



HIRSLANDEN
CLINIQUE BOIS-CERF



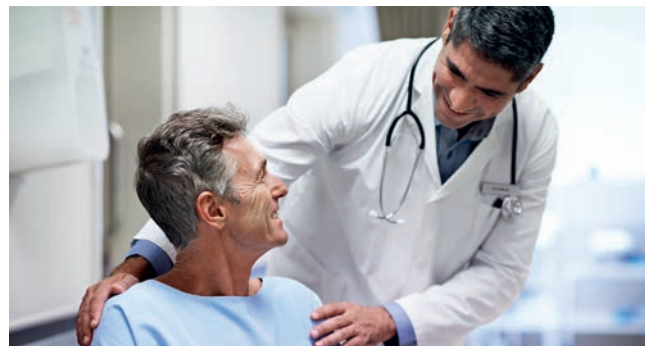
DÉCHIRURE DE LA COIFFE DES ROTATEURS

NOUS VOUS ACCOMPAGNONS ET SOUTENONS AVANT,
PENDANT ET APRÈS VOTRE OPÉRATION.



HIRSLANDEN
A MEDICLINIC INTERNATIONAL COMPANY

VIE ACTIVE



Le programme «Retour à la Vie Active» a pour but de vous informer et de vous donner les moyens de participer avec l'équipe soignante au succès de votre intervention.

Ce programme repose sur un accompagnement rapproché durant la phase qui précède votre hospitalisation, pendant votre séjour à la clinique et à votre retour à domicile.

Vous pourrez, avant votre intervention, lire tranquillement cette brochure ainsi que les autres documents contenus dans votre dossier. Votre médecin reste à votre disposition pour tous renseignements complémentaires.

Une fois admis à la clinique, un infirmier et un physiothérapeute vous accompagneront durant votre séjour. Ils vous aideront à progresser en personnalisant votre programme.

En espérant que «Retour à la Vie Active» vous apportera l'aide nécessaire à un prompt et complet rétablissement, nous vous souhaitons un bon séjour à la clinique et dans l'optique d'améliorer l'information patient, nous nous réjouissons que vous nous fassiez part de vos commentaires.

SOMMAIRE

4-5	DÉCHIRURE COIFFE ÉPAULE	6-10	TRAITEMENTS
	COMMENT FONCTIONNE L'ÉPAULE?	8	DOULEURS ET RÉSULTATS ATTENDUS
	COMMENT LA COIFFE SE DÉCHIRE-T-ELLE?		QUELS RÉSULTATS?
5	POURQUOI FAUT-IL TRAITER?		LE SUIVI
	QUELS EXAMENS FAUT-IL FAIRE?		AUTONOMIE
	COMMENT ÉVOLUE LA DÉCHIRURE		FONCTION
	DE LA COIFFE?		QUELS RISQUES?
	1. L'EXTENSION DE LA RUPTURE TENDINEUSE	9	TRANSFUSION
	2. LA RÉTRACTION DU MUSCLE ROMPU		INFECTIONS EN CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE
	3. L'ATROPHIE MUSCULAIRE		
	4. L'ARTHROSE	11	RETOUR À DOMICILE
	QUELLES CONSÉQUENCES?		ORGANISEZ VOTRE RETOUR À DOMICILE
6-10	TRAITEMENTS	12-14	SUIVI HOSPITALISATION
	LE TRAITEMENT CHIRURGICAL	12	SUIVI DE VOS PROGRÈS
	L'ARTHROSCOPIE	13	AUTO-ÉVALUATION DE LA DOULEUR
	SUTURE ET RÉINSERTION DES TENDONS	14	JOURNAL DE BORD
	L'ACROMIOPLASTIE		
7	AVANT L'OPÉRATION	15	AIDE-MÉMOIRE
	L'ANESTHÉSIE		AIDE-MÉMOIRE PRÉOPÉRATOIRE
	LA DURÉE DE L'OPÉRATION		VOS ACCÈS INTERNET
	APRÈS L'OPÉRATION		
	DANS VOTRE CHAMBRE		
	À LA SORTIE DE LA CLINIQUE		
			CONTACTS
			VOIR AU DOS DE LA BROCHURE

LA DÉCHIRURE DE LA COIFFE DES ROTATEURS

L'objectif de ce document est de vous donner les réponses aux questions que vous vous posez. Il ne présente cependant que des généralités. Il ne remplace pas les informations que vous donne votre médecin sur votre propre état de santé et ne prévaut pas sur celles-ci.

