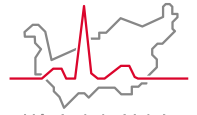




Centre Hospitalier du Valais Romand
Service d'orthopédie

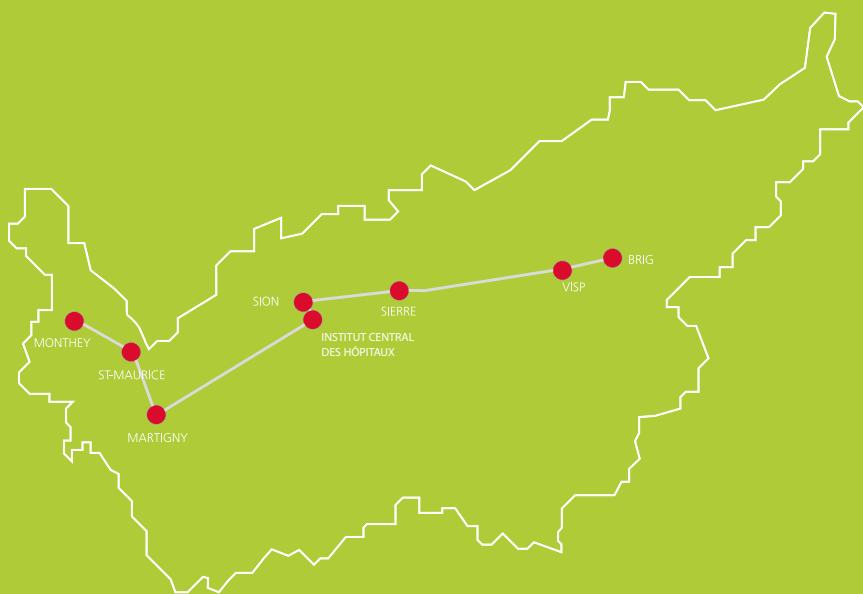


Hôpital du Valais
Spital Wallis

INTERVENTIONS ARTHROSCOPIQUES DE L'ÉPAULE

Informations aux patient·e·s





Impressum

Editeur: Hôpital du Valais, Direction générale, Communication, 1950 Sion
Auteur: Secteur médico-thérapeutique, service de physiothérapie & service d'orthopédie et de traumatologie de l'appareil locomoteur, 1920 Martigny
Graphisme: Eddy Pelfini Graphic Design, Sion
Photos: Hôpital du Valais, J. Faiss, Fotolia, Illustrations: Klaus Oberli
Impression: Schoechli Impression, Sierre
Réf.: 644 853 – 10.2024

SOMMAIRE

04 **Introduction**

05 **La ceinture scapulaire**

06 **Les pathologies fréquentes et les prises en charge possibles**

Le conflit sous-acromial

Les pathologies de la coiffe des rotateurs et du long chef du biceps

L'instabilité acromio-claviculaire

Risques lors d'une arthroscopie d'épaule

15 **Préparation pour l'intervention**

La consultation d'anesthésie (UEP)

Avez-vous pensé à tout ?

17 **Hospitalisation**

Le jour de l'intervention et le début de physiothérapie

Les pansements

Préparation à la sortie

22 **Le suivi ambulatoire**

Physiothérapie

24 **Questions fréquentes (FAQ)**

Quand puis-je reprendre la conduite ?

Combien de jours dois-je rester à l'hôpital ?

26 **Information sur les échéances**

4 INTRODUCTION

Chère patiente, cher patient,

Vous allez bientôt entrer à l'Hôpital du Valais pour être opéré-e de votre épaule.

Cette brochure vous rappelle les points les plus importants des différentes phases du traitement.

Votre situation exigera peut-être quelques modifications du programme décrit dans ces pages. Elles vous seront précisées et expliquées le moment venu.

Le succès de l'intervention dépend de l'effort commun de toute une équipe. Celle-ci est constituée de votre chirurgien-ne, des assistant-e-s et chef-fe-s de clinique, du-de la médecin anesthésiste, des infirmier-ère-s, des physiothérapeutes et de tout le personnel hospitalier.

