

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, A.Maqdes, T.Moraiti, C.Dib, F.M.Leclère, Ph.Valenti
European Journal of Orthopaedic Surgery & Traumatology. Mai 2015

Transfer of the clavicular or sternocostal portion of the pectoralis major muscle for irreparable tears of the subscapularis. Technique and clinical results.

Ph.Valenti, O.Boughebri, C.Moraiti, C.Dib, A.Maqdes, T.Amouyel, G.Ciais, J.Kany. International Orthopaedics. Mars 2015

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.

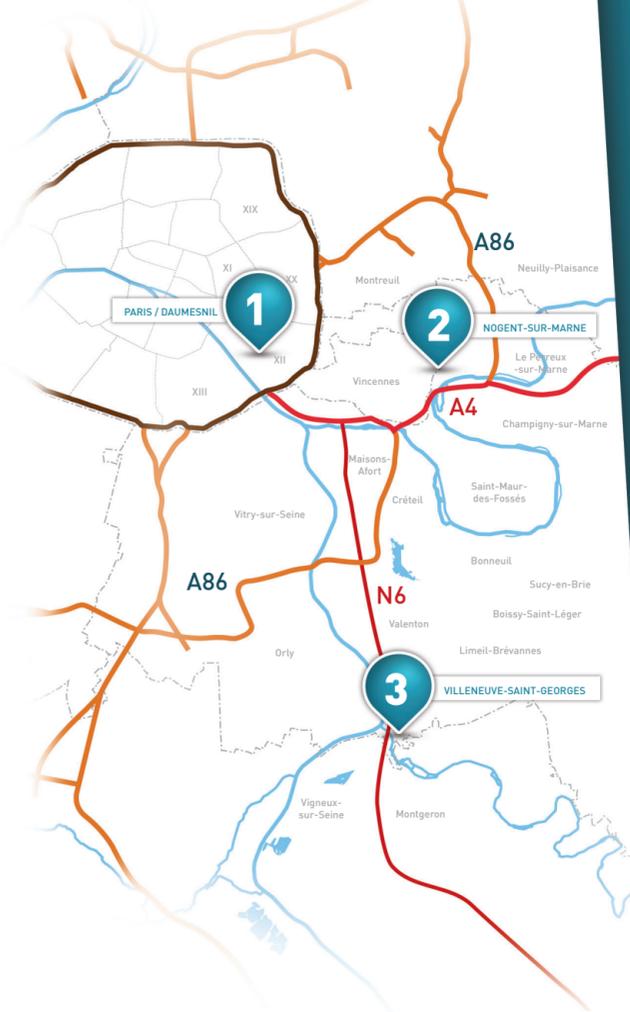
O.Boughebri, F.Duparc, JM.Adam, P.Valenti
Orthopaedics & Traumatology: Surgery & Research. Décembre 2011

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.Gabrien
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