LA DÉCHIRURE DE LA COIFFE

L'ARTICULATION DE L'ÉPAULE EST UNE ARTICULATION FRÉQUEMMENT TOUCHÉE PAR UNE DÉCHIRURE TENDINEUSE.

COMMENT FONCTIONNE L'ÉPAULE ?

L'épaule est l'articulation du corps humain qui possède la plus grande amplitude de mouvement. Ceci est dû à son anatomie: d'un côté, l'omoplate se présente sous la forme d'une assiette légèrement creuse et, de l'autre, l'humérus sous la forme d'une tête arrondie qui vient s'appliquer au contact de l'assiette. Une capsule renforcée de ligaments entoure l'articulation et la stabilise avec l'aide des muscles courts de l'épaule qui viennent de l'omoplate pour «coiffer» la tête de l'humérus d'où le terme de «coiffe des rotateurs».

La coiffe des rotateurs regroupe les quatre tendons des muscles liants l'omoplate et la tête humérale. Le tendon du sus-épineux (1), le tendon du sous-épineux (2), le tendon du sous-scapulaire (3) et le tendon du petit rond (4). Dans leur trajet, ces muscles passent sous un auvent constitué par; l'acromion (5) partie de l'omoplate et le ligament acromio-coracoïdien (6). Les tendons et les ligaments sont tous deux des tissus conjonctifs, les tendons relient les muscles aux os, ce qui permet de prolonger le corps musculaire et les ligaments relient deux os au sein d'une même articulation. Leur rôle est de stabiliser l'articulation et les tendons sont aussi une sorte de tunnel par lequel passent les informations du cerveau au muscle.

Cet ensemble est considéré comme le moteur de l'épaule et joue un rôle clé sur le plan de la stabilité et le centrage de cette articulation.

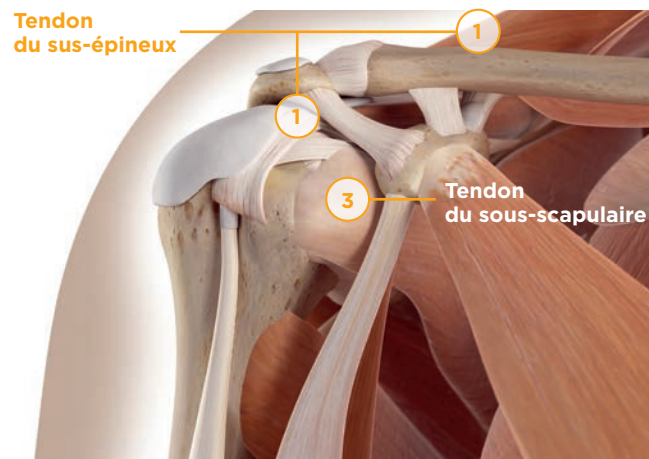
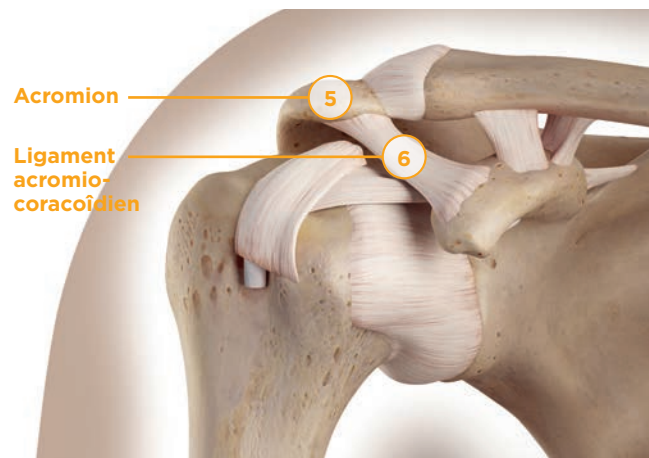
COMMENT LA COIFFE SE DÉCHIRE-T-ELLE ?

Les tendons de la coiffe des rotateurs peuvent être lésés en raison de surcharges mécaniques endurées par des efforts répétés ou lors d'un traumatisme (chute ou luxation de l'épaule).