En tant que patient-e, vous faites partie intégrante de cette équipe et votre participation est indispensable pour la phase de rééducation.

L'ensemble des informations que vous retrouverez dans cette brochure seront décrites dans un ordre chronologique, du jour de la consultation chez l'anesthésiste (UEP) au jour de votre sortie de l'hôpital.



Les douleurs d'épaule sont très fréquentes et sont la troisième cause de consultation pour des troubles de l'appareil locomoteur.

Cependant, il est important de noter que toutes les douleurs d'épaule ne sont pas forcément dues à une problématique de cette articulation. Nous retrouvons souvent des problématiques à distance (colonne vertébrale ou cage thoracique) faisant penser à de faux problèmes d'épaule due aux irradiations dans la ceinture scapulaire.

La ceinture scapulaire est composée de trois os :

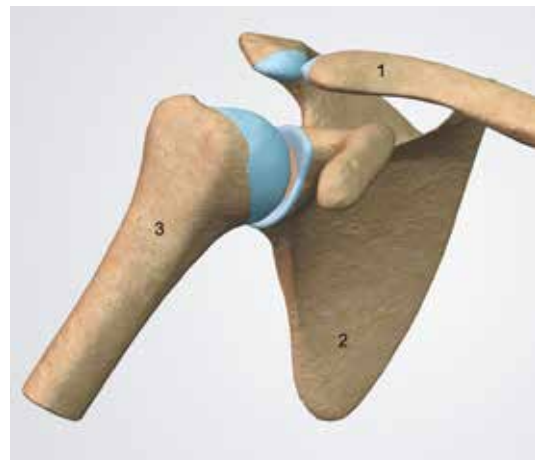
La clavicule, véritable lien entre le tronc et le membre supérieur, s'articule avec l'acromion pour former l'articulation acromio-claviculaire et, avec le sternum et le thorax pour former l'articulation sterno-costoclaviculaire.

L'omoplate, également appelé scapula, s'articule avec le thorax et forment l'articulation scapulo-thoracique. Cette articulation est responsable d'environ un tiers de la mobilité globale de la ceinture scapulaire.

L'humérus s'articule par sa tête avec la glène et forme l'articulation gléno-humérale, principale articulation de l'épaule.

Cette dernière articulation permet d'assurer une grande liberté de mouvement à l'épaule.

C'est grâce à cette mobilité importante que nous sommes capables de positionner nos mains librement dans l'espace. Cette liberté de mouvement a néanmoins un prix : sa stabilité est assez faible, ce qui fait d'elle l'articulation la plus instable de notre corps.



La ceinture scapulaire est composée de trois os :

1. La clavicule
2. L'omoplate
3. L'humérus

6 LES PATHOLOGIES FRÉQUENTES ET LES PRISES EN CHARGE POSSIBLES



Lors d'une arthroscopie, une petite caméra est introduite dans l'épaule ce qui permet d'inspecter toute l'articulation. Dans cet exemple une dysmorphie de l'acromion (« acromion crochu ») est corrigée par une petite fraise (« acromioplastie »).

Le conflit sous-acromial

Liée à une configuration osseuse défavorable (dysmorphie) ou à une dysbalance du mouvement scapulaire (dyskinésie scapulaire), la tête de l'humérus peut buter contre l'acromion lors des mouvements d'abduction. Ce conflit mécanique entraîne une inflammation de la bourse sous-acromiale (poche remplie de liquide séreux, située au-dessous de l'acromion), des tendons du long chef du biceps et de la coiffe des rotateurs. Elle peut également ultérieurement, engendrer une rupture partielle ou totale de ces derniers.

Si malgré la physiothérapie, une médication anti inflammatoire et/ou des infiltrations dans l'espace sous-acromial ces douleurs persistent, une opération pourra être envisagée. Cette dernière consistera à enlever la bourse irritée et agrandir l'espace sous-acromial par une correction de la dysmorphie osseuse en arthroscopie. Ce geste médical permettra au tendon de glisser à nouveau librement. Durant cette intervention, l'intégrité de tous les tendons sera contrôlée. Si votre chirurgien-ne devait alors remarquer une éventuelle lésion tendineuse, il la réparera.

