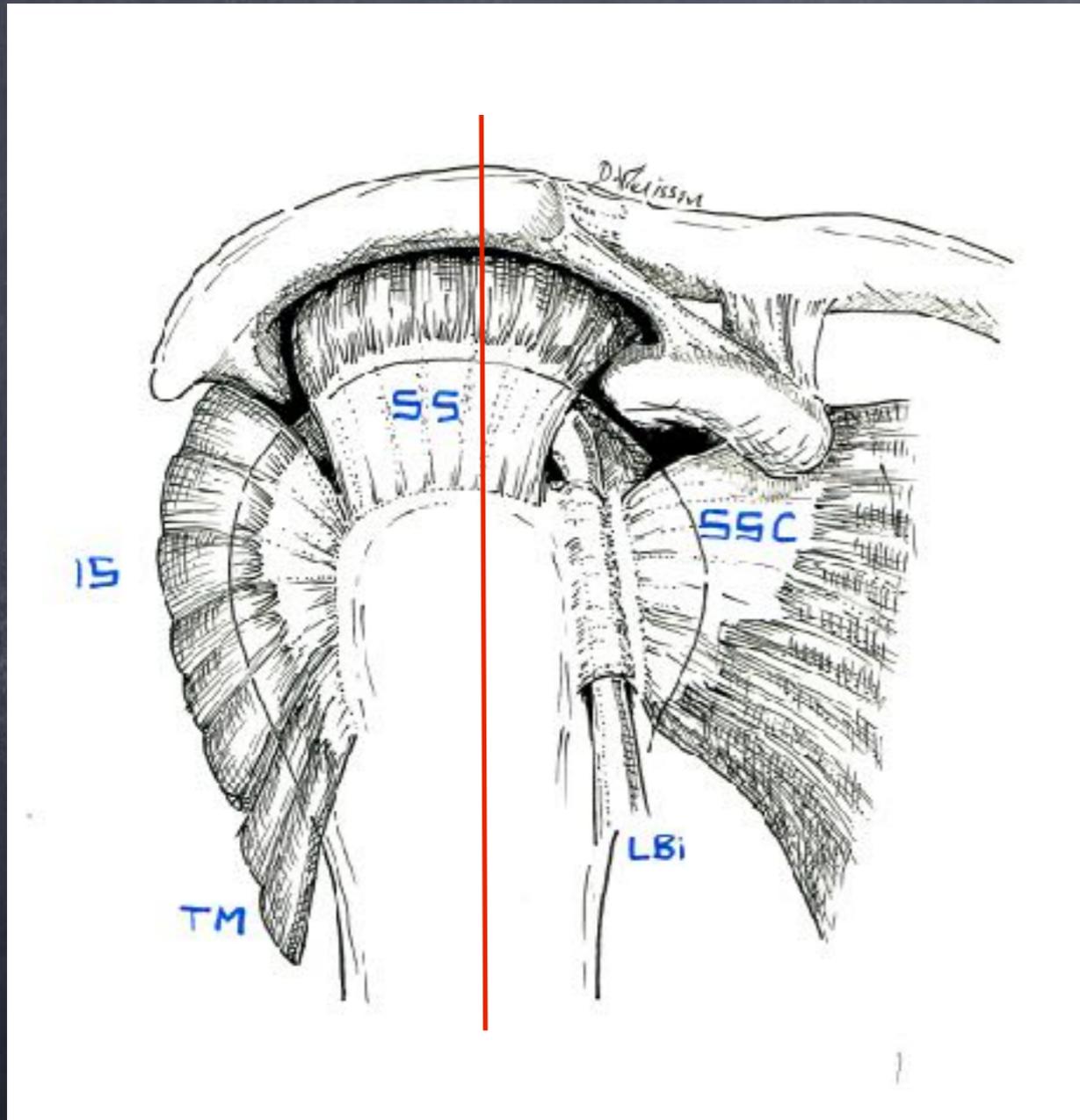
- ① 1. Tendons de la coiffe des rotateurs 80%
  - 20% pop > 35a (200.000/an pour le 67) - OP: 1%
- ② 2. Arthrose scapulo-humérale (omarthrose) 12%
  - 1% pop > 60 ans (12.000/an) - OP: 1-2%
- ③ 3. Instabilité et lésions sportives 8%

- 1. Tendons de la coiffe des rotateurs 80%
  - 20% pop > 35a (200.000 pour le 67) - OP: 1%
- 2. Arthrose scapulo-humérale (omarthrose) 12%
  - 1% pop > 60 ans - OP: 1-2%
- 3. Instabilité et lésions sportives 8%

# Tendons de la coiffe opérés – Répartition

- **travailleurs manuels salariés 55%**
  - La moitié en AT ou MP (€ +++)
  - 48-58 ans, en général > 35 ans exposition / inaptitude
- **Artisans 20% (> 45ans)**
  - entreprise menacée
- **Retraités actifs 20%**
- **Sportifs 5%** (lanceurs: hand)

# Tendons de la coiffe – anatomie



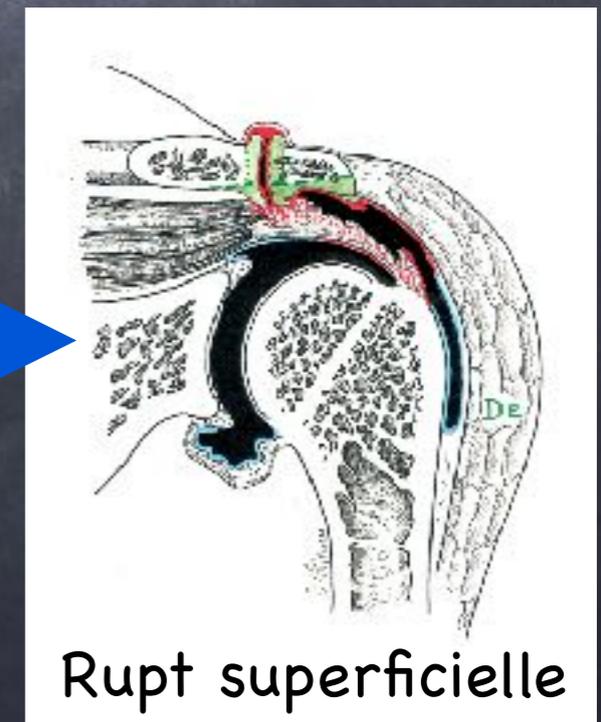
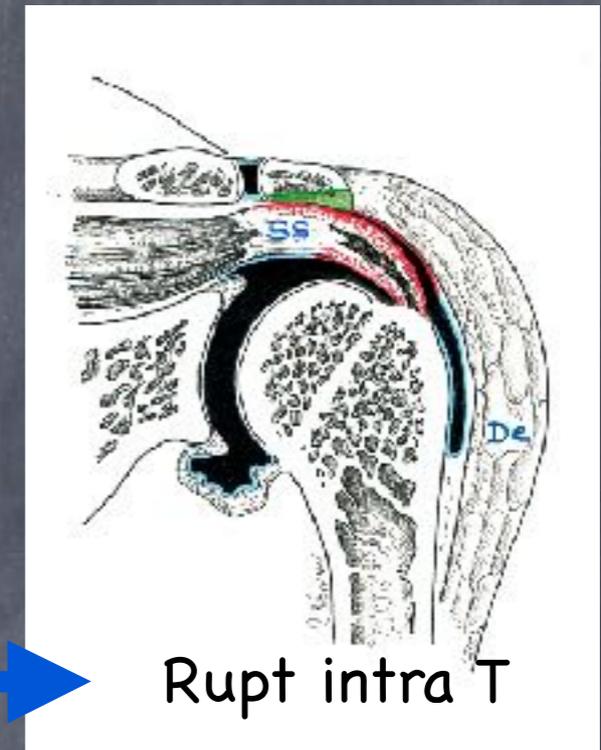
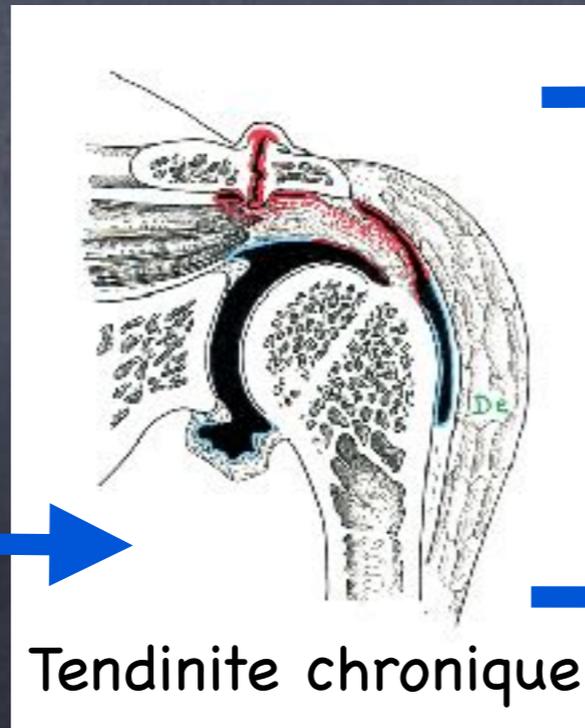
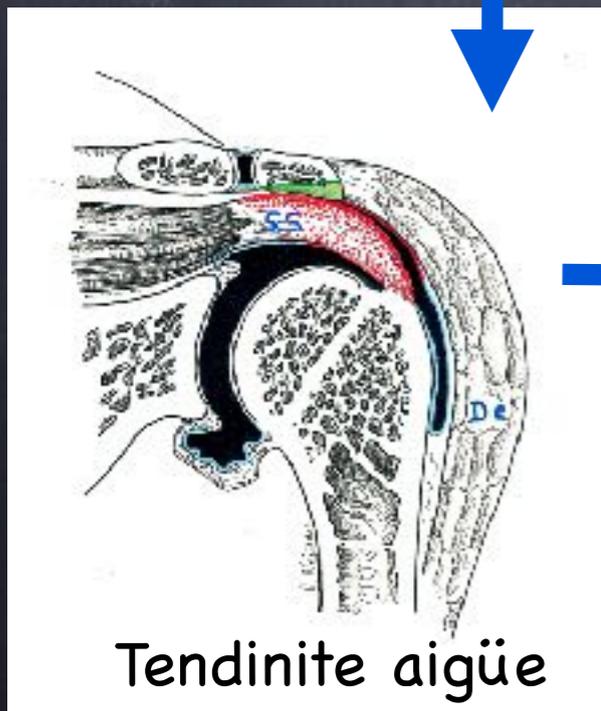
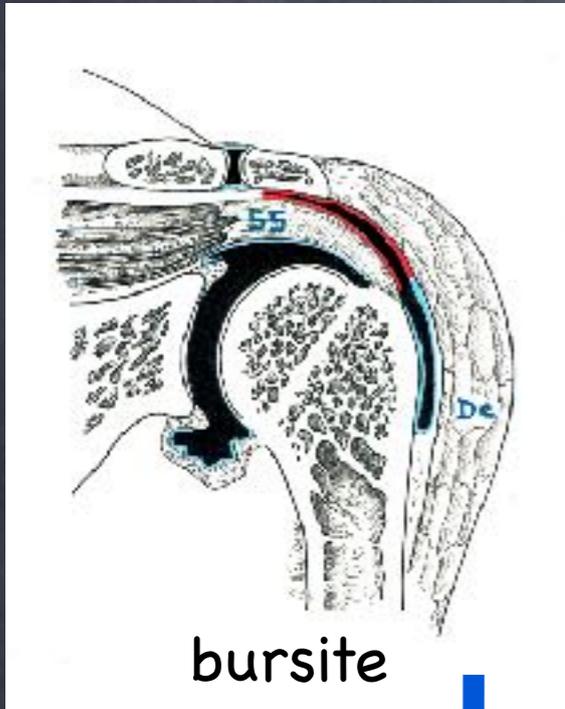
5 tendons

- fonction
- conflit

# Tendons de la coiffe

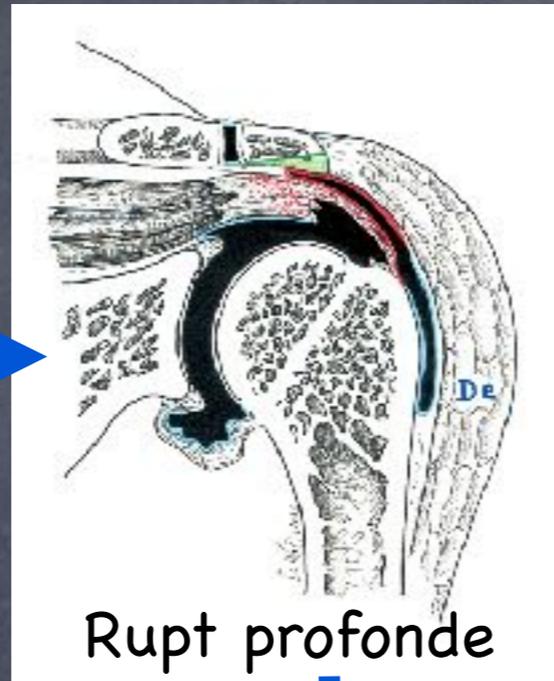
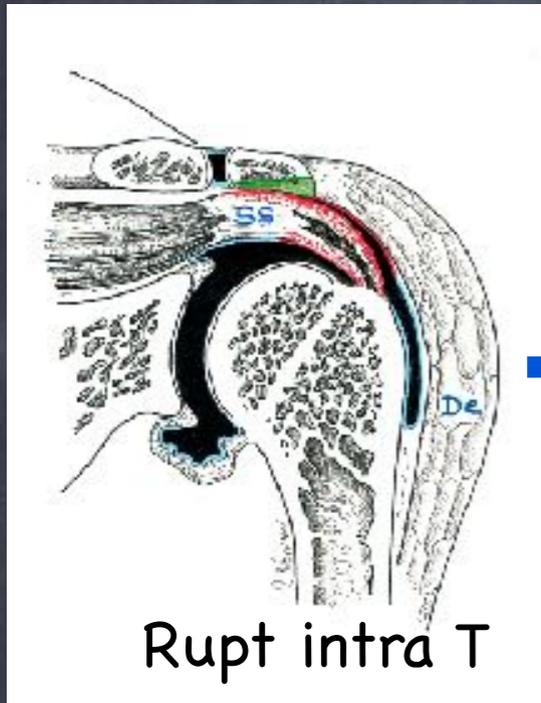
les différentes lésions: évolution