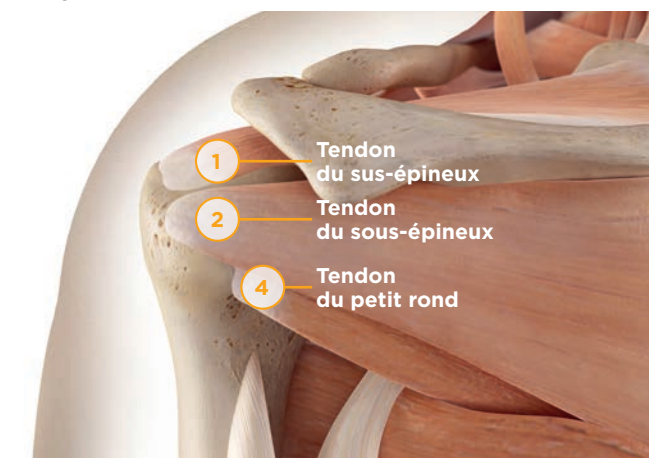
Le conflit sous-acromial prédispose aux douleurs de l'épaule. Il s'agit d'un frottement exagéré entre l'acromion (partie de l'omoplate) et l'humérus. Lorsqu'il existe un conflit, la bourse devient inflammatoire (bursite) et le tendon du sus-épineux peut être le siège d'une tendinite voire d'une usure prématurée qui peut conduire à une déchirure.

Les traumatismes constituent la majorité des déchirures tendineuses. Il peut s'agir d'une chute sur l'épaule ou d'un mouvement contrarié ou encore d'un effort inapproprié, en soulevant une charge par exemple. La répétition des traumatismes est aussi source de lésions.

Epaule droite, vue antérieure



Vue postérieure



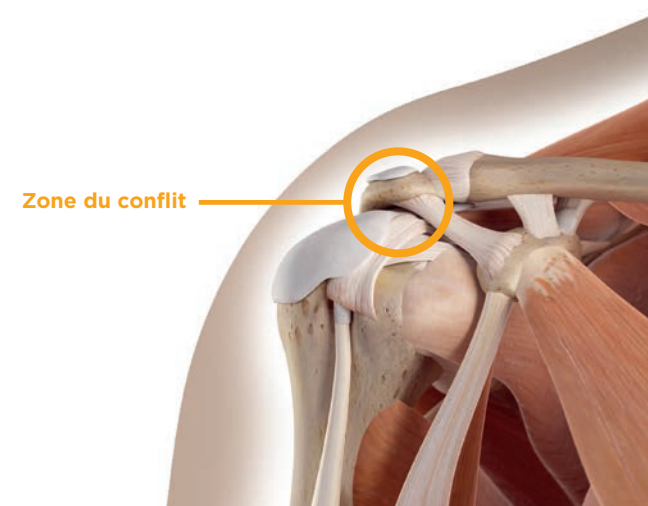
POURQUOI FAUT-IL TRAITER ?

La rupture de la coiffe des rotateurs nécessite une réparation chirurgicale dans la plupart des cas, quel que soit l'âge de sa survenue. Plusieurs études ont notamment confirmé l'avantage de la réparation, même chez des patients âgés de plus de 70 ans. En l'absence de traitement efficace, la situation se détériore sur le plan anatomique créant une aggravation des douleurs, de la raideur et du handicap fonctionnel. L'évolution spontanée vers l'omarthrose (arthrose de l'épaule) est fréquente.

En attendant la chirurgie, une physiothérapie est mise en place pour conserver autant que possible la mobilité de l'articulation et la force musculaire. Des antalgiques et des anti-inflammatoires sont prescrits pour contrôler les douleurs.

QUELS EXAMENS FAUT-IL FAIRE ?

Un examen clinique par un chirurgien orthopédiste et un bilan radiologique «orthopédique» visera à déterminer les caractéristiques de la lésion de manière à proposer le geste chirurgical le mieux adapté pour chaque cas.



L'IRM est le meilleur examen à disposition car il permet d'apprécier l'étendue de la lésion, la rétraction des éléments rompus et la qualité des muscles de la coiffe. Le bilan par IRM aide à déterminer les caractéristiques de la lésion de la coiffe et deux situations peuvent se présenter: la coiffe est réparable ou irréparable. Si la coiffe est irréparable, alors le traitement sera orienté vers une chirurgie prothétique.

COMMENT ÉVOLUE LA DÉCHIRURE DE LA COIFFE ?

Lorsqu'un tendon de la coiffe est lésé, il existe des douleurs à la mobilisation de l'épaule avec souvent des douleurs nocturnes et une perte de force. Cette combinaison entraîne une diminution de la mobilité de l'épaule qui peut être sévère dans les lésions conjointes de plusieurs tendons.