1. PARIS 12^{ème} / DAUMESNIL

Centre Epaule Paris Est

Dr Omar BOUGHEBRI



01 84 60 20 60



dr.boughebri@gmail.com
www.centre-epaule-paris-est.fr

Cabinet Médical Daumesnil

46 Boulevard de Reuilly
75012 Paris

Métro lignes 6, 8 : Daumesnil

Bus 29, 46, 64

Parking Auchan au pied de l'immeuble

Hôpital Privé Armand Brillard

3 Avenue Watteau
94130 Nogent-sur-Marne

RER A : Nogent sur Marne

Clinique de Villeneuve-Saint-Georges

47 Rue de Crosne
94190 Villeneuve-Saint-Georges

RER D : Villeneuve St Georges

3. VILLENEUVE SAINT GEORGES

01 84 60 20 60
dr.boughebri@gmail.com



Centre Epaule Paris Est

www.centre-epaule-paris-est.com

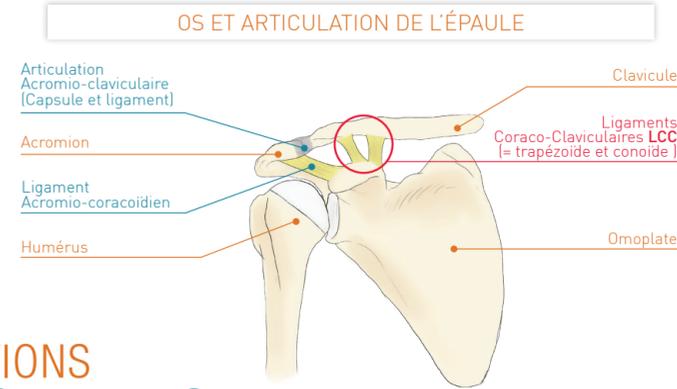


Centre Epaule Paris Est

www.centre-epaule-paris-est.com

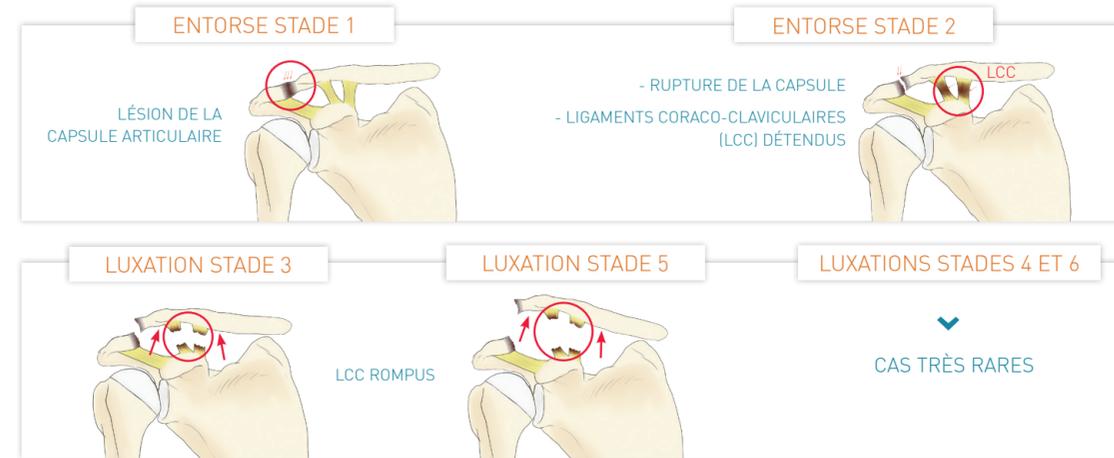
L'ARTICULATION ACROMIO-CLAVICULAIRE

Il s'agit de l'espace entre la clavicule et l'acromion de l'omoplate. La clavicule est stabilisée principalement par les ligaments coraco-claviculaires (LCC).



ENTORSES ET LUXATIONS ACROMIO-CLAVICULAIRES

En cas de choc direct de l'épaule (lors d'une chute en général), les ligaments coraco-claviculaires (LCC) peuvent être endommagés, voire rompus, entraînant une instabilité de la clavicule qui se déplace vers le haut (entorse ou luxation). Selon l'importance de l'instabilité de la clavicule, on distingue plusieurs stades de lésions acromio-claviculaires.



Classification selon Rockwood

	LIGAMENTS CORACO-CLAVICULAIRES (LCC)	CLAVICULE	MUSCLES DELTOÏDE ET TRAPÈZE	TRAITEMENT
STADE 1	NON ROMPUS	STABLE	SAINS	ATTELLE
STADE 2	RUPTURE PARTIELLE	INSTABLE	SAINS	STRAPPING
STADE 3	RUPTURE COMPLÈTE	INSTABLE ET LUXÉE	SAINS	STRAPPING OU CHIRURGIE (À DISCUTER SELON CAS)
STADE 5	RUPTURE COMPLÈTE	TRÈS INSTABLE ET LUXÉE	DÉCHIRÉS	CHIRURGIE

Le stade 4 correspond à une luxation vers l'arrière. Le stade 6 à une luxation vers le bas (et non le haut). Ils nécessitent aussi une réduction chirurgicale.

Le Chirurgien examine l'épaule du patient et ses radiographies. Il détermine ainsi le stade du traumatisme et le traitement à envisager.

LES TRAITEMENTS

ENTORSES STADES 1 ET 2

Une attelle et/ou un strapping permettent d'immobiliser l'épaule pendant 3 à 5 semaines. Les ligaments cicatrisent, l'évolution est favorable après la période d'immobilisation. De la rééducation permet ensuite de retrouver la souplesse de l'épaule et de renforcer les muscles trapèze et deltoïde qui participent à stabiliser la clavicule.

LUXATIONS STADE 3

La chirurgie est décidée en fonction du profil du patient et de ses attentes (âge, profession, sport). Pour les patients sportifs ou travailleurs de force, la chirurgie est préférable. En l'absence de chirurgie, l'immobilisation de l'épaule pendant quelques semaines puis la rééducation sont souvent suffisants pour retrouver une épaule non douloureuse et fonctionnelle, bien que la clavicule reste luxée et visible sous la peau.