Acromioplastie  
+/-  
arthroplastie AC

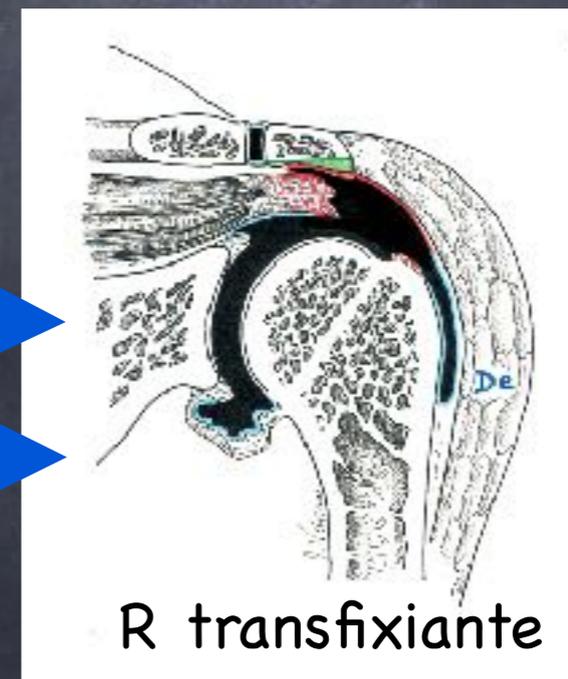
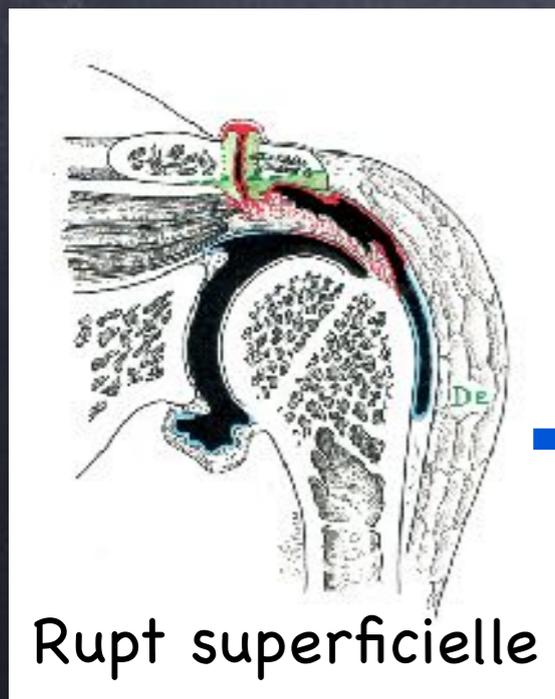


# Tendons de la coiffe

les différentes lésions: évolution



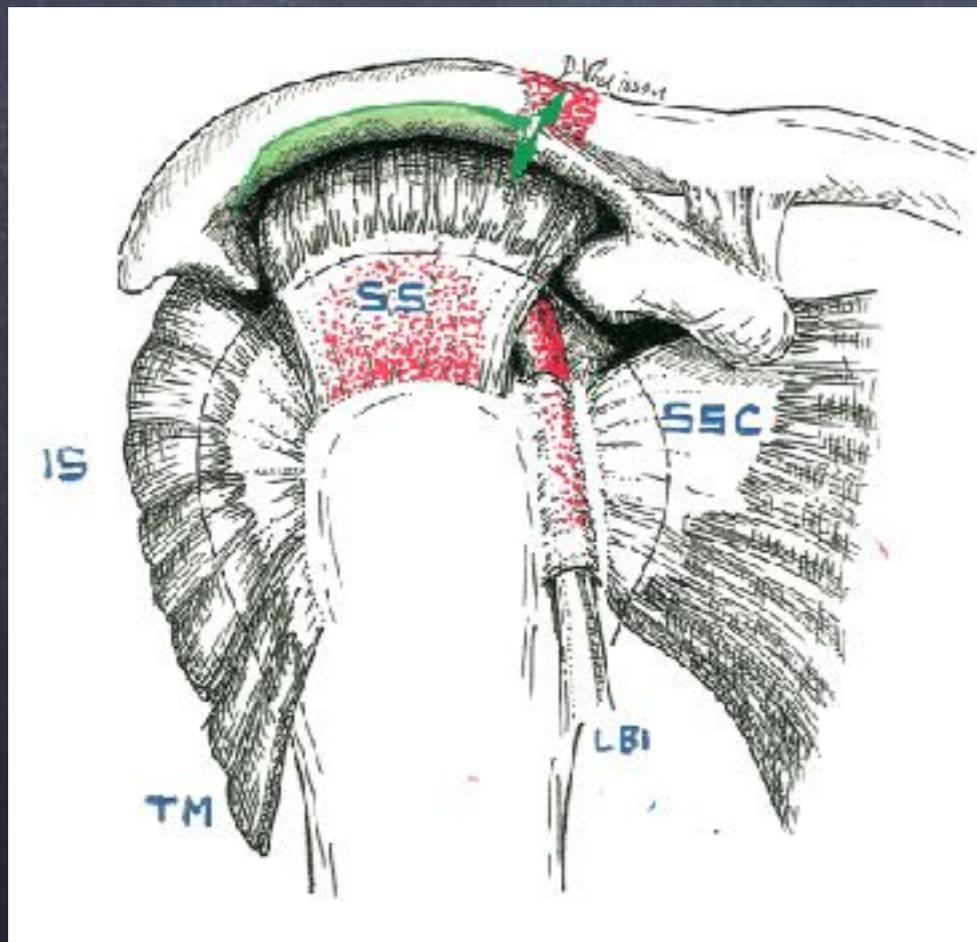
Acromioplastie  
+ Réinsertion tendon  
+/- arthroplastie AC



# Tendons de la coiffe

les différentes topographies des lésions

Coiffes **inflammatoires** (sans ruptures)

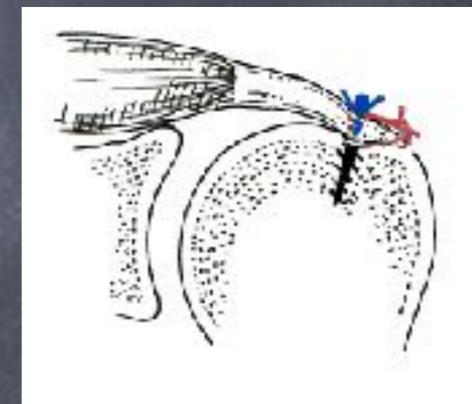
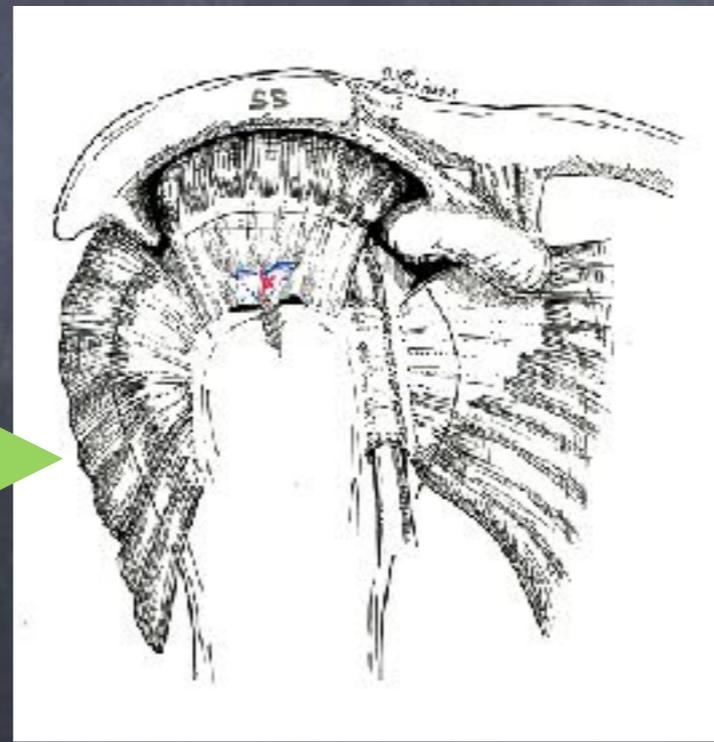
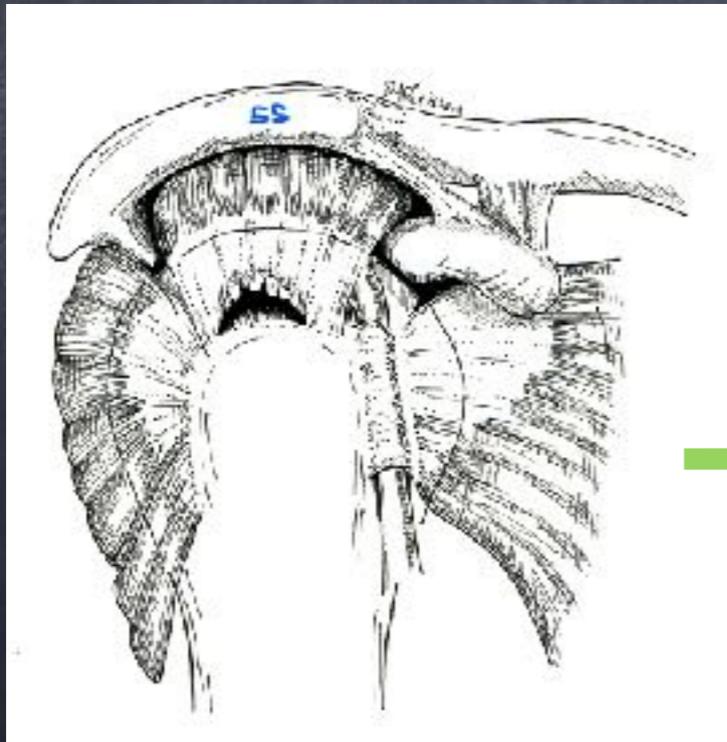


- tendinite du SS  
AP
- tendinite du Long biceps  
Bi(t) ou Bi(d) ou Bi(T)
- arthrose acr.-clav.  
AC

# Tendons de la coiffe

les différentes topographies des lésions

Coiffes avec **petites ruptures** (SS)

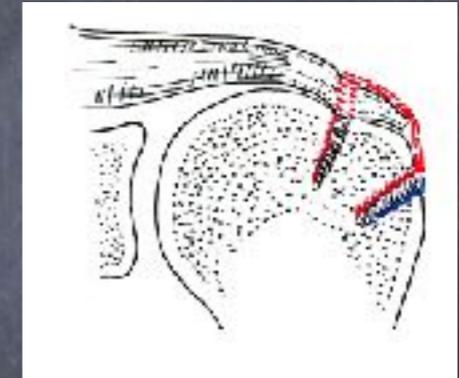
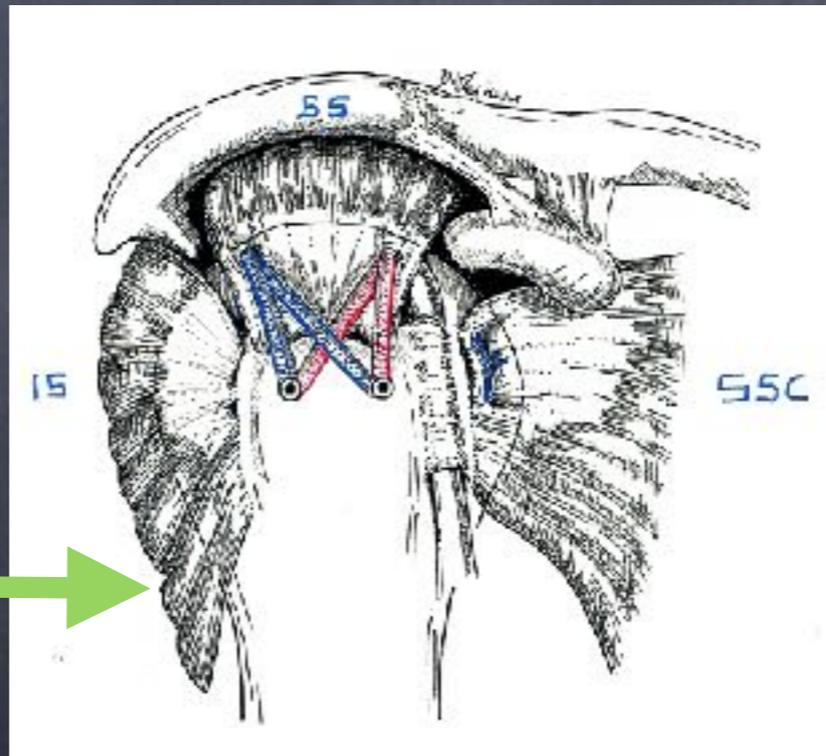
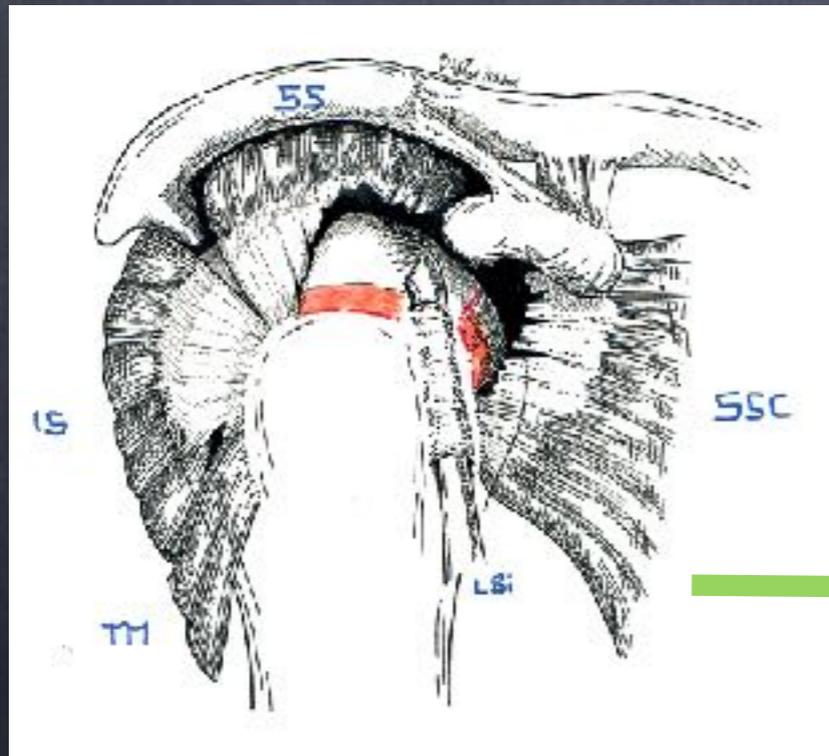