La majeure partie des ruptures de la coiffe vont s'aggraver au sens anatomique du terme. Cette aggravation se fait de quatre manières:

1. L'EXTENSION DE LA RUPTURE TENDINEUSE

Qu'elle soit due à un traumatisme ou à une usure progressive du fait du vieillissement de votre épaule, une rupture d'abord partielle d'un tendon aura tendance à se compléter puis à s'étendre à d'autres tendons. Le sus-épineux est l'élément de la coiffe le plus souvent touché. Sa partie antérieure est la plus exposée donc la plus vulnérable. La lésion peut s'étendre en avant, au tendon du muscle sous-scapulaire, ou en arrière au tendon du muscle sous-épineux. Le tendon du long chef du biceps est souvent lésé en association avec les lésions de la coiffe.

2. LA RÉTRACTION DU MUSCLE ROMPU

La rupture complète d'un tendon entraîne une rétraction du muscle et une perte de contact avec son point d'attache sur l'humérus. Perdant sa tension naturelle, le muscle va dégénérer et progressivement s'atrophier et se transformer en cellules graisseuses.

3. L'ATROPHIE MUSCULAIRE

Ces deux problèmes, la rétraction et la dégénérescence graisseuse sont intimement liés. Plus la rupture de la coiffe est ancienne, plus la rétraction est importante et plus le muscle est exposé à l'atrophie. À un certain moment la coiffe deviendra irréparable car trop rétractée et le muscle non récupérable à cause de la dégénérescence graisseuse qui lui fait perdre ses propriétés de contraction. Réparer les tendons de la coiffe s'avérera inutile dans cette situation.

4. L'ARTHROSE

La dysfonction chronique de la coiffe décale l'articulation gléno-humérale. L'humérus s'élève en direction du crâne et ne s'articule plus en face avec la glène. Cela entraîne des phénomènes d'usure qui conduisent à l'arthrose, ici une arthrose excentrée qui chirurgicalement devra être traitée par la mise en place d'une prothèse dite inversée.

QUELLES CONSÉQUENCES EN CAS DE DÉCHIRURE ?

Les patients se plaignent de douleurs à la mobilisation de l'épaule lors de mouvements au-dessus de l'horizontale ou lors de mouvements rotatoires. Des douleurs nocturnes et une perte de force sont souvent présents.

TRAITEMENTS DE LA DÉCHIRURE DE LA COIFFE DES ROTATEURS

L'OBJECTIF DE TOUS CES TRAITEMENTS EST DE VOUS SOULAGER DE VOS DOULEURS ET DE VOUS PERMETTRE DE POURSUIVRE UNE VIE ACTIVE.

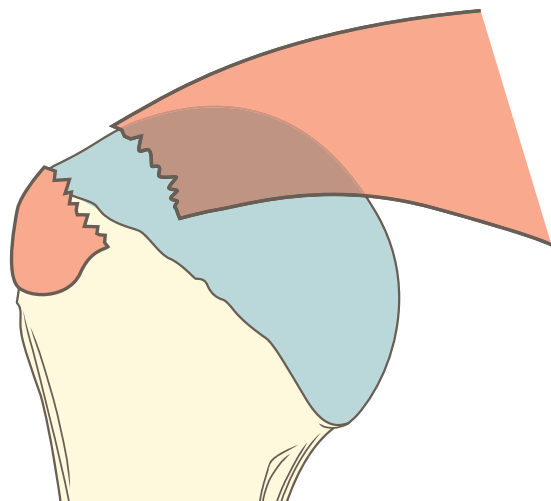
LE TRAITEMENT CHIRURGICAL

Le traitement d'une déchirure de coiffe des rotateurs est réalisé le plus souvent et presque toujours sous contrôle arthroscopique. Cette chirurgie permet des voies d'abord très réduites qui facilitent la récupération post-opératoire. Le traitement associe plusieurs gestes :

- La suture de la déchirure des tendons de la coiffe et la réinsertion des tendons au niveau de l'humérus.
- La ténodèse ou la ténotomie du long chef du biceps (LCB) en cas de lésion associée (lésion très fréquente). Il s'agit de fixer le tendon du biceps sur l'humérus.
- L'acromioplastie qui consiste à élargir l'espace sous-acromial en réduisant la surface inférieure de l'acromion.

L'ARTHROSCOPIE

L'intervention s'effectue par arthroscopie avec 3 à 6 petites incisions de 5 mm. Ces ouvertures permettent au chirurgien d'insérer une optique reliée à une caméra et les instruments nécessaires au traitement. La caméra permet de voir l'intérieur de l'épaule sur un moniteur, ainsi tous les gestes sont faits alors que votre épaule reste « fermée ».