Les pathologies de la coiffe des rotateurs et du long chef du biceps

La stabilité de l'épaule est principalement assurée par la coiffe des rotateurs. Cette dernière permet de «centrer» la tête de l'humérus sur la glène.

La coiffe des rotateurs est constituée de quatre muscles, qui trouvent leur origine sur l'omoplate et s'insèrent sur la partie proximale de l'humérus.

L'ensemble des tendons de la coiffe entoure presque circonférentiellement la tête de l'humérus. Cette manchette tendineuse est interrompue par le passage du long chef du biceps, qui traverse l'articulation gléno-humérale pour s'insérer au bord supérieur de la glène.

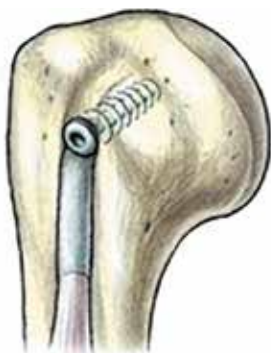
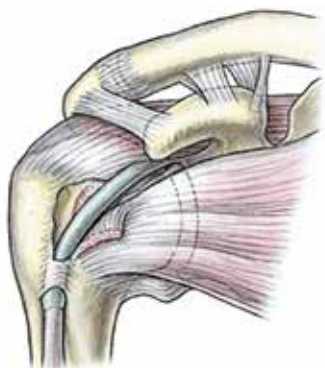
En cas d'une lésion de la coiffe des rotateurs, le tendon du long chef du biceps devient souvent instable, ce qui provoque des douleurs irradiantes dans le bras.

Les muscles de la coiffe n'assurent pas seulement la stabilité de l'épaule. Ils sont également responsables de la rotation externe (muscle infra-épineux et petit rond), des derniers degrés de la rotation interne (muscle subscapulaire) et de l'initiation de l'abduction (muscle supra-épineux) de l'épaule.



Illustration des muscles de la coiffe des rotateurs par un dessin anatomique d'une épaule droite de face (à droite) et de l'arrière (à gauche). Les tendons de ces quatre muscles se rejoignent dans une manchette tendineuse qui centralise la tête de l'humérus sur la glène.

8 PRÉPARATION POUR L'INTERVENTION



En haut, vous trouvez une rupture du bord supérieur du subscapulaire associée à une luxation du long chef du biceps. Pendant que le subscapulaire est refixé contre la petite tubérosité, le long chef du biceps est simplement réséqué (« ténotomie ») ou transpositionné sur l'humérus (« ténodèse »). Cette intervention est faite en arthroscopie.

La rupture des tendons de la coiffe des rotateurs est une source très commune de douleurs d'épaule dont l'incidence augmente avec l'âge.

Une des causes principales est la dégénérescence liée à l'utilisation de l'épaule, notamment lors de mouvements répétitifs, de mouvements de force ou suite à un conflit sous-acromial.

Les lésions traumatiques sont plutôt rares. Elles surviennent principalement après des luxations d'épaule ou des distorsions sévères lors de chutes.

Les symptômes d'une lésion de la coiffe sont généralement les suivants :

- douleurs lors de mouvements.
- douleurs nocturnes.

En fonction de la taille de rupture, on constate parfois une diminution de force durant les activités de la vie quotidienne demandant un grand bras de levier (bras loin du corps). Cette faiblesse peut progresser et empêcher tout mouvement de lever du bras.

Il faut savoir qu'avec le temps, la taille des ruptures de la coiffe tend à augmenter. De plus, au fil du temps, ces lésions deviennent irréparables. La rétraction devient trop importante et une dégénération graisseuse des muscles concernés apparaît.

Le traitement de la rupture de la coiffe dépend de plusieurs facteurs (âge, besoin fonctionnel du/de la patient-e, réparabilité de la lésion etc.). Il faut également considérer l'importance des gênes dans la vie quotidienne ou dans le cadre des activités sportives, tout comme la taille de la rupture. Le traitement de choix des grandes lésions de la coiffe des rotateurs reste la réparation chirurgicale. C'est en effet le seul moyen qui permet de conserver l'état fonctionnel de l'épaule à long terme.