AP + SS

# Tendons de la coiffe

les différentes topographies des lésions

Coiffes avec ruptures moyennes (SS+SSC)

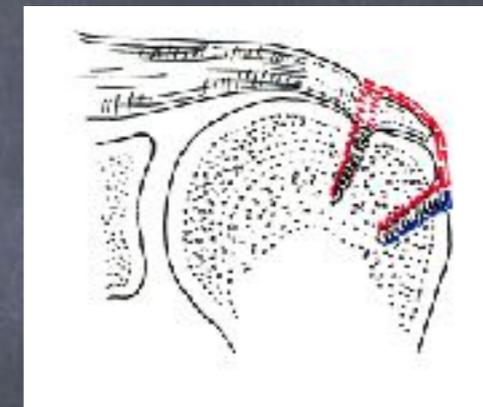
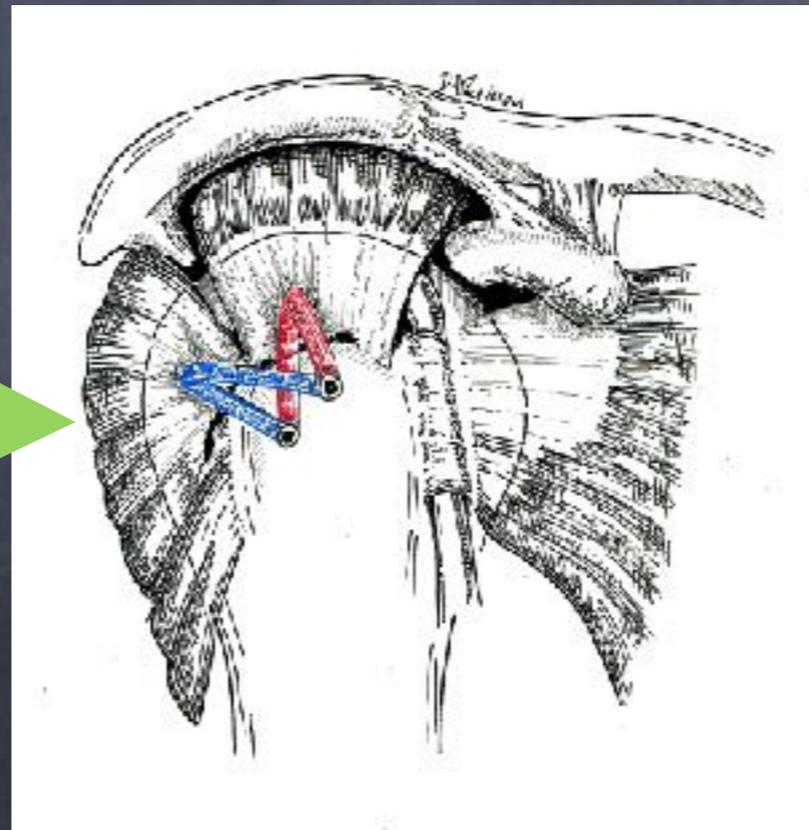
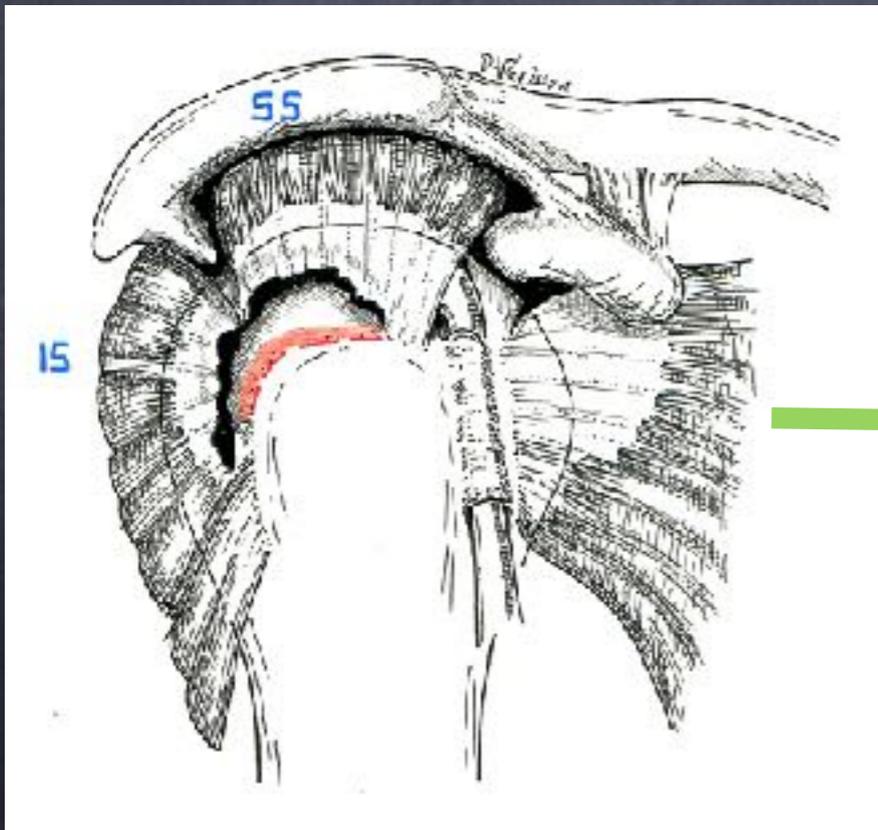


AP + SS + SSC

# Tendons de la coiffe

les différentes topographies des lésions

Coiffes avec **ruptures moyennes** (SS+IS)

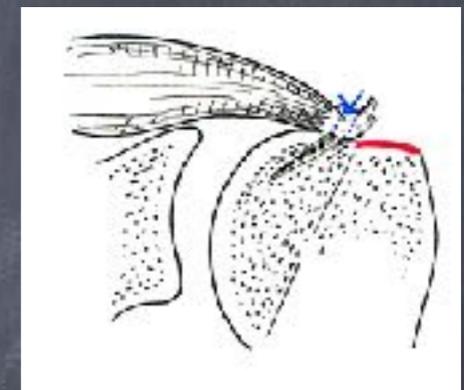
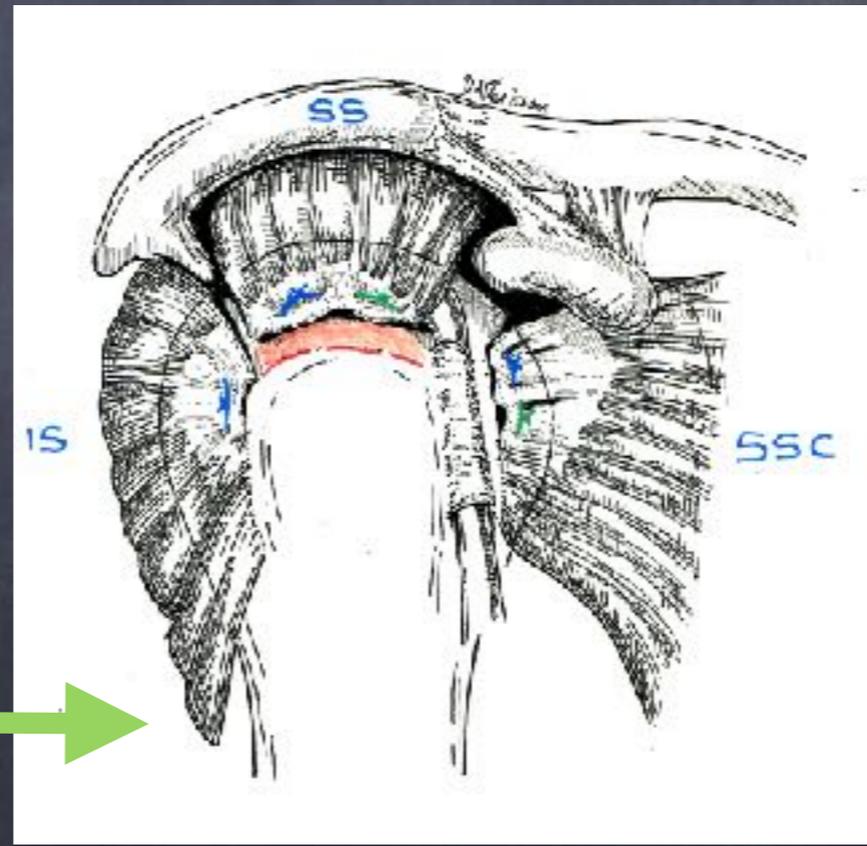
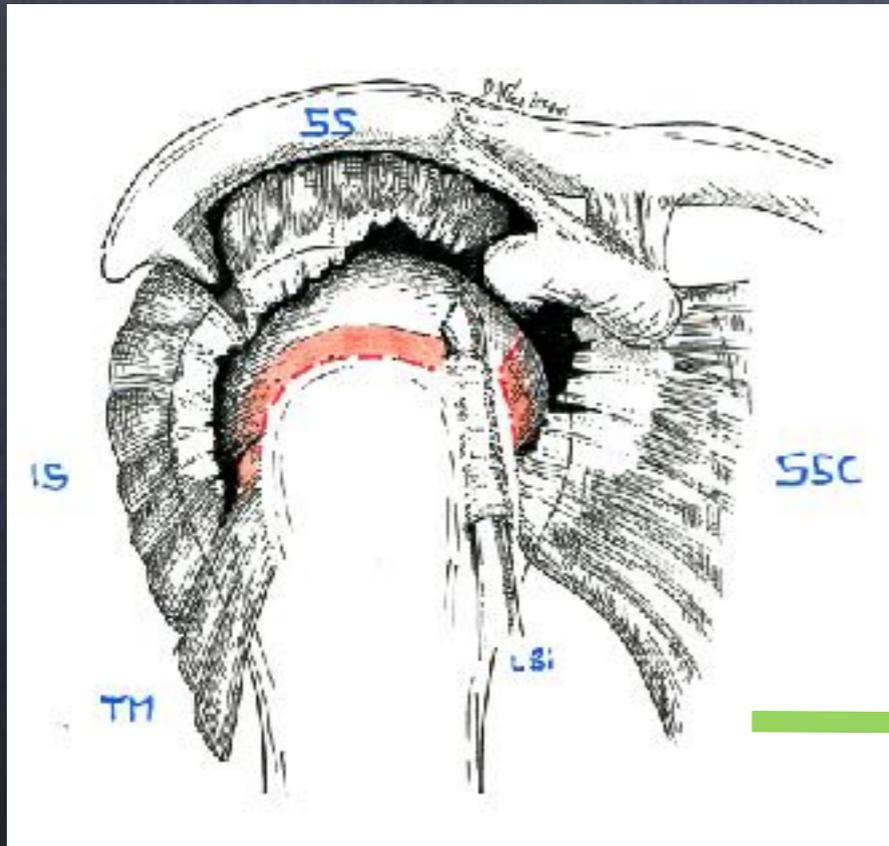


AP + SS + IS

# Tendons de la coiffe

les différentes topographies des lésions

Coiffes avec **grandes ruptures** (SS+IS+SSC)