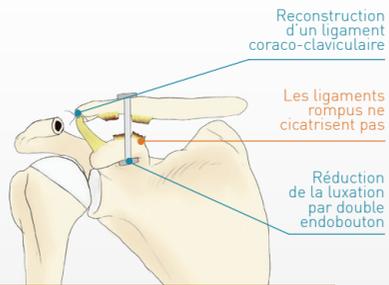
LUXATIONS STADES 4, 5 ET 6 :

Un traitement chirurgical est recommandé

Pour les cas chirurgicaux, la réduction de la clavicule doit être pratiquée rapidement, avant la 3e semaine si possible, afin de favoriser la cicatrisation des ligaments LCC rompus.

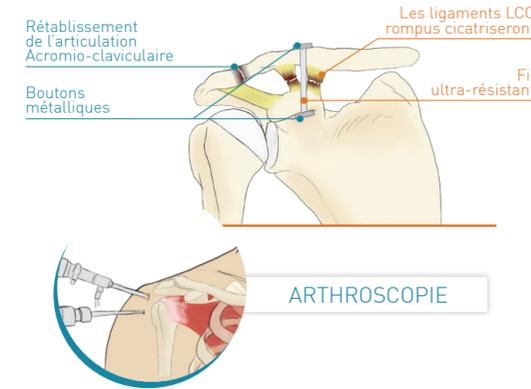
L'intervention se fait par Arthroscopie : 3 à 4 petites incisions (d'environ 1 cm) permettent d'introduire une caméra (de la taille d'un crayon) dans l'épaule afin de réduire la clavicule et de la maintenir par un système de fixation hyper-résistant associant 2 boutons métalliques (Endoboutons) et un fil solide.

RECONSTRUCTION D'UN LIGAMENT LCC

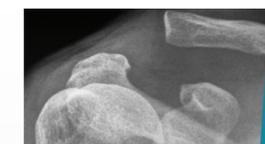


Après la 4^e semaine, en l'absence de réduction de la clavicule, les ligaments se résorbent et ne peuvent plus cicatriser. La luxation devient chronique. La chirurgie peut alors s'envisager secondairement en cas de gêne et douleurs persistantes. En plus de la réduction par Endoboutons, un raccourcissement de la clavicule par résection de

RÉDUCTION DE LA LUXATION PAR ARTHROSCOPIE



ARTHROSCOPIE



LUXATION ACROMIO-CLAVICULAIRE STADE 5



RÉDUCTION PAR DOUBLE ENDOBOUTON

son extrémité et une reconstruction des ligaments LCC doivent être effectués (intervention de Weaver Dunn). Le résultat de la chirurgie pour ces luxations chroniques est souvent inférieur aux cas pris en charge au cours des 3 premières semaines suivant le traumatisme.

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 cicatrisation des ligaments. La rééducation est débutée après ce délai. Des mouvements pendulaires et passifs doux sont effectués dans un premier temps. Les mouvements actifs sont récupérés progressivement. Deux à trois mois de rééducation sont nécessaires en général.

La reprise du travail peut se faire rapidement en cas d'emploi sédentaire (bureau...). Pour les travailleurs de force ou utilisant les épaules, un arrêt de 3 mois est à prévoir.

La reprise du sport est autorisée 3 mois après l'intervention en entraînement et 6 mois en compétition.



ANESTHÉSIE ET CONTRÔLE DE LA DOULEUR

Les nouvelles techniques d'anesthésie permettent une meilleure gestion de la douleur après l'intervention. Avant l'anesthésie générale, une anesthésie loco-régionale de l'épaule est effectuée afin de réduire les douleurs post-opératoires.

Après la salle d'opération, un passage en salle de réveil de quelques heures permet aux anesthésistes de surveiller le patient et de contrôler sa douleur. 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.

LES PRINCIPAUX RISQUES DE LA CHIRURGIE

La grande majorité des patients bénéficiant de cette intervention se rétablissent complètement et estiment le résultat satisfait. Le patient doit être toutefois conscient des inconvénients et des risques encourus avant de donner son consentement.

- Lésion d'un vaisseau ou d'un nerf pendant l'intervention
- Fracture malencontreuse de la clavicule ou de la coracoïde pendant l'intervention, pouvant nécessiter un changement de technique opératoire
- Retard de cicatrisation cutanée
- Infection du site opératoire
- Hématome post-opératoire
- Persistance d'une instabilité de la clavicule après l'intervention, pouvant être minime et bien tolérée ou plus importante et gênante
- Récidive de la luxation acromio-claviculaire
- Arthrose de l'articulation acromio-claviculaire
- 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 la récupération nécessite une rééducation douce pendant plusieurs mois.



La récupération est parfois incomplète, pouvant nécessiter une adaptation ou un changement du poste de travail. Les sportifs ne récupèrent parfois pas leur niveau précédant la luxation.

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 jeûn 6 heures avant l'intervention (Ne pas boire, manger ou fumer)