Le but d'une réparation de la coiffe des rotateurs est de refixer les tendons rétractés à leur origine physiologique, afin qu'ils puissent cicatriser en bonne position.

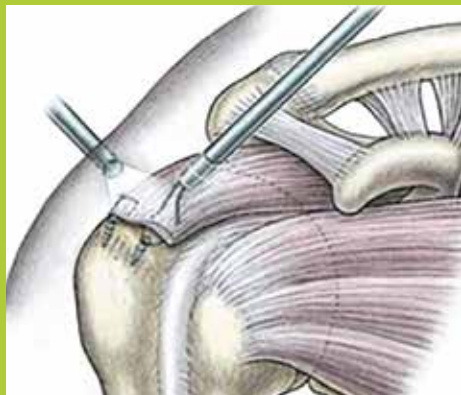


Illustration d'une réparation arthroscopique du supra-épineux. Le but de cette intervention est de remettre le tendon sur son insertion d'origine pour qu'il puisse cicatriser dans sa position physiologique. Cette intervention sera combinée avec une acromioplastie et une ténotomie ou ténodèse du long chef du biceps.

Cette cicatrisation est un processus lent qui nécessite plusieurs mois. Durant les 6 premières semaines post-opératoires (période la plus fragile), il est impératif que votre bras reste reposé sur un abducteur HVS. Cette position en légère abduction et rotation neutre, diminue la tension sur les tendons réparés et favorise le processus de guérison.

Il est également primordial que votre bras soit mobilisé qu'en passif et que les limitations post-opératoires soient strictement respectées.

En fonction des tendons réparés, votre bras est positionné sur une attelle abducteur durant les premières 6 semaines post-opératoires. Cette position en légère abduction et rotation neutre, favorise la cicatrisation des tendons sur l'os.



L'instabilité acromio-claviculaire

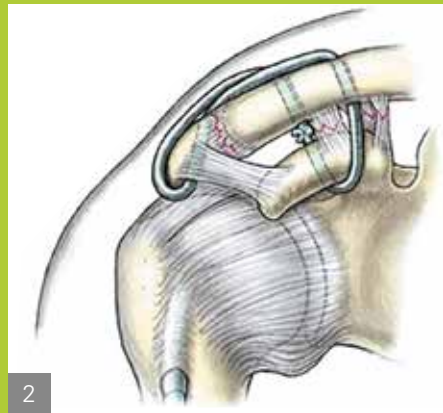
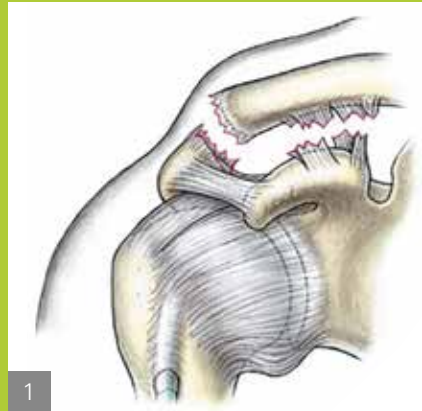
Cette dernière résulte d'une déchirure traumatique de l'appareil ligamentaire, qui suspend la ceinture scapulaire à la clavicule. Le mécanisme lésionnel est dû, dans la grande majorité des cas, à un choc direct sur l'épaule (par exemple une chute à vélo).

En fonction de la sévérité de la lésion, il peut en résulter une bascule antéro-inférieure de l'épaule (sous l'influence de la gravitation). Cela peut entraîner une « dyskinésie scapulaire » importante et des douleurs persistantes.

En cas d'instabilité sévère et de besoins fonctionnels importants, une stabilisation chirurgicale de l'articulation acromio-claviculaire peut être indiquée. Cette opération, effectuée sous assistance arthroscopique, consiste en une reconstruction des différents ligaments déchirés.

Dans notre institution, nous utilisons une nouvelle technique mini-invasive BiPOD* que nous avons développé en collaboration avec différents centres universitaires.