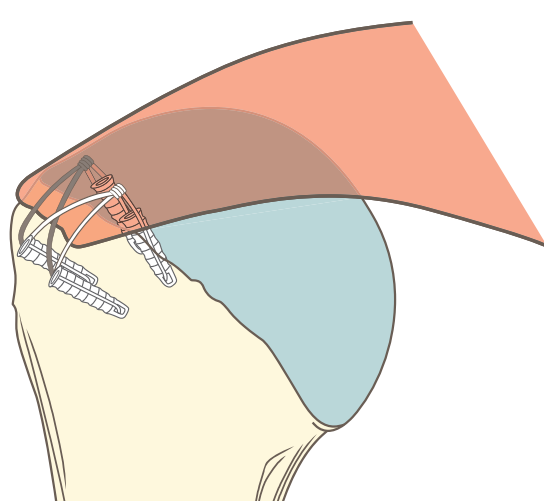
État de la déchirure totale du sus-épineux avant l'opération (épaule droite)

SUTURE ET RÉINSERTION DES TENDONS

Sous contrôle arthroscopique, votre chirurgien met en place de petites ancrs fixées dans l'os dont les fils sont passés à travers le tendon rompu. En nouant les fils, le tendon vient à nouveau s'appliquer sur sa zone de fixation naturelle et est mis ainsi en situation de cicatriser. Plusieurs sutures parallèles sont nécessaires en particulier lors de lésions extensives. Dans le même temps on procède si nécessaire à la fixation du long biceps dans sa gouttière osseuse (ténodèse).

L'ACROMIOPLASTIE

Finalement, on effectue le fraisage de la surface inférieure de l'acromion afin d'éviter le conflit sous-acromial. Dans certains cas une libération des adhérences contractées par le muscle dont le tendon est rompu, sera nécessaire pour faciliter ou permettre cette réparation. La chirurgie arthroscopique permet de mener à bien cette réparation. Pour refermer les petites incisions, on utilise du fil de suture non résorbable ou résorbable. L'aspect final de votre cicatrice dépend surtout de l'état de votre peau ou encore de son exposition au soleil, qu'il faut éviter après l'opération au moins pendant 6 mois.



État de la déchirure totale du sus-épineux après l'opération (épaule droite)

CHIRURGIE RÉPARATRICE DE LA COIFFE DES ROTATEURS

AVANT L'OPÉRATION

Plus vous êtes en forme, plus la rééducation post-opératoire sera facile. C'est pourquoi il est conseillé de conserver autant que possible la force et la souplesse de vos muscles et de vos articulations par des exercices physiques adaptés.

L'ANESTHÉSIE

Vous serez installé sur le dos, en position de chaise longue, le plus confortablement possible. L'intervention se pratique sous anesthésie générale ou en anesthésie loco-régionale. Le médecin anesthésiste que vous verrez avant l'opération vous en précisera les modalités et vous expliquera aussi comment sont gérées les douleurs post-opératoires.

LA DURÉE DE L'OPÉRATION

Habituellement, elle dure environ 45-90 minutes mais il faut compter en plus le temps de la préparation. La durée de cette opération peut varier beaucoup sans que son déroulement pose un problème particulier, car elle dépend de nombreux facteurs (la méthode utilisée, le nombre de gestes associés, etc.).

APRÈS L'OPÉRATION

Vous serez conduit en salle de réveil où vous resterez en surveillance continue quelques heures ou jusqu'au lendemain de l'intervention. On veillera à ce que vous n'ayez pas mal et que vous soyez installé confortablement.

DANS VOTRE CHAMBRE À L'ÉTAGE

Vos journées sont rythmées par les repas, la toilette, la physiothérapie de mobilisation de votre épaule. Au fur et à mesure, vous allez observer vos progrès et devenir graduellement autonome. Le cathéter interscalénaire (conduit permettant d'optimiser l'analgésie per- et postopératoire) sera retiré progressivement. La durée d'hospitalisation est de 4 jours et 3 nuits.

À LA SORTIE DE LA CLINIQUE

En quittant la clinique, vos douleurs doivent pouvoir être contrôlées par une médication simple, et vous devez avoir compris les différents exercices à faire à la maison. Par ailleurs, il est indispensable de s'assurer de la mise en place de l'aide nécessaire à domicile, de disposer de la médication à poursuivre avec l'ordonnance pour votre pharmacien et d'avoir la date de rendez-vous avec votre chirurgien pour un contrôle. Le plan de traitement ambulatoire (hors hospitalisation) est le suivant :



- Changement du pansement 1-2 fois par semaine chez le médecin traitant, en polyclinique ou à la maison.
- Physiothérapie ambulatoire 2 fois par semaine.
- Ablation des fils à 15 jours postopératoires chez le médecin traitant ou en polyclinique.
- Prochain contrôle chez le chirurgien à 6 semaines post-opératoires.