AP  
+ SS + IS +  
SSC

① 1. Tendons de la coiffe des rotateurs 80%

□ 20% pop > 35a (200.000 pour le 67) - OP: 1%

① 2. Arthrose scapulo-humérale  
(omarthrose) 12%

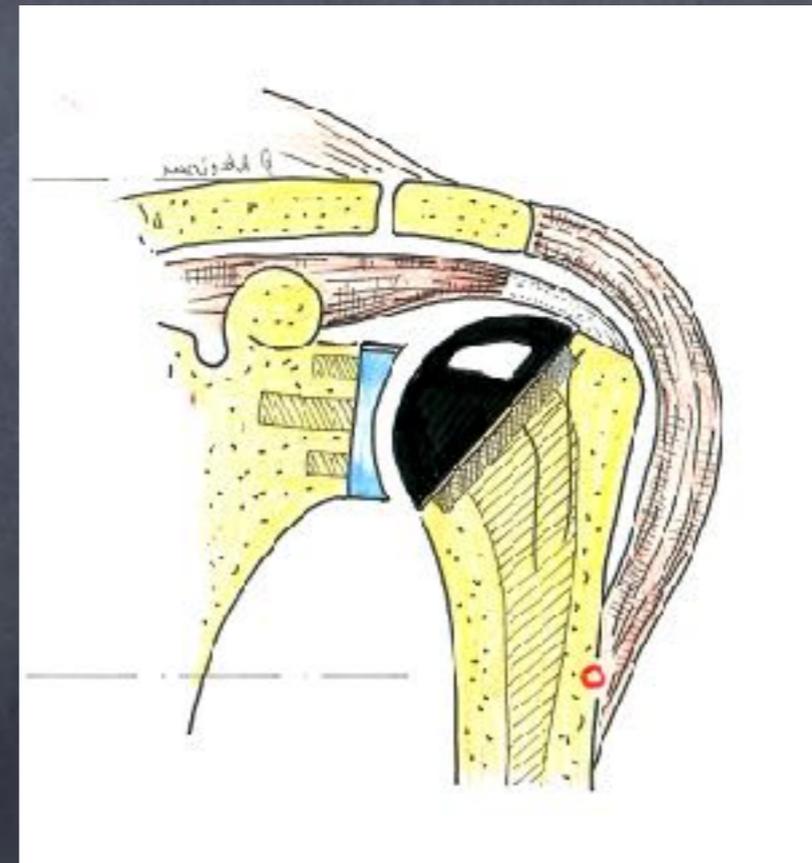
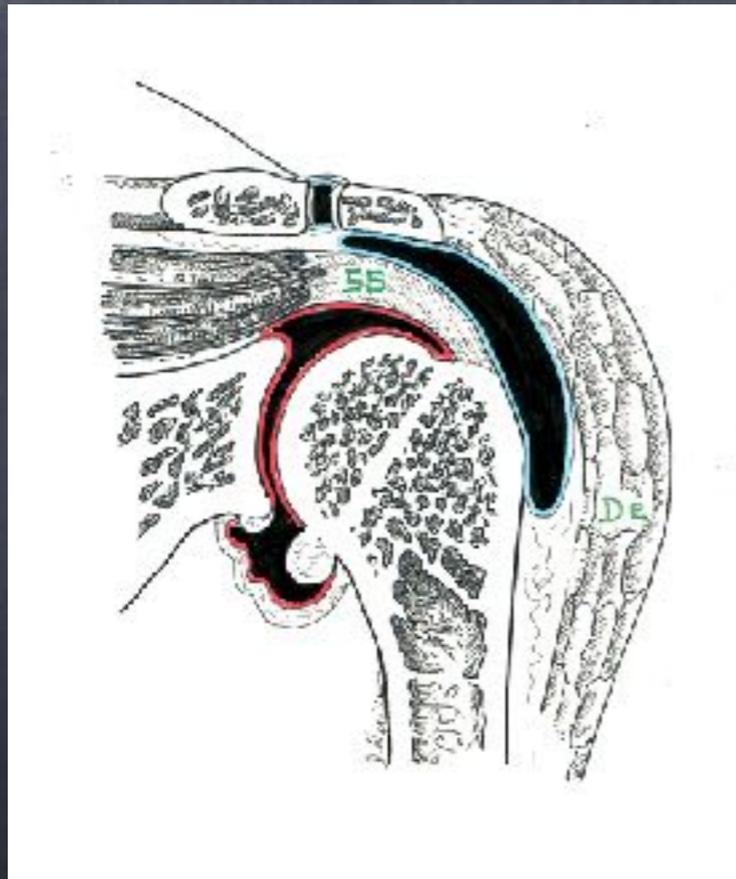
□ 1% pop > 60 ans (12.000/an) - OP: 1-2%

① 3. Instabilité et lésions sportives 8%

# Omarthrose

sans rupture de coiffe (centrée)

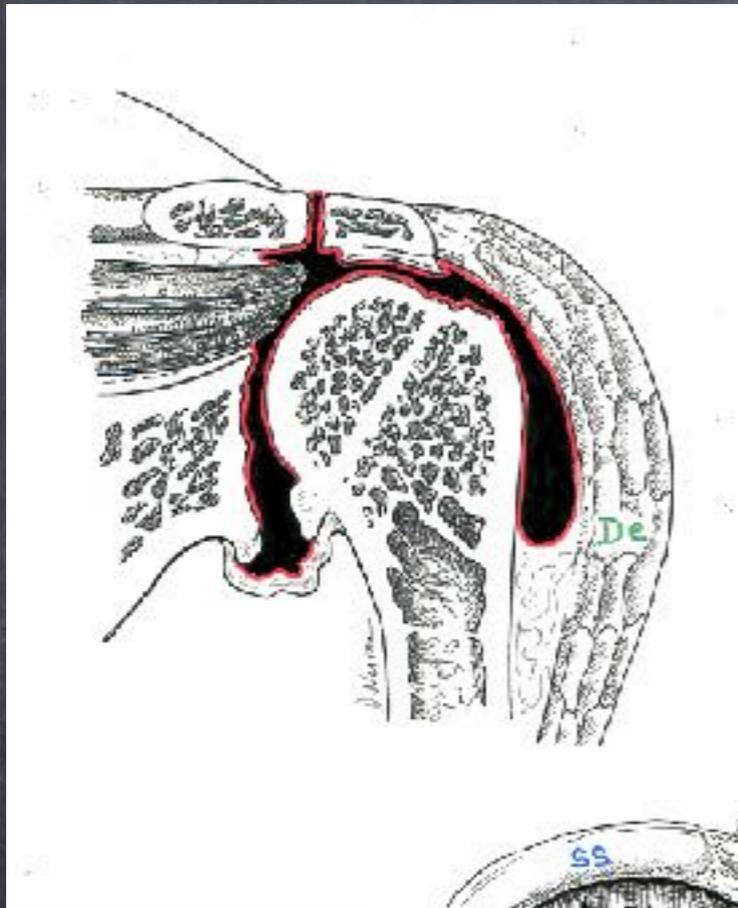
55a - 65a



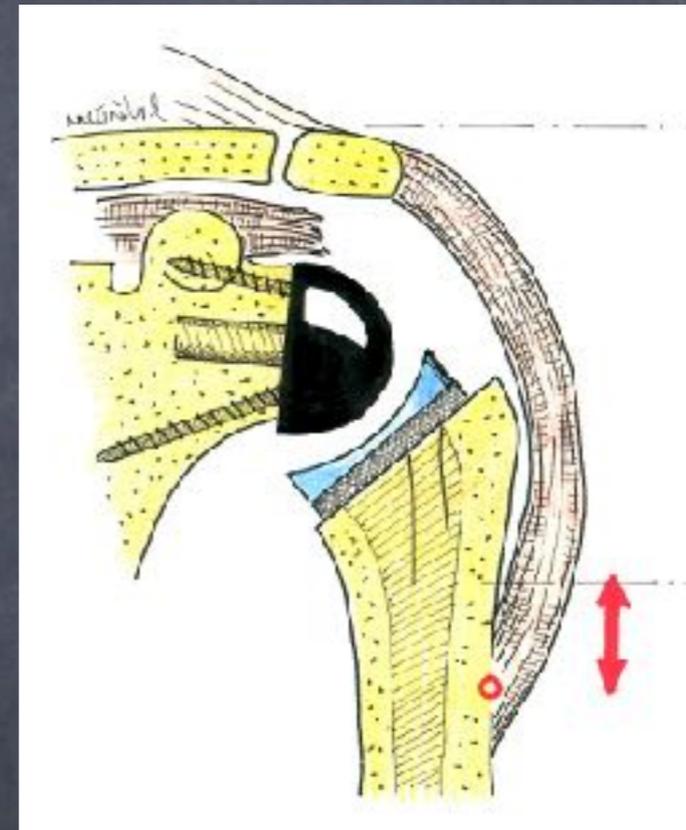
PTE anatomique

# Omarthrose

avec rupture de coiffe (excentrée)

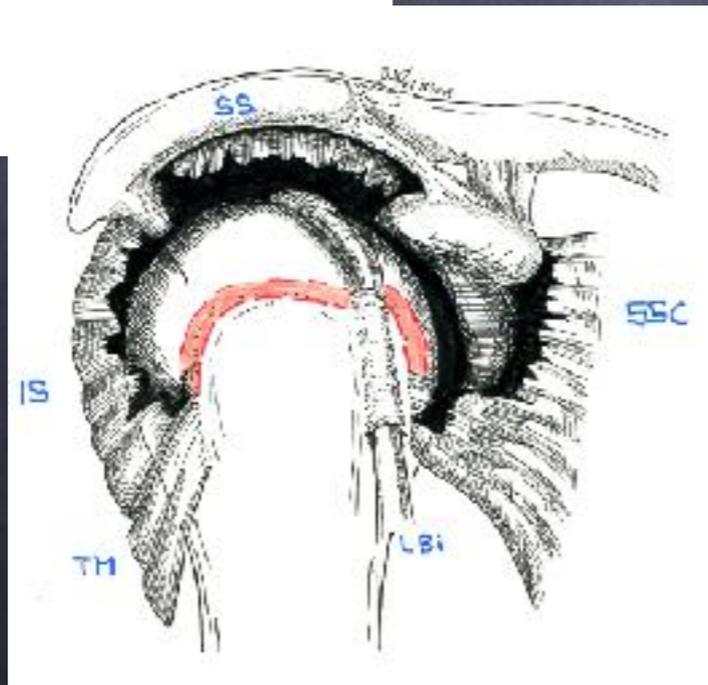


60a et +



PTE inversée

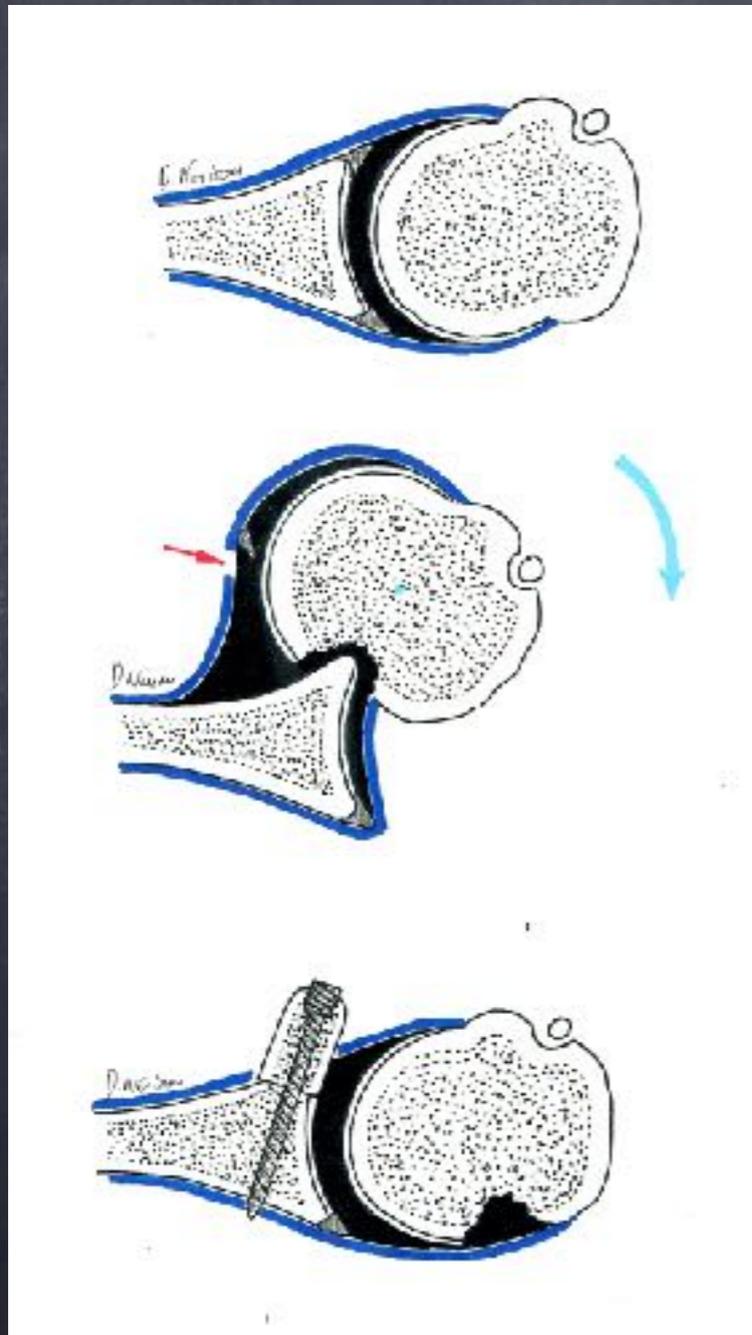
+ ou - TLD



- ① 1. Tendons de la coiffe des rotateurs 80%
  - 20% pop > 35a (200.000 pour le 67) - OP: 1%
- ① 2. Arthrose scapulo-humérale (omarthrose) 12%
  - 1% pop > 60 ans - OP: 1-2%
- ① **3. Instabilité et lésions sportives 8%**

# Epaules du sportif / accident

luxations gléno-humérales antérieures répétées

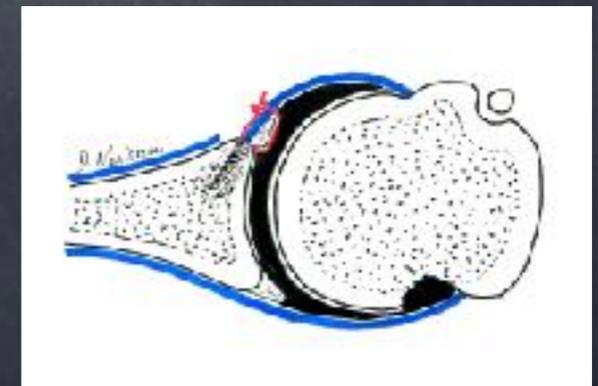


normale

luxation antérieure (toujours chirurgicale)