* BiPOD Arthroscopic Acromioclavicular Repair Restores Bidirectional Stability <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27648574>



1. Rupture complète de l'appareil ligamentaire (Lig. coraco-claviculaire et acromio-claviculaire), qui conduit à une instabilité articulaire importante.
2. Illustration sémantique d'une stabilisation BiPOD qui permet une cicatrisation ligamentaire isométrique.

La réhabilitation comprend une immobilisation en journée par une bretelle (Mitella®) et par un Gilchrist la nuit. La physiothérapie consiste en une mobilisation passive-assistée avec une élévation limitée à 90° et, une rotation externe et interne active libre sous le seuil de la douleur, mais avec le bras en adduction, pour une durée de 6 semaines.



Les deux moyens de contention utilisés en post-opératoire suite à une stabilisation BiPOD sont : une bretelle (Mitella®) simple (à gauche) et un Gilchrist (à droite), qui permet une meilleure protection contre les mouvements inconscients qui surviennent souvent lors du sommeil.

Risques lors d'une arthroscopie d'épaule

Lors de toute intervention, il existe des risques généraux liés aux infections, hématomes, pour ne citer que les plus fréquents. Ces complications générales sont des événements rares étant donné la taille des incisions et le caractère « mini-invasif » de ces techniques chirurgicales.

La complication la plus fréquente de toutes les interventions de l'épaule est l'enraidissement de l'articulation gléno-humérale. Cette affection appelée également « capsulite rétractile » est une affection fréquente mais bénigne de l'épaule. Elle consiste initialement en une inflammation et secondairement en une rétraction de la capsule articulaire qui relie l'extrémité supérieure de l'humérus à l'omoplate. La cause exacte est inconnue. Elle peut être déclenchée par l'intervention chirurgicale, mais également par un traumatisme ou un choc psycho-affectif. Souvent la cause exacte est inconnue.

La capsulite rétractile se manifeste par des douleurs puis un enraidissement progressif de l'épaule. Pour minimiser au maximum le risque de cette complication une médication antalgique et anti inflammatoire suffisante et une mobilisation **passive** précoce sont primordiales. Une mobilisation passive forcée, provoquant des douleurs intenses, est contre-productive. Il est donc primordial de suivre les conseils prodigués par votre physiothérapeute, dès la sortie de l'opération et de l'informer si vous souffrez de douleurs importantes lors de la mobilisation. Dès la cicatrisation des plaies (à deux semaines post-opératoires), une mobilisation **passive-assistée** dans l'eau (« balnéothérapie ») peut être débutée. Le plus souvent cette thérapie dans l'eau commence dès la 6^e semaine post-opératoire.



La capsulite rétractile est une inflammation transitoire de la capsule articulaire (illustrée en bleu sur cet image).

La deuxième complication la plus fréquente est la re-rupture des tendons suturés, qui peut survenir principalement dans les trois premiers mois postopératoires.

Cette complication est dépendante de la qualité de vos tendons réparés et de votre âge. Elle dépendra, surtout du respect ou non, des consignes données pour la rééducation post-opératoire. Même si une mobilisation précoce est importante pour éviter l'enraidissement de l'articulation gléno-humérale, celle-ci doit rester **strictement passive** durant les premières six semaines suivant l'opération afin d'éviter un nouvel arrachement des tendons réparés.

La rééducation fait donc partie intégrante du succès votre opération.

Elle se déroule selon les étapes suivantes :

- **0 à 6 semaines** : drainage lymphatique manuel, mobilisation passive ayant pour but de maintenir les amplitudes articulaires.
- **6 à 12 semaines** : reprise progressive des activités de la vie quotidienne sans charge.
- **3 à 6 mois** : renforcement lent et progressif.
- **plus de 6 mois** : reprise de toutes les activités de la vie quotidienne et reprise progressive des activités sportives.



L'anesthésie a pour rôle de gérer vos douleurs avant et après l'opération.

Notre service d'anesthésie prendra toutes les mesures nécessaires pour assurer que vous seriez confortable.

La consultation d'anesthésie (UEP)

Avant l'intervention, vous serez convoqué-e pour une visite préopératoire.

Lors de cette consultation, des médecins anesthésistes vous transmettront les informations relatives à votre anesthésie et vous feront subir un contrôle général en collaboration avec votre médecin traitant.