DOULEURS ET RÉSULTATS ATTENDUS

L'objectif principal est de soulager la douleur et d'améliorer la fonction de l'épaule. Certaines douleurs peuvent persister suite à l'étirement des muscles et tendons impliqués. Si les douleurs dues à la déchirure de coiffe disparaissent après l'opération, il est possible d'avoir encore un peu mal à des endroits précis (douleurs résiduelles), surtout si l'épaule était très abîmée avant l'opération. Ces douleurs (liées à une adaptation difficile des muscles et des tendons) finissent en général par disparaître et n'empêchent pas les patients d'être satisfaits. Il faut compter plusieurs mois jusqu'à une récupération complète de la mobilité et de la force du membre supérieur.

QUELS RÉSULTATS ?

La qualité du résultat de l'opération dépend de l'indication à la chirurgie et de l'état de santé du patient (atteinte articulaire isolée ou autres problèmes existants). Le taux de guérison d'une réparation de la coiffe varie selon l'âge, l'état des tissus tendineux et l'étendue de la lésion.

LE SUIVI

Il faut suivre rigoureusement les consignes de votre chirurgien. Allez aux différents rendez-vous qu'il vous propose, passez les examens de contrôle, c'est important. Cela lui permet de surveiller l'évolution de votre épaule, d'adapter le traitement et de vérifier que la suture tient bien. Habituellement vous revoyez votre chirurgien à 6 semaines, 12 semaines, puis 4, 5 et 6 mois postopératoires.

AUTONOMIE

Il est préférable de réserver une période de convalescence de 3 mois. Une épaule ayant bénéficié d'une réparation de coiffe doit être économisée. Adaptez vos loisirs, évitez les sports violents et les travaux forcés pour profiter le plus longtemps possible des bénéfices de l'intervention. La reprise du travail survient généralement après 1 à 6 mois. Le délai varie selon votre âge et votre profession. La réparation de coiffe pose un problème dans certains métiers où il faut envisager un aménagement de poste de travail.

FONCTION

L'idéal est d'arriver à ne plus se préoccuper de son épaule. Dans la majorité des cas, les patients reprennent une vie active.

QUELS RISQUES ?

Malgré leur faible fréquence, des complications peuvent survenir.

- La thrombose veineuse. Sa prévention n'est pas systématiquement nécessaire pour une arthroscopie d'épaule.
- L'infection. La prévention du risque d'infection est systématique. Pour diminuer le risque infectieux (invasion par des microbes), il faut absolument vérifier que vous n'ayez pas d'infection ailleurs (au niveau des dents, de la peau, etc.). Une dose d'antibiotique prophylactique est administrée en pré-opératoire. Le risque d'infection est très rare (inférieur à 0,5%). Parmi les autres risques, il faut citer les risques théoriques de lésion vasculo-nerveuse (< 1%).

TRANSFUSION

Le recours à la transfusion sanguine est exceptionnel pour toute chirurgie arthroscopique. En effet la technique génère peu de saignement et les saignements occasionnés sont rapidement et facilement identifiables et traités (par électrocoagulation).

Les autres risques sont liés à la cicatrisation complète ou incomplète des tissus réparés.

La réparation d'une rupture de la coiffe des rotateurs est une opération courante (un million de cas par an dans le monde) mais qui comporte certains risques connus (comme toute opération) et nécessite votre participation pour sa réussite.

INFECTIONS EN CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE

INFORMATION SPÉCIALISÉE POUR ACCOMPAGNER VOTRE TRAITEMENT.



AVANT L'OPÉRATION

La préparation de la peau à l'aide d'un savon antiseptique, un rasage soigneux en évitant d'irriter la peau ou de créer des microlésions cutanées sont autant de garanties d'effectuer l'opération dans les meilleures conditions. Une prévention antibiotique est donnée 30 à 60 minutes avant l'opération et sera répétée en postopératoire en cas d'intervention majeure.

PENDANT L'OPÉRATION

Les salles d'opération sont aujourd'hui spécialement équipées, pourvue notamment d'un flux laminaire, soit d'une ventilation sans turbulences avec un système de circulation d'air qui améliore très notablement les conditions d'asepsie (méthode préventive contre la contamination microbienne). Le personnel de salle d'opération est spécialisé en chirurgie orthopédique et aguerri aux techniques modernes de cette spécialité. Nous sommes tous attentifs à l'asepsie car nous savons qu'il s'agit d'une condition sine qua non à la réalisation de cette chirurgie et à son succès. Un lavage soigneux des mains, une désinfection large et répétée de la peau, le doublage des gants des opérateurs et un habillage spécifique à la chirurgie prothétique sont autant de protections supplémentaires.