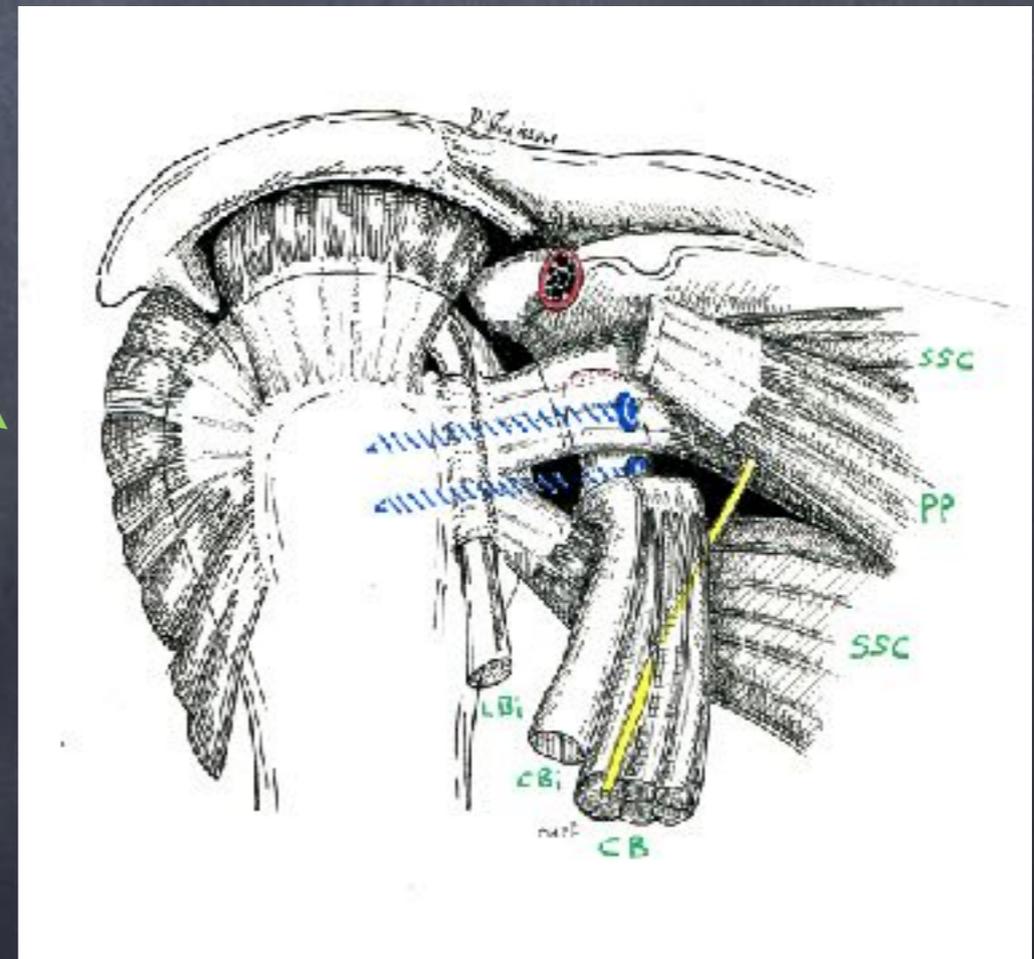
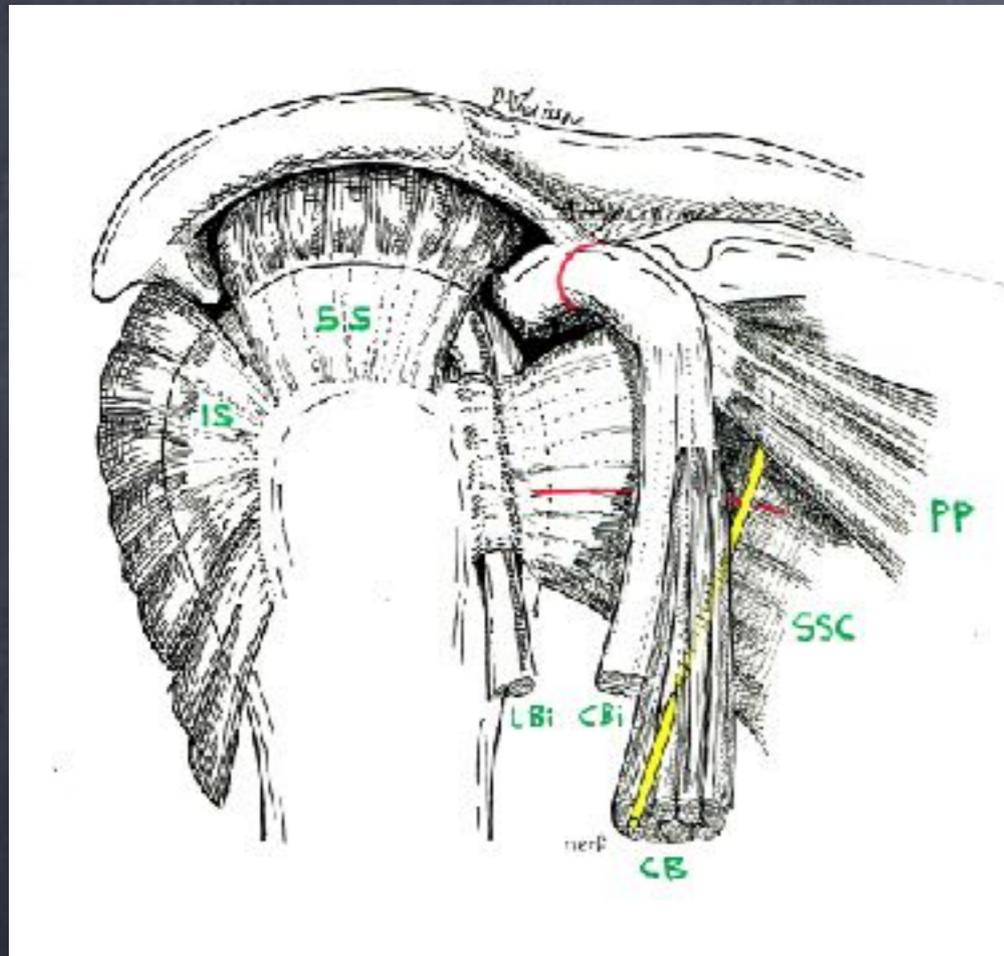
butée  
Latarjet

Bankart



# Epaules du sportif / accident

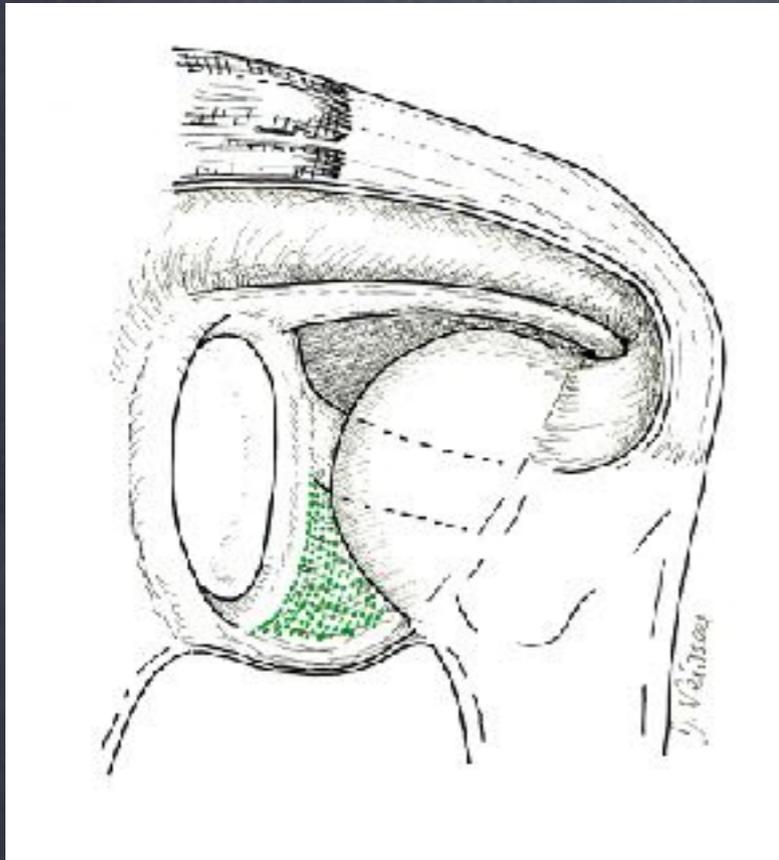
luxations gléno-humérales antérieures répétées