Le but de cette visite préopératoire est de diminuer au maximum les risques péri-opératoire. Elle nous permet de vous accompagner de façon optimale durant toute votre opération.

Toute l'équipe médicale souhaite que vous soyez au mieux durant l'intervention c'est pourquoi vous aurez la possibilité de choisir entre 2 types de narcoses :

- l'anesthésie régionale (avec ou sans sommeil profond).
- l'anesthésie générale.

Nous avons tendance à privilégier les anesthésies régionales. Les voies nerveuses dans la région du cou qui innervent la partie de l'épaule et le bras sont endormies temporairement. Ceci nous permet de faire perdurer l'effet antalgique en post-opératoire et de contrôler efficacement les douleurs post-opératoires. De plus les premières séances de physiothérapie seront ainsi pratiquement indolores.

Avez-vous pensé à tout ?

Avant votre entrée à l'hôpital nous vous conseillons de prendre quelques précautions afin de garantir un bon déroulement de votre séjour et la période de convalescence qui suivra.

- participez à la consultation d'anesthésie (UEP) pour laquelle vous avez reçu un rendez-vous 1 à 2 semaines avant votre date opératoire.
- informez votre entourage de cette intervention afin de pouvoir bénéficier de l'aide dans les activités de la vie quotidienne (ménage, courses, etc.).
- apportez des vêtements larges et confortables (chemises avec pressions, T-shirt large).
- prenez des chaussures antidérapantes.
- prenez vos articles de toilette.
- laissez vos affaires de valeur à la maison, en cas de perte, l'hôpital ne pourra être tenu responsable.
- **apportez votre carte d'allergie.**
- **apportez tous les médicaments que vous prenez habituellement à la maison.**

L'équipe médicale et soignante mettra tout en œuvre pour que votre hospitalisation se passe dans les meilleures conditions possibles et que votre rééducation se fasse de manière optimale.

Vous serez également suivi-e par nos physiothérapeutes qui, en accord avec votre chirurgien·ne, prendront en charge votre rééducation. La physiothérapie aura pour but de vous permettre de récupérer rapidement une autonomie et de favoriser un retour à domicile rapide.

Le jour de l'intervention et le début de physiothérapie

A votre arrivée, vous serez accueilli-e dans le service par un-e infirmier·ère qui vous installera en chambre. Le personnel soignant vous expliquera le déroulement de votre séjour et effectuera la préparation préopératoire, y compris le marquage « du côté à opérer ».

Vous devez être à jeun dès minuit le jour précédant votre intervention, c'est à dire « ni manger – ni boire – ni fumer ».

Le jour de votre opération, vous serez transféré·e au bloc opératoire et pris·e en charge par l'équipe chargée de votre opération.

L'intervention durera entre 1 et 2 heures. Vous rejoindrez ensuite la salle de réveil où vous serez surveillé·e pendant quelques heures, avant de regagner votre chambre.

Les anesthésistes auront également mis en place un cathéter antalgique afin de gérer au mieux vos douleurs post-opératoires. Ce cathéter est connecté à une pompe antalgique qui restera en place jusqu'à ce que vos douleurs soient levées et gérables avec une médication standard. Dans la majorité des cas, il sera enlevé dès la deuxième nuit suivant l'intervention.

Le but de cette analgésie postopératoire est de permettre **une mobilisation passive de l'épaule le plus tôt possible sans avoir de douleurs restrictives.**

Dès le premier jour postopératoire, vous recevrez la visite quotidienne des médecins (le matin par notre médecin responsable de l'étage et le soir par votre chirurgien·ne ou son·sa remplaçant·e. Vous bénéficierez également de deux séances de physiothérapie journalière.

Dans un premier temps, votre physiothérapeute mettra l'accent sur le drainage et la mobilité de votre épaule. Une mobilisation précoce adaptée est importante pour une guérison accélérée et afin d'éviter l'enraidissement de votre épaule. Il est primordial que vous respectiez strictement les limitations post-opératoires indiquées par votre chirurgien·ne. En cas de questions référez-vous à votre physiothérapeute ou à votre chirurgien·ne.