Des contrôles réguliers sont réalisés au bloc opératoire en matière de qualité de l'air et du bon déroulement des processus de stérilisation.

APRÈS L'OPÉRATION

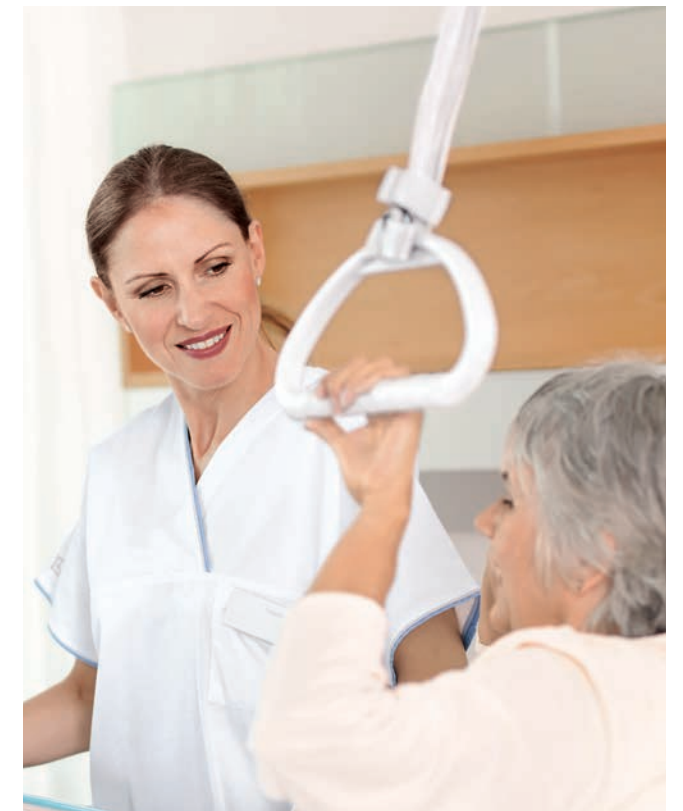
L'équipe infirmière est spécialisée et procédera à l'ablation des drains et à la réfection des pansements en appliquant les règles d'hygiène strictes dont elles sont coutumières. En cas de complication ou de doute, le médecin sera tenu immédiatement tenu au courant.

SITUATIONS PARTICULIÈRES

L'infection peut être liée au geste chirurgical par contamination directe de la plaie opératoire mais peut aussi en cas de présence de bactéries dans le sang ou d'infection générale du sang être transmise indirectement par voie sanguine. On doit tenir compte de ce risque en particulier chez les porteurs d'implants orthopédiques comme une prothèse de hanche ou de genou.

QUAND DOIT-ON SUSPECTER UNE INFECTION ?

L'infection peut se développer superficiellement ou en profondeur. L'infection superficielle se manifeste généralement par une rougeur, un gonflement, une sensation de chaleur et une douleur dans la zone opérée. Si l'infection est profonde, l'inconfort est plus important et s'accompagne d'un gonflement de la plaie chirurgicale et de fièvre. Sans traitement adéquat, l'évolution peut se faire vers la suppuration ou l'abcédation voire la généralisation du processus infectieux (septicémie).



FACTEURS DE RISQUE

Bien que toutes les précautions soient prises pour chaque patient, l'identification des patients à haut risque contribue à fournir des stratégies appropriées pour une prévention maximale. Parmi les facteurs prédisposant il faut citer le diabète, le tabagisme, les états d'immunodépression (SIDA, traitements médicamenteux au long cours, dépendances), d'immunosuppression (chimiothérapie), les états infectieux latents (granulomes dentaires, cystite, prostatisme), la corticothérapie, la malnutrition, l'obésité, l'arthrite rhumatoïde. Cette liste n'est pas exhaustive.

Le risque d'infection du site opératoire à la suite d'une intervention chirurgicale orthopédique est compris entre 0,2% et 5% si l'on se réfère à la littérature médicale spécialisée sur ce sujet.

Ce risque varie en fonction de différents paramètres sur lesquels il est possible d'agir avec plus ou moins d'efficacité durant la période pré-, péri- et post-opératoire.