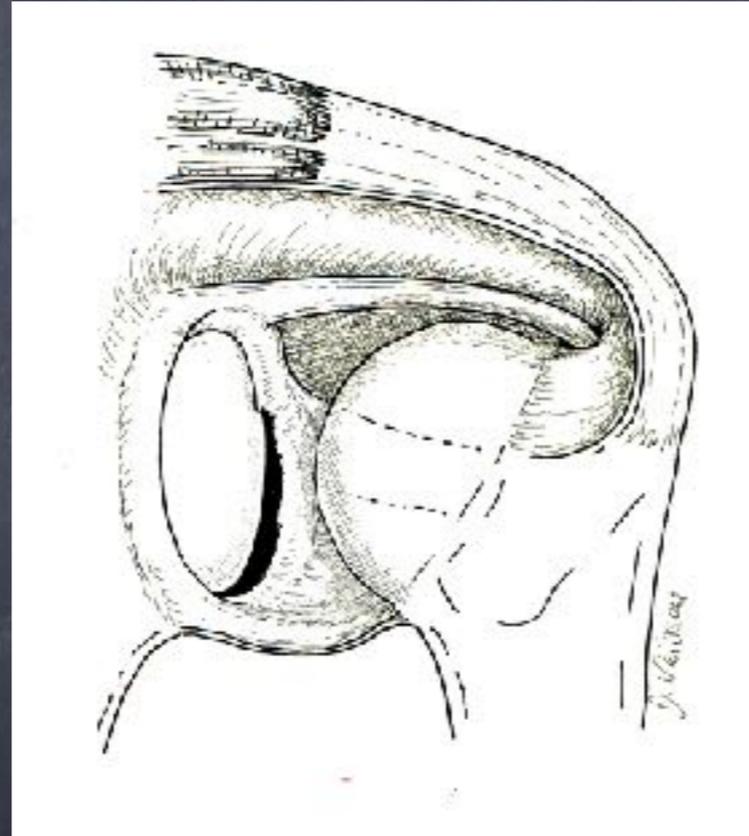
butée  
Latarjet

# Epaules du sportif / accident

luxations gléno-humérales antérieures répétées

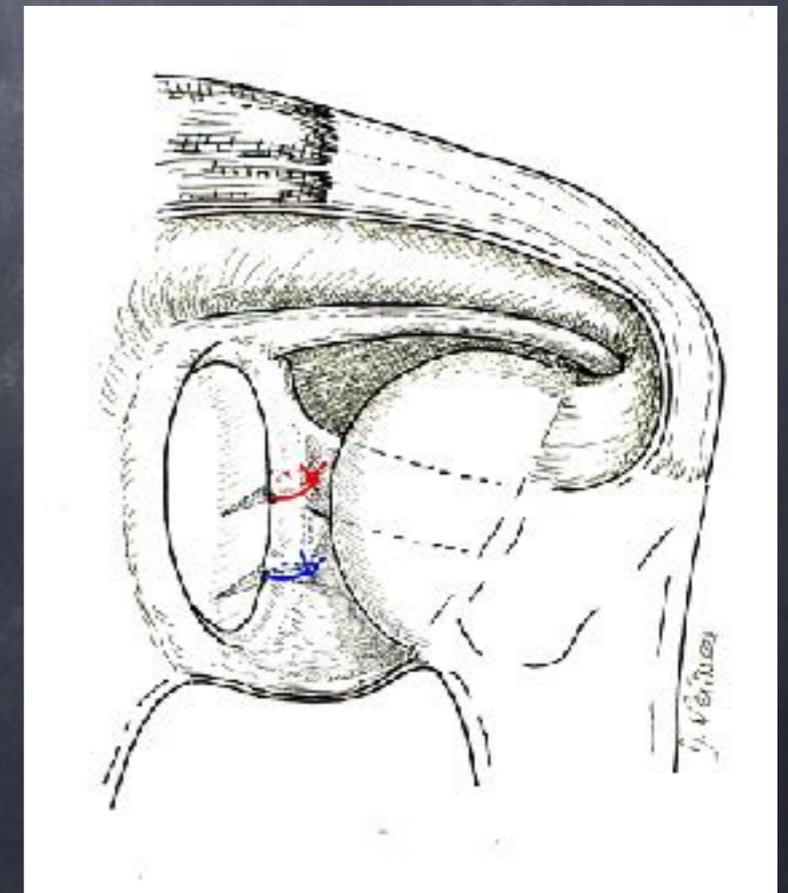


capsule normale



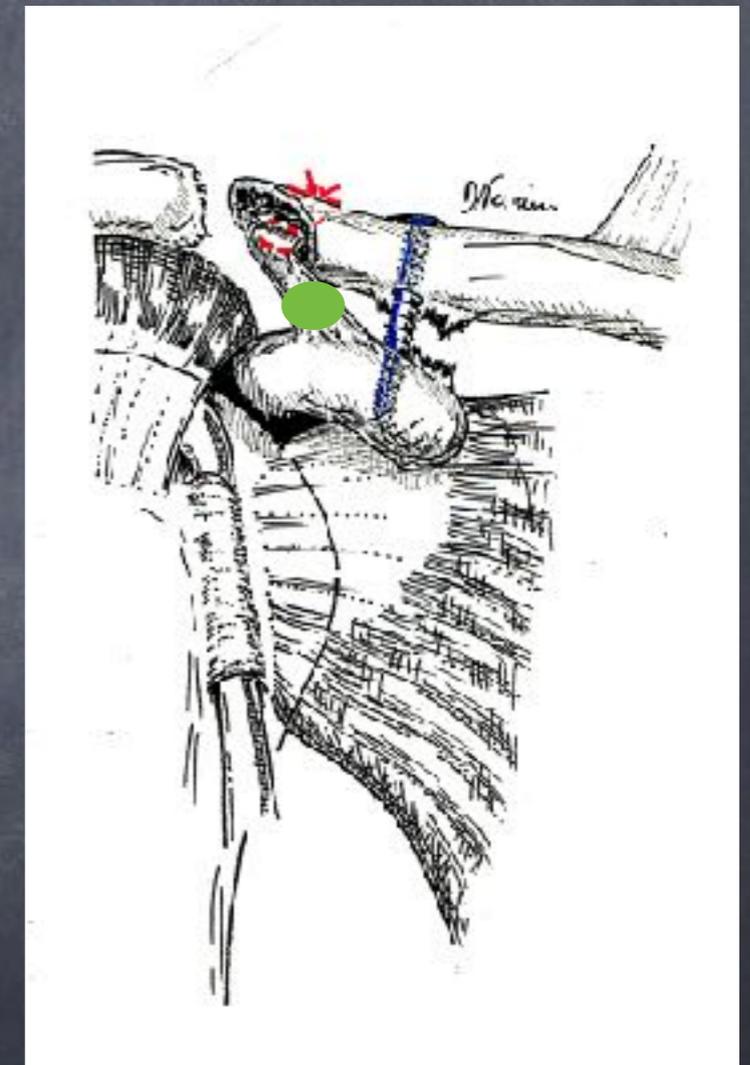
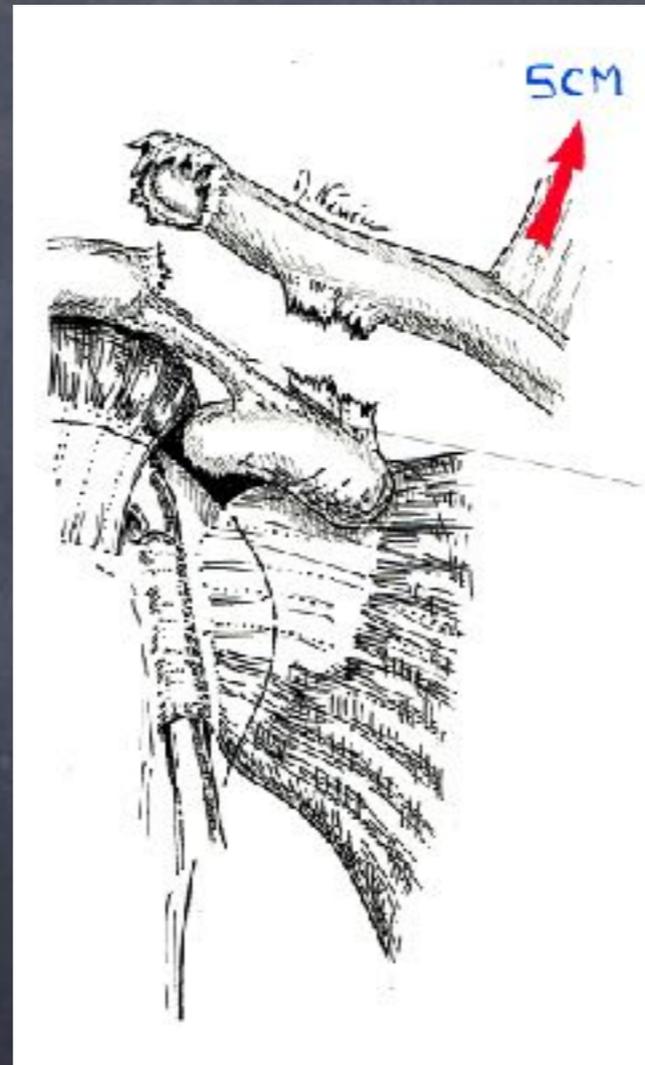
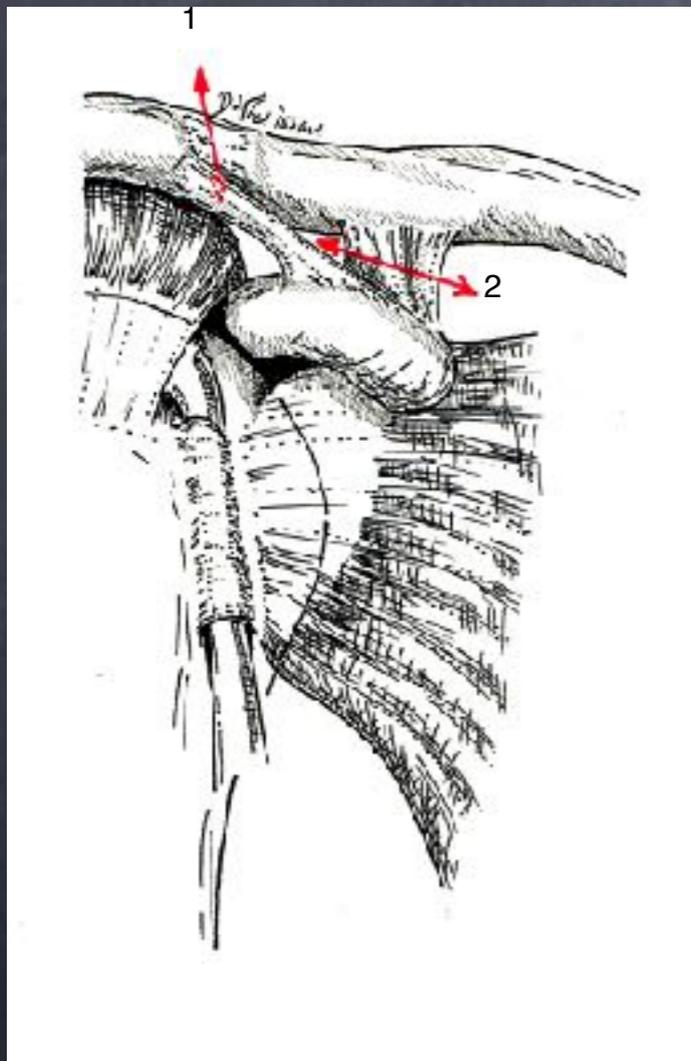
Lésion de Bankart

Suture de la capsule / Bankart



# Epaules du sportif / accident

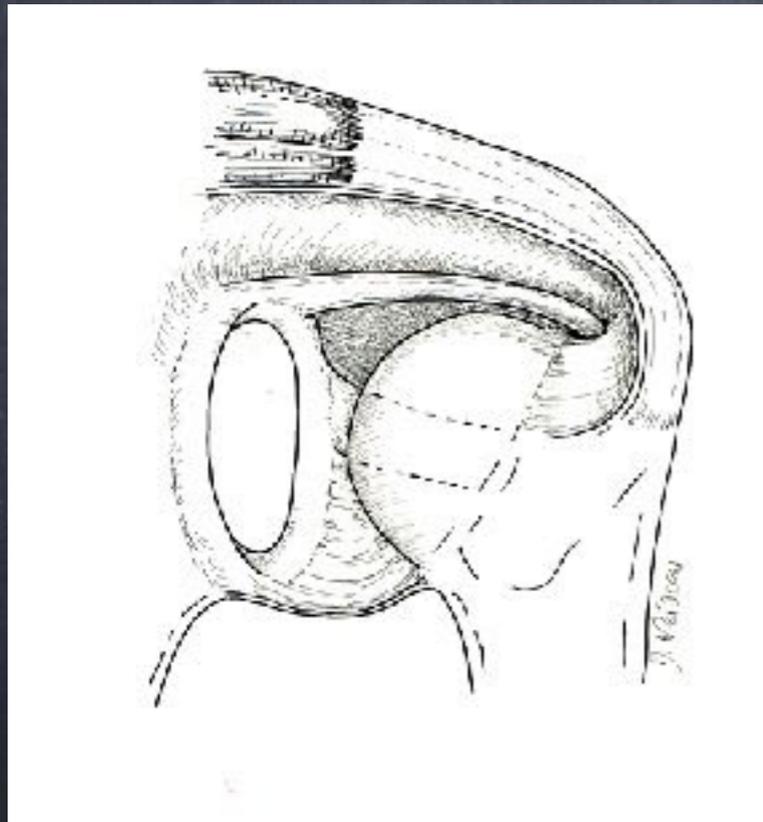
## luxation acromio-claviculaire chronique



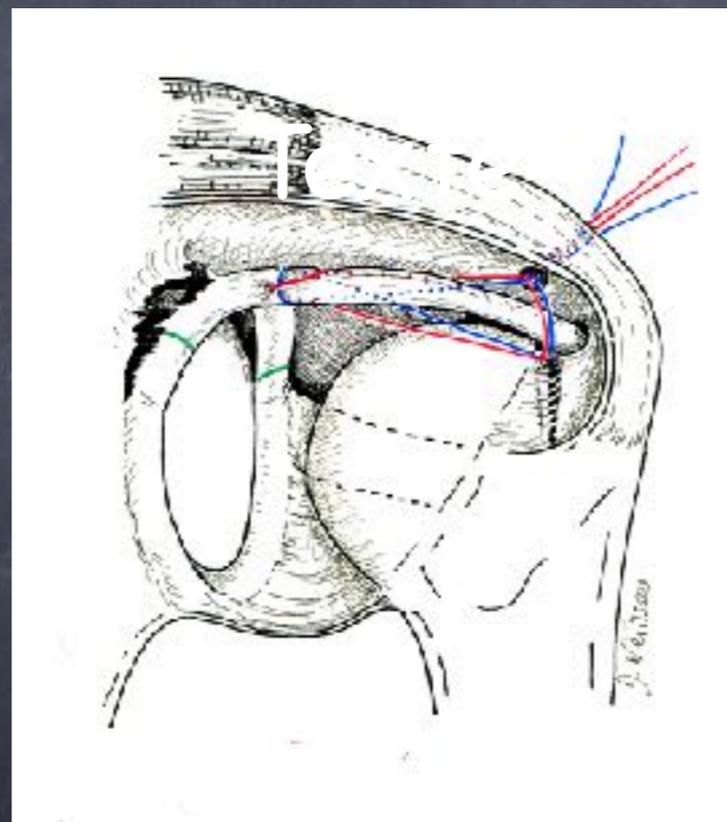
Ligamentoplastie  
AC

# Epaules du sportif / accident

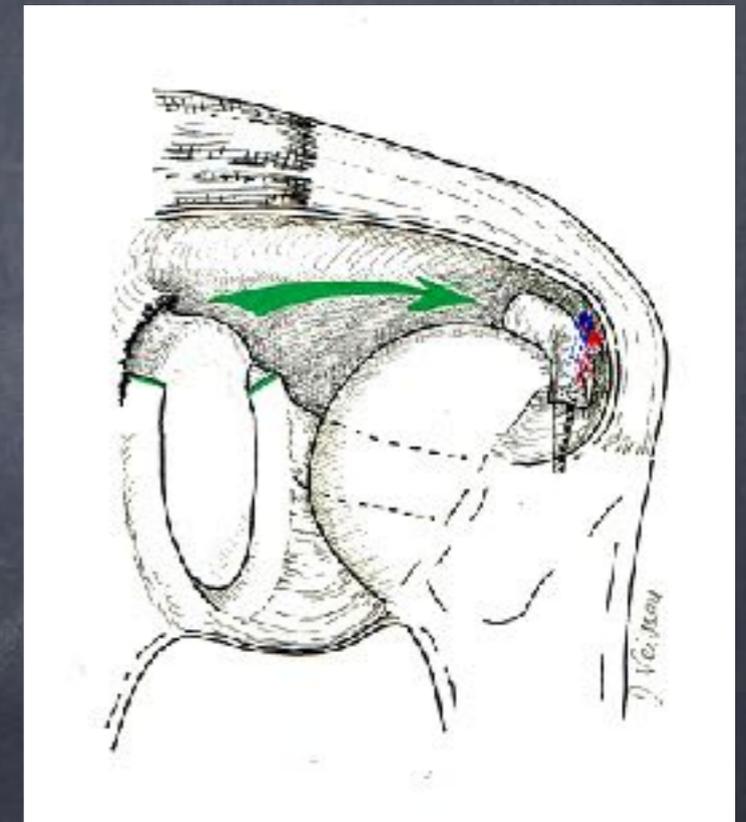
lésions du labrum glénoïdien (bourrelet)



labrum normal



SLAP



Bi (T) ou (d)  
ou BG

# 2. Protocoles post opératoires

Dr Nerisson

- Parcours péri opératoire
- Anesthésie et antalgie
- Pansement et soins infirmiers
- Gestes et postures

# Protocoles post OP

- Parcours péri opératoire
- Anesthésie et antalgie
- Pansement et soins infirmiers
- Gestes et postures

# Parcours péri opératoire

## "RST"

- réunion Rhéna J-10
- kiné 1x/j à J1
- réunion Rhéna J+15  
(kiné + chir)
- début kiné de ville J30  
(sauf PTE inv)