Durant l'hospitalisation, votre physiothérapeute vous enseignera différentes techniques qui vous aideront dans vos activités de la vie quotidienne (par exemple l'habillage). Il-elle vous montrera également comment manipuler votre moyen d'immobilisation et effectuer votre toilette corporelle tout en respectant les limitations édictées par votre chirurgien-ne.

Votre physiothérapeute vous enseignera également différents exercices « d'automobilisation », que vous devrez effectuer quotidiennement. Vous trouverez toutes les instructions détaillées de ces exercices dans le feuillet qui vous sera distribué, sur notre site d'internet où directement via le QR code ci-dessous

Lien internet: <http://hvs.link/mttddoc>





Les petites incisions d'arthroscopie sont suturées par des fils résorbables puis par des Steri-Strips® et recouvertes d'un pansement étanche et transparent (Comfeel®). Ce dernier va être protégé à votre sortie par des compresses pour éviter qu'il ne se décolle lors d'une douche.

Les pansements

Les plaies des interventions d'épaule sont généralement suturées avec du fil résorbable. Il n'y a, par conséquent, pas besoin de les retirer. Les cicatrices sont couvertes par un pansement transparent (Comfeel®) qui reste en place pour 14 jours si son étanchéité est maintenue.

Un pansement de protection est placé sur le Comfeel® au moment de votre départ pour éviter qu'il se décolle lors d'une douche ou par le frottement des vêtements. Ce pansement de protection peut être changé, au besoin, 1 à 2 fois par semaine. Veillez à ne pas décoller le Comfeel® lors de ces changements. Après 2 semaines, vous pouvez ôter tous les pansements.

Préparation à la sortie

Vous pourrez quitter l'hôpital, dès que les conditions suivantes seront remplies :

- la gestion de vos douleurs est optimale.
- vos cicatrices sont propres.
- vous maîtrisez les règles de mobilisation et la manipulation de votre orthèse.

Une fois ces conditions remplies, la dernière séance de physiothérapie suivie et la visite médicale du soir passée, vous serez libre de rentrer à domicile.

Les documents ci-dessous vous seront alors remis :

- la date de votre prochain rendez-vous chez votre chirurgien·ne.
- une ordonnance pour la médication.
- une prescription de physiothérapie ambulatoire.
- un certificat médical d'inaptitude au travail.

22 LE SUIVI AMBULATOIRE

Physiothérapie

Grâce aux nouvelles techniques chirurgicales mini invasives, la plupart du temps une réhabilitation stationnaire n'est pas nécessaire.

Vous pourrez donc rentrer rapidement à la maison suite à votre intervention. Maison ne veut pas dire vacances, il est primordial que vous suiviez des séances de physiothérapies 2 à 3 fois par semaines durant 6 à 12 semaines.

En plus de ces séances hebdomadaires, il est très important que vous continuiez quotidiennement les exercices présentés dans le feuillet auto-mobilisation.

Dès la 6^e semaine il est recommandé de commencer, en plus des séances hebdomadaires de physiothérapie à sec, une prise en charge en piscine. Ces séances d'aquathérapie supervisées par un-e physiothérapeute peuvent être entreprises en groupe ou en individuel. Renseignez-vous auprès de votre physiothérapeute pour connaître les centres ambulatoires de physiothérapie qui disposent d'un tel équipement.

Les patient-e-s qui bénéficieront d'une reconstruction de la coiffe des rotateurs auront des contrôles d'évolution dans le service de physiothérapie de l'hôpital de Martigny à 3 semaines et un an postopératoire. Ces contrôles permettent de suivre l'évolution de votre épaule suite à l'opération et le cas échéant d'avoir un contact direct avec le-la chirurgien-ne.

Durant certains de ces rendez-vous, le-la physiothérapeute évaluera également l'état de votre épaule à l'aide d'un score fonctionnel.



24 QUESTIONS FRÉQUENTES (FAQ)

Je suis sous Aspirine Cardio ou Plavix, dois-je arrêter le traitement pour mon intervention ?

Il n'est pas nécessaire d'arrêter l'Aspirine Cardio. Par contre, le Plavix peut provoquer des saignements et, en général, il est préférable que ce médicament soit arrêté. Chaque cas est particulier et doit être discuté avec votre chirurgien-ne et le-la médecin qui l'a prescrit.

Dois-je m'épiler avant de venir à l'Hôpital ?

Non, le personnel infirmier procédera à l'épilation. Si vous effectuez vous-même votre épilation, Il peut arriver qu'il y ait des lésions cutanées qui nécessiteraient alors le report de votre intervention.

Quelle sera ma durée d'hospitalisation ?

L'équipe médico-soignante qui vous suit décidera, d'un commun accord, si vous remplissez les critères pour sortir de l'Hôpital.

En général, après une suture de tendons la plupart des patients restent à l'hôpital 2 à 3 nuits.

Dois-je prendre tous les médicaments ?

Notamment durant les premières 2 à 3 semaines une antalgie adéquate est importante pour suffisamment soulager les douleurs et permettre une mobilisation précoce de votre épaule opérée.

Dès que les douleurs ont bien régressé, vous pouvez également successivement diminuer les antidouleurs.

Que dois-je faire si la cicatrice est devenue rouge, douloureuse ou s'il y a un écoulement ?

Cette situation peut laisser suspecter une infection et il est alors nécessaire de prendre contact avec votre chirurgien-ne au plus vite.

Puis-je prendre une douche ou un bain et, si oui, comment dois-je entrer et sortir ?

La douche est autorisée étant donné que votre pansement est étanche. Si ce dernier se décolle, prenez contact avec votre médecin traitant pour le remplacer.

Le bain pourra être pris dès la fin de la cicatrisation (environ 2 à 3 semaines).

Quand puis-je reprendre la conduite ?

Pour la reprise de la conduite, il vous faudra pouvoir tenir et guider votre volant sans douleurs. Si vous conduisez une voiture manuelle, il faudra aussi être capable (selon le côté opéré) de passer les vitesses sans douleurs.

Dans le cas de sutures des tendons, il ne sera pas possible de conduire avant 8 semaines.

26 INFORMATION SUR LES ÉCHÉANCES

Début

- Entretien avec le-la chirurgien·ne orthopédiste.
- Décision de réaliser l'opération.
- Communication de la date de l'opération et remplir le consentement éclairé.
- Communication du rendez-vous pour la consultation d'anesthésie (UEP).

7 à 14 jours avant l'opération

- ▼
- Consultation d'anesthésie (UEP):
 - prise du sang.
 - ECG.
 - radiographie si nécessaire.
 - examen médical.
- Apporter le consentement éclairé dûment signé.
- Consultation préopératoire au service de physiothérapie de l'Hôpital de Martigny:
 - adaptation de l'abducteur HVS ou du moyen d'immobilisation choisi par le-la chirurgien·ne.
 - Instructions des suites de l'intervention.
 - Constant Score.

Jour opératoire

- ▼
- Admission dans le service d'orthopédie.

2 à 3 jours post-opératoires

- ▼
- Retour à domicile.
- Physiothérapie ambulatoire (2 à 3 fois par semaine)

6 semaines

3 mois

1 an après l'opération

- ▼
- Les patient·e·s opéré·e·s d'une reconstruction de la coiffe des rotateurs ont des contrôles post-opératoires au service de physiothérapie de l'hôpital de Martigny à 3 semaines et un an.
- Les patient·e·s sont également revu·e·s à 6 semaines, 3 mois, 6 mois et un an avec contrôle radiologique à la policlinique d'orthopédie.



VISITES ET CONTACTS

Les horaires pour vos visites sont les suivants:

Chambre privée: de 10h00 à 20h00

Chambre commune: de 13h00 à 16h00
de 18h30 à 20h00

Merci de respecter ces horaires qui permettront au personnel hospitalier de vous apporter les soins nécessaires à votre prompt rétablissement.

Service de polyclinique et d'orthopédie de Martigny

027 603 90 21

Service de physiothérapie de Martigny

027 603 94 39

Service d'ergothérapie de Martigny

027 603 94 39

Hôpital du Valais

Hôpital de Martigny

Av. de la Fusion 27

1920 Martigny

027 603 90 00