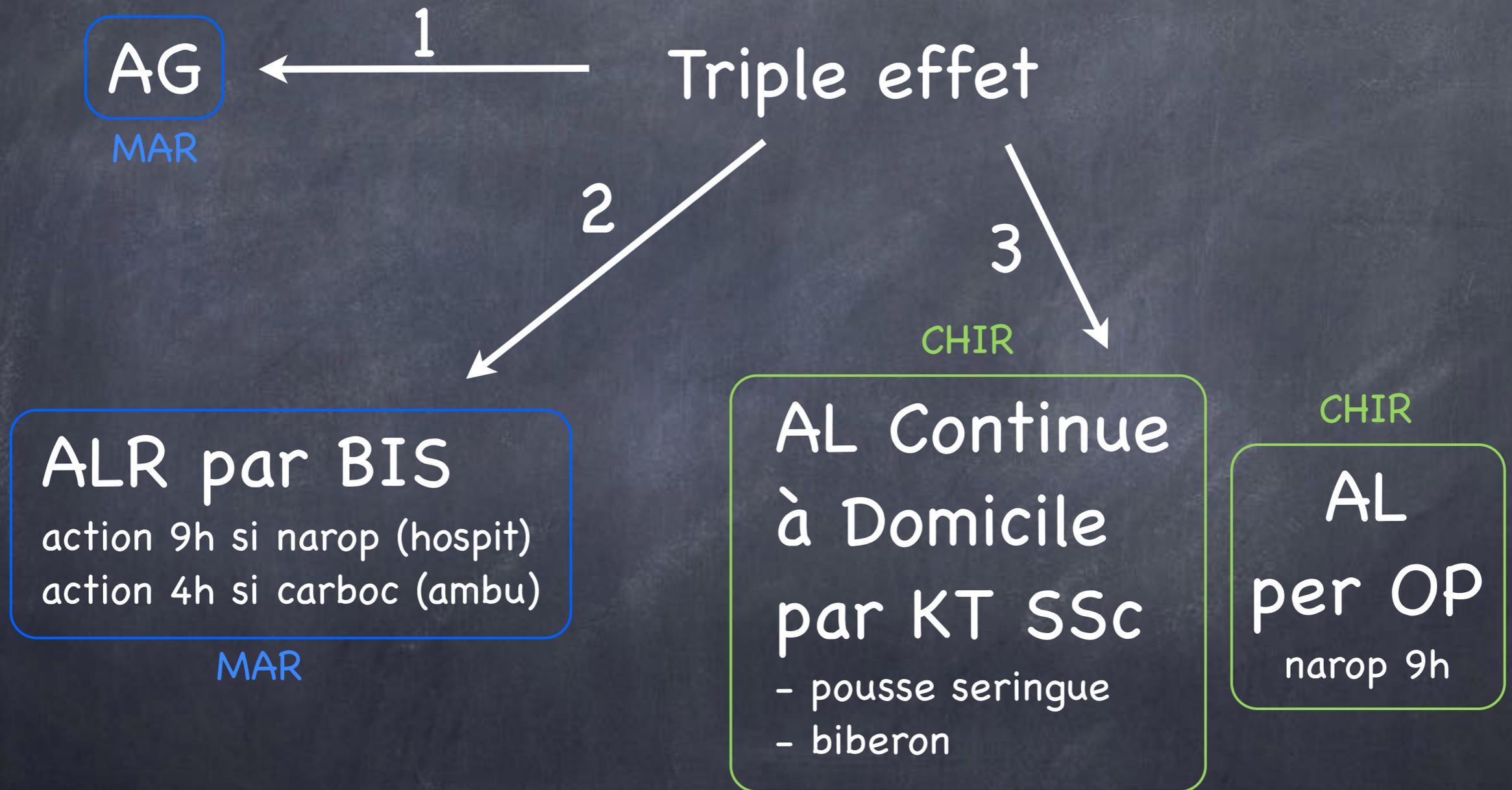
# Parcours péri opératoire: programme RST

- **réunion Rhéna J-10**: les patients sont informés en détail du processus clinique et biologique qui accompagne leur évolution pré et post opératoire, animé par Muriel - Joëlle - D Nerisson. Dépistage des situations susceptibles de présenter des difficultés de prise en charge. Orientation vers psychologue / assistante sociale possible.
- **kiné post op**: 1x/j à J1 (éventuellement J2) et 2x/j si arthrolyse
- **réunion Rhéna J+15**: contrôle collectif de l'évolution des 15 premiers jours post op avec correction des mauvaises habitudes médicamenteuses, gestuelles et posturales responsables de défaut d'antalgie, animé par Muriel - Joëlle - D Nerisson
- **début kiné de ville**: J30, sauf si PTE inversée sans réparation tendineuses et arthrolyse: dès le retour à domicile dans ces cas (sauf PTE inv)

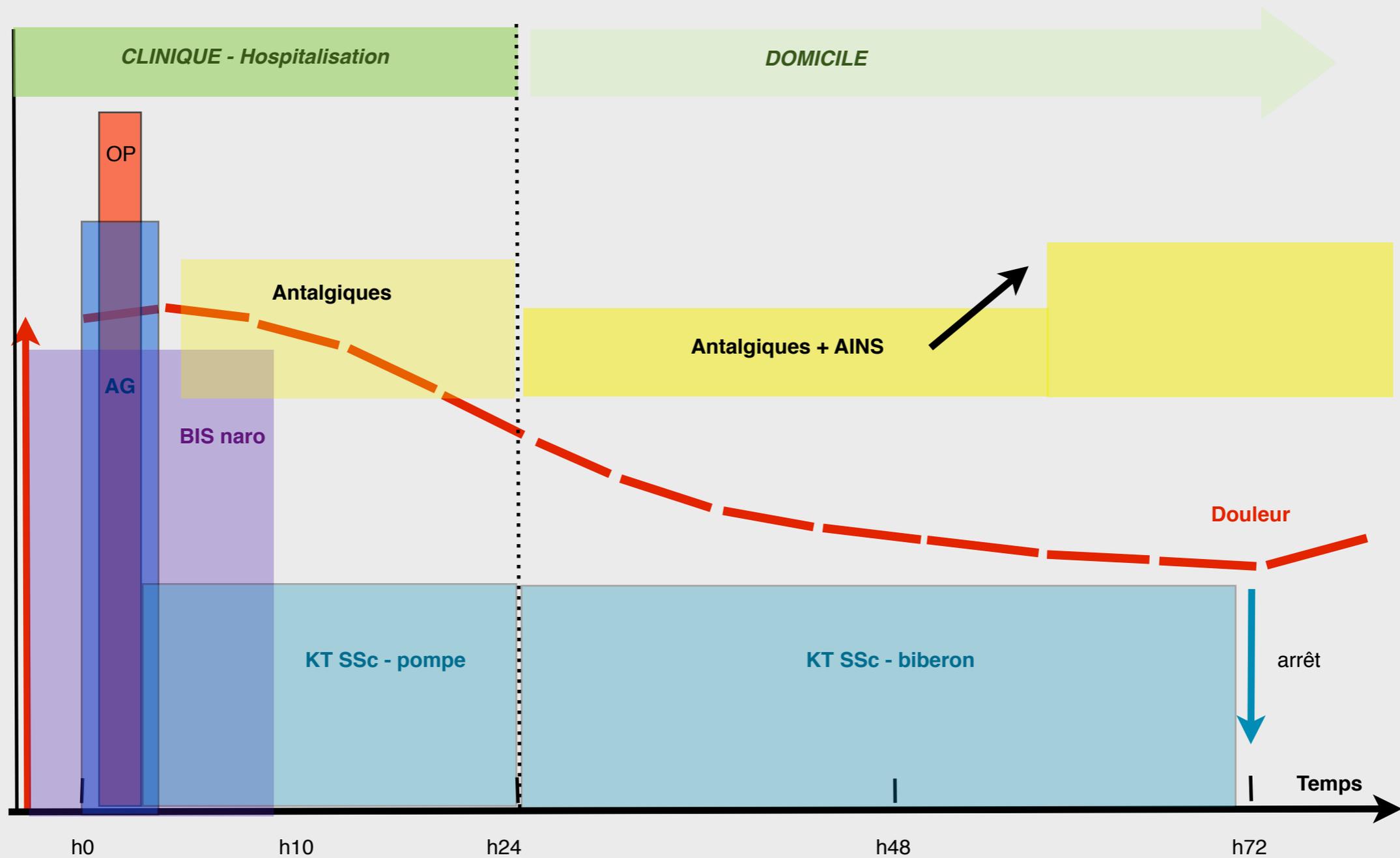
# Protocoles post OP

- Parcours péri opératoire
- Anesthésie et antalgie
- Pansement et soins infirmiers
- Gestes et postures

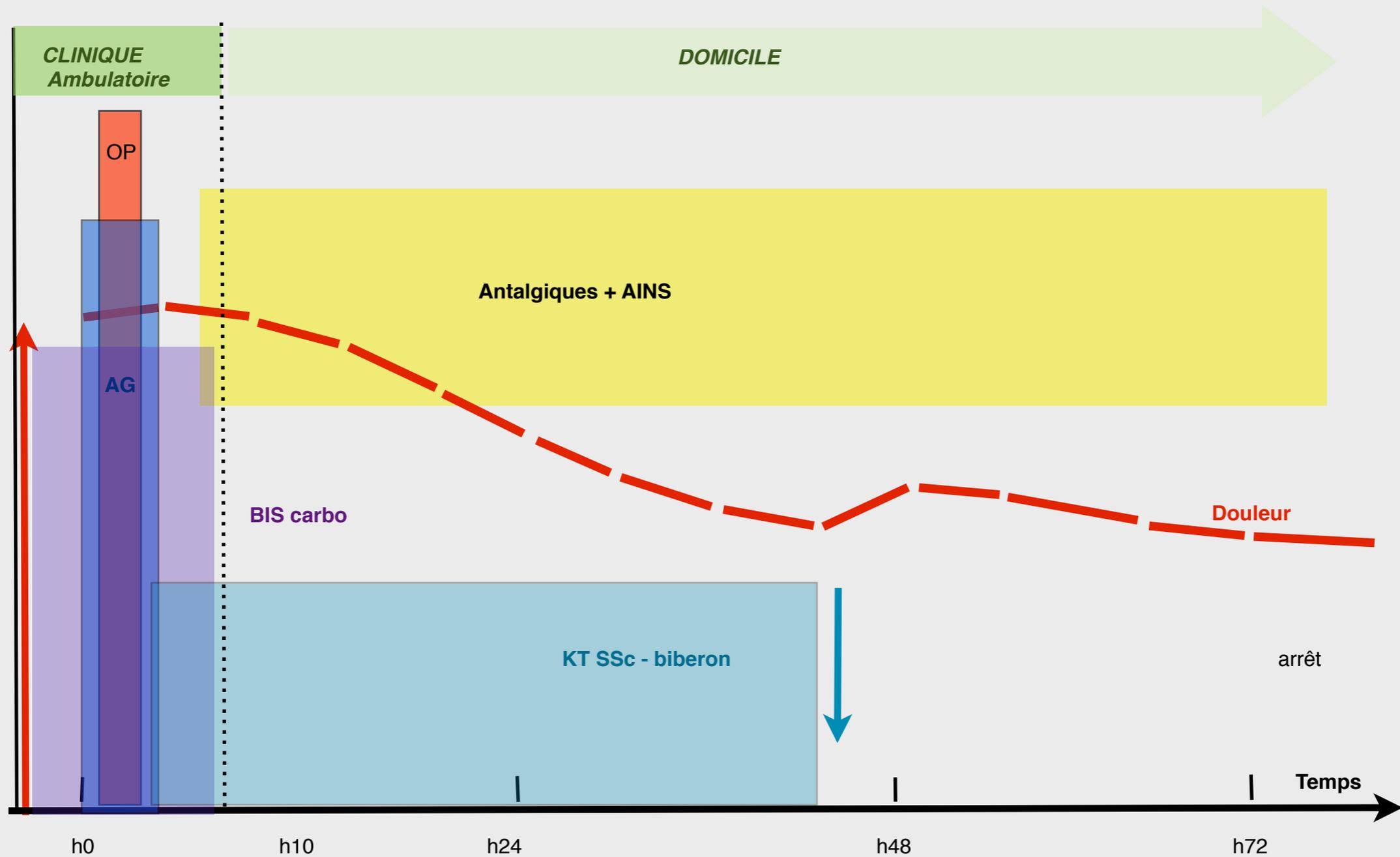
# Anesthésie et antalgie



# Anesthésie et antalgie hospit



# Anesthésie et antalgie ambu



# Anesthésie et antalgie

protocoles antalgiques

L'évaluation de la douleur se fait sur  
le patient immobile



- Les antalgiques peuvent être:
- suffisants en l'absence de mob
  - insuffisants si mobilisés

# Anesthésie et antalgie

## protocoles antalgiques

	DN
Hospitalisation	<ul style="list-style-type: none"><li>- KT SSc: 8cc/h pousse seringue</li><li>- Protocole MAR: Xprim relais Actiskénan</li></ul>
Domicile	<ul style="list-style-type: none"><li>- KT SSc: 8cc/h biberon 37h</li><li>- Antalgique: Izalgi</li><li>- AINS: Brexin + IPP</li><li>- Ab (PTE, butée)</li></ul>

# Protocoles post OP

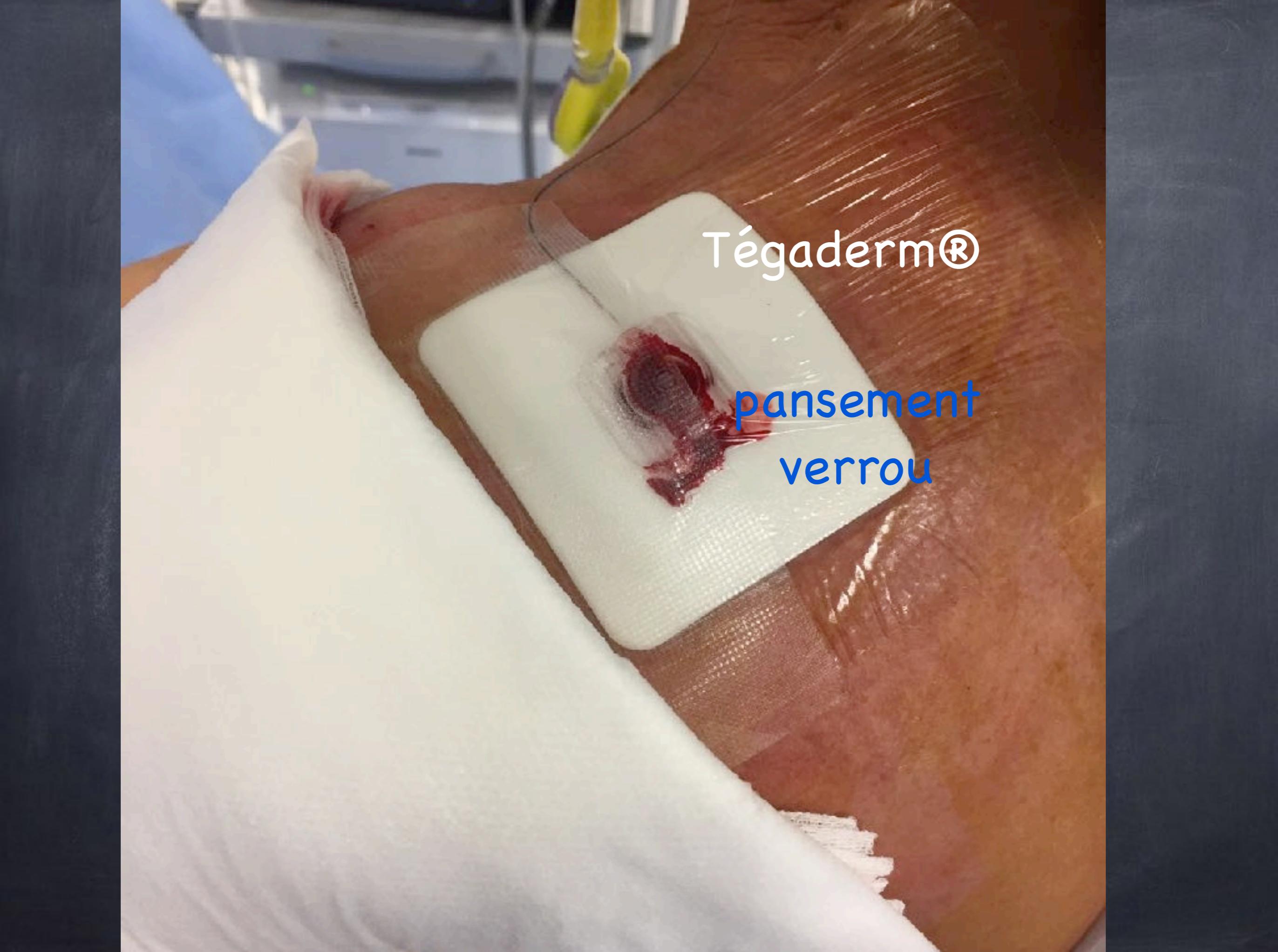
- Parcours péri opératoire
- Anesthésie et antalgie
- Pansement et soins infirmiers
- Gestes et postures

# Pansement et soins infirmiers

arthro ép	DN
Hospitalisation	<ul style="list-style-type: none"><li>- Bloc: compresses + Hypafix</li><li>+ panst du KT</li><li>- sortie à J1:<ul style="list-style-type: none"><li>• panst bloc laissé sauf si très sale</li><li>• pas de gestes sur le panst du KT</li></ul></li></ul>
Domicile	<ul style="list-style-type: none"><li>- J2 surveillance puis ablation KT à J3 (h48 biberon) + pansement du bloc</li><li>- J7 ablation fils</li></ul>

# Pansement et soins infirmiers

arthro ép	DN
Ambulatoire	<ul style="list-style-type: none"><li>- Bloc: compresses + Hypafix</li><li>+ panst du KT + pose biberon au réveil</li></ul>
Domicile	<ul style="list-style-type: none"><li>- J1 surveillance puis ablation KT à J2 (h48 biberon) + chgt pst chir</li><li>- J7 ablation fils</li></ul>



Tégaderm®

pansement

verrou

# Pansement et soins infirmiers

chir ouverte	DN
Hospitalisation	<ul style="list-style-type: none"><li>- h0: compresses + Hypafix</li><li>- J1 ou J2: panst "douche"</li></ul>
Domicile	<ul style="list-style-type: none"><li>- J10 ablation panst chir et fils</li></ul>

# Protocoles post OP

- Parcours péri opératoire
- Anesthésie et antalgie
- Pansement et soins infirmiers
- Gestes et postures

# Gestes et postures

OP réalisée	DN	YL
arthro sans rép	- bras libre au lit	- bras libre au lit
arthro rép "solides"	- pendulaire	- pendulaire
ténodèse long biceps	- décoaptation <b>sauf si</b> <b>PTE inv, ligamento</b>	- décoaptation <b>sauf si</b> <b>PTE inv, ligamento</b>
arthro avec réparation	- Elév Ant Passive couchée	- Elév Ant Passive couchée
PTE anatomique	- masser biceps	- masser biceps
	- glace ++	- glace ++
PTE inversée	- écharpe papier (∅ rép)	
butée Latarjet	- attelles non posées	- attelle bleue
	• grise (SS/IS/PTE-TLD)	8j (SS simple)
	• bleue	30j sinon
Ligamento AC	(SSC/PTE/butée/ligamento)	

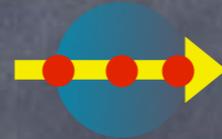
# Attelles ...



- 1 - coussin
- 2 - coude au fond
- 3 - bloc d'abduction au corps

# 3. RST: Rhéna Shoulder Track

Dr Nerisson



- Pourquoi ce parcours de soin?
- Qualité plus que rapidité
- Constat en chir épaule -

# le constat (2015)

## • Contexte patient "épaule":

- douleurs et raideurs chroniques, insomniantes
- menaces pro (apt) ou sociale (retraite, autonomie)
- récupération longue (3 - 9 mois)

## • Evolution du système de soin :

- progrès chir (arthro peu invasives, solidité réparation)
- progrès anesthésie et lutte contre la douleur (ALR prolongées)
- hospitalisations de + en + courtes = accompagnement + restreint

# conséquences

## Conséquences

- fort impact anxiogène
- patients OP moins algiques et libre de ses mvts
- accompagnement péri-OP + limité
  
- incompréhension + anxiété
- évolution en douleur et raideur prolongées
- mauvaise cicatrisation des tendons op / échec

# la réponse: RST

but



la qualité du résultat final  
en tenant compte de tous les paramètres cités

moyen



implication active du patient qui  
doit s'approprier son intervention

- Optimisation de l'info patients et soignants
- Accompagnement par équipe pluridisciplinaire

# RST: les moyens mis en oeuvre

- **Optimisation de l'info** destinée aux patients et soignants
  - réunions d'info collectives pluridisciplinaire (J-10 et J+15)
  - Fiches informatives: pré OP, hospitalisation (FV), post OP (FR et CR Op illustré), axe chronologique sur pochette, fiches auto rééducation ...
- **Accompagnement par équipe pluridisciplinaire** :
  - opérateur accessible [doc.nerisson@gmail.com](mailto:doc.nerisson@gmail.com) (Upatou, Med T)
  - **Unité épaule** au sein du 3b (IDE, AS, kiné, MAR)
  - Ass soc, psychologue, algo-hypnothérapeute

pochette

Info Rééd

Rhena Shoulder Track®



### 4 TENDIOPATHIES de la COFFE des ROTATEURS (inflammations généralisées pré OP)

**1- Anatomie et aspects pathologiques**  
L'épaule correspond à l'articulation entre l'os humérus, l'humérus et la clavécule.  
Un sac synovial la capsule, entoure l'articulation.  
Ce sac est la capsule et contient le liquide synovial véritable lubrifiant. Les mouvements de l'épaule et de bras sont commandés par plusieurs nerfs.

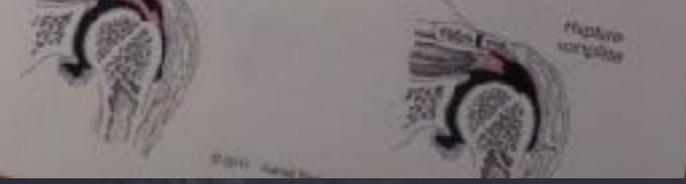
Le "rotateur" de l'épaule est assuré par de nombreux muscles dont le pectoral, etc. Les muscles essentiels qui constituent la cuffe des épaules:  
- le tendon supra épineux (SE)  
- le tendon infra épineux (IE)  
- le tendon sous scapulaire (SSC)  
- le tendon du long Biceps (LB)  
- le tendon du petit rond (TR)



### 5 Info pré OP

En conditions normales le tendon du SE possède une certaine élasticité et est capable de résister à des charges importantes. Si un blessé ou une personne âgée subit une chute, il peut se produire une rupture de la cuffe rotatoire. Cette rupture se caractérise par une douleur et une gêne importante dans un premier temps cette tendinite peut évoluer vers une arthrose entre l'humérus et la manivelle est souvent associée (AC).

Si la rupture est connue à l'avance, le tendon déchiré et une rupture plus ou moins complète se constitue. L'évolution naturelle se fait ensuite vers un élargissement progressif sur autres tendons voisins.



FRose

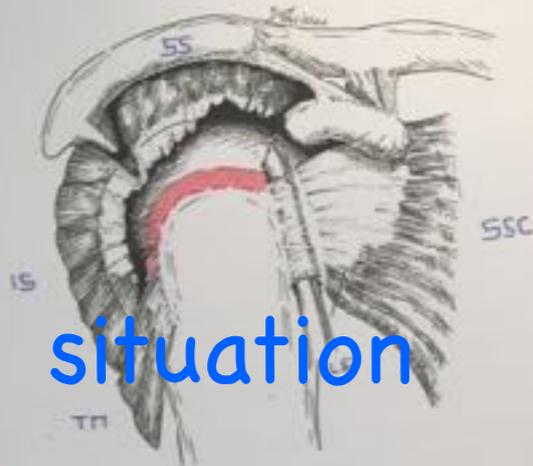
# fiche info post OP

4f'

## RUPTURE des Tendons SUS EPINEUX et INFRA EPINEUX dite "postero-supérieure large"

Shoulder Track

Importante rupture intéressant 2 tendons de la zone postéro-supérieure de la coiffe sus épineux (SS) et infra épineux (IS), détachés de la zone de fixation normale (rouge)



situation



### Réparation chirurgicale:

- Fixation des 2 tendons SS et IS par suture en "pont croisés" avec double rangée de vis par bardelettes (B) ou fils (A)
- acromioplastie pour protéger les tendons
- arthroplastie acromio-claviculaire  
oui non
- Gestes sur le tendon du long biceps :  
aucun ténotomie ténodèse

op effectuée

© 2015 - Daniel Neisson - Document illustrant schématiquement le geste réalisé. Ne constitue en aucun cas un document officiel et ne se substitue pas au compte rendu opératoire

4f'

## RUPTURE des Tendons SUS EPINEUX et INFRA EPINEUX dite "postero-supérieure large"

Shoulder Track

### Les suites post opératoires

- S'il y a un cathéter, il est conservé en général pendant les deux premiers jours de votre retour à domicile, il est ôté par l'infirmière de ville au 3<sup>e</sup> jour;
  - Le pansement chirurgical est laissé 7 jours et supporte la douche. Il est ôté par l'infirmière de ville au 7<sup>e</sup> jour.
  - Les consignes pour votre auto rééducation vous sont données par nos kinésithérapeutes avant et après l'opération, à J-10, J+1 et J+15.
  - Des fiches informatives d'auto rééducation sont fournies lors de votre départ.
- ### - La mobilité et l'auto rééducation:
- L'attelle est à conserver les premiers jours surtout si vous avez mal, mais dès que possible il faut la quitter progressivement quand vous êtes à domicile.
  - Conservez votre attelle pour sortir pendant 4 semaines.
  - Respectez l'espace de liberté (fiche auto rééducation) durant le 1<sup>er</sup> mois.
  - Les tâches ménagères et activités à domicile doivent être très limitées et non soutenues durant les premiers jours. La reprise du volant est possible au début du 2<sup>e</sup> mois mais sera fonction de votre aisance... il n'y a pas de règles.
  - La reprise du travail est en général possible entre le 4<sup>e</sup> et le 6<sup>e</sup> mois, mais dépendra beaucoup du type de poste de travail.
  - Concernant la reprise des sports sollicitant l'épaule: certains, comme la natation peuvent être repris à la fin du 2<sup>e</sup> mois, d'autres doivent inciter à la prudence, ils sont à discuter au cas par cas avec votre chirurgien.

Document illustrant schématiquement le geste réalisé. Ne constitue en aucun cas un document officiel et ne se substitue pas au compte rendu opératoire



## RHENA SHOULDER TRACK

DR NERISSON

### CONSIGNES ACCOMPAGNANT VOTRE HOSPITALISATION

Vous venez d'être opéré de l'épaule  
Votre sécurité et votre confort sont notre priorité  
Votre participation est nécessaire.

#### 1—LA DOULEUR et l'ANXIETE.

**Personne ne peut penser à votre douleur à votre place !**

- Ne laissez pas la douleur vous gagner:
  - appelez l'infirmière dès que vous avez mal
  - votre bras "dormira" plusieurs heures après votre réveil : ne pas s'inquiéter !
- Installez-vous au lit correctement :
  - actionnez le lit en position semi assise,
  - un coussin sous la nuque,
  - l'autre sous le coude du bras opéré
- Médicaments délivrés par l'infirmière :
  - Les prendre tous. Si ce n'est pas suffisant, nous pouvons vous donner de la morphine qui est très efficace.
  - Si vous avez envie de vomir ou si vous avez des douleurs gastriques, appelez l'infirmière ;

#### 2—L'ATTELLE / L' ECHARPE. .

**Elles sont surtout utiles quand vous êtes debout, pas au lit  
Elles sont indispensables tant que votre bras est endormi**

- **Attelles (grise ou bleue) :**
  - Quand votre bras est dans l'attelle, bien pousser régulièrement le coude au fond du "hamac" pour décontracter les muscles du cou. C'est l'attelle qui porte le bras, pas vous !
  - Sortir de l'attelle de temps en temps pour **plier le coude avec l'aide de la main valide**, bouger le poignet et les doigts, comment faire:
    - > **Attelle grise** : ouvrir les boutons pressions sans toucher au reste de l'attelle. Le bras repose simplement dans le lit.
    - > **Attelle bleue** : défaire les velcros des bandes croisées, tirer le "rouleau" avec votre autre main et dégager le bras opéré qui repose dans le lit.
- **Echarpe papier :**
  - Elle a pour but unique de protéger votre bras si vous ne le sentez pas (endormi par l'anesthésie locale).
  - **Vous pouvez l'ôter vous-même** dès que votre bras est réveillé et contrôlable.

# Consignes durant l'hospitalisation

# RST

## Définition

- Parcours de soins péri-opératoire destiné à la majorité des patients opérés de l'épaule, dont le but est d'obtenir une récupération **plus rapide** et de **meilleure qualité**, en faisant intervenir des compétences **pluridisciplinaires** et une **responsabilité accrue** du patient.
- Démarche passive ET active: **«vous aurez le résultat que vous méritez»**

# Rhéna Shoulder Track ®