PROPHYLAXIE

La prophylaxie tient dans les mesures d'hygiène à prendre afin de prévenir différentes maladies. La préparation de la peau et les antibiotiques sont des mesures essentielles afin d'éviter une infection. Une dose d'antibiotique à large spectre est donnée par voie intraveineuse 30 minutes avant toute intervention. La même dose est répétée à 12 heures post-op en cas de chirurgie majeure. La qualité du traitement chirurgical influe de manière bénéfique sur le risque infectieux par des techniques peu invasives ménageant les tissus et un temps opératoire court. La qualité des installations et la performance de l'équipe soignante sont également à prendre en compte.

TRAITEMENT

Pour pouvoir traiter efficacement une infection il faut connaître le germe qui en est responsable et donc faire des prélèvements bactériologiques. Il faut éviter de prendre des antibiotiques à l'aveugle car cela peut retarder le diagnostic. Bien qu'une complication infectieuse puisse avoir de graves conséquences, en particulier en chirurgie prothétique, un traitement bien conduit parvient le plus souvent à en venir à bout.



ANTIBIOPROPHYLAXIE DANS LES PROCÉDURES DENTAIRES

Chez les patients porteurs de prothèses, une dose prophylactique est préconisée une heure avant et 6 heures après le traitement. Le risque de dissémination à distance des germes de la cavité buccale est ainsi réduit.

ANTIBIOPROPHYLAXIE DANS LES PROCÉDURES UROLOGIQUES

Les mêmes dispositions prophylactiques sont préconisées avant les explorations urologiques.

ORGANISEZ VOTRE RETOUR À DOMICILE

Votre domicile doit être un endroit sûr et facile à vivre pendant les premiers mois qui suivent le traitement de votre épaule. Quelques conseils peuvent vous être utiles.

POUR SE Baigner ET S'HABILLER

- Dans votre chambre et votre salle de bain, ménagez-vous le plus de place possible permettant un accès aisé aux choses utiles.
- Il peut s'avérer utile d'équiper votre salle de bain d'une poignée ou d'une barre de soutien. Equipez le sol de la douche ou de la baignoire d'un revêtement antidérapant.
- Différents accessoires existent pour vous faciliter la vie: pince à rallonge, éponge à long manche, petit sac à dos, bouteille d'eau ou téléphone portable fixés à la ceinture, etc.

RÉDUIRE LE RISQUE DE CHUTE

- Si votre habitation est sur plusieurs niveaux, choisissez celui où vous préférez rester la plupart de votre temps et installez-y tout ce dont vous avez besoin.
- Installez ou vérifiez la stabilité de vos rampes d'escalier.
- Rangez tous les passages que vous empruntez et débarrassez-les de tout ce qui est inutile ou pourrait vous faire trébucher (tapis, câbles, bibelots, etc.).
- Si vous avez besoin d'aide pour des animaux domestiques, prévoyez de les confier à un tiers pendant quelque temps pour votre bien-être et votre sécurité.

VOTRE LIEU DE VIE

- Aménagez un espace confortable dans votre salon et placez-y toutes les choses que vous utilisez régulièrement à des endroits facilement accessibles: vous pouvez par exemple installer dans votre salon une table près d'un siège confortable et sur cette table vous pouvez mettre un téléphone portable, la télécommande de la télévision, un bloc-notes, des journaux, une boisson, etc.
- Utilisez un engin à roulettes pour transporter objets ou nourriture.

ENTOUREZ-VOUS

- Prévoyez une aide au ménage et facilitez-vous la vie en faisant quelques provisions.
- Votre entourage ne sera pas de trop pendant cette période de récupération, il pourra vous soutenir et vous aider, vous accompagner en promenade, vous conduire ou encore simplement vous tenir compagnie.

En espérant que ces quelques conseils vous seront utiles, car durant cette période ils sont nécessaires pour vous rétablir, nous attendons volontiers de votre part encore d'autres suggestions et vous souhaitons un prompt rétablissement.

SUIVI DE VOS PROGRÈS DÉCHIRURE DE LA COIFFE DES ROTATEURS



☐ GAUCHE ☐ DROITE DATE DE L'OPÉRATION: _____

POSTURES

- Au lit
- Posteriorisation
- Abaissement



Avec aide	Sous surv.	Seul
j _____	j _____	j _____
j _____	j _____	j _____
j _____	j _____	j _____

GILET

Mettre le gilet



Avec aide	Sous surv.	Seul
j _____	j _____	j _____

Enlever le gilet



Avec aide	Sous surv.	Seul
j _____	j _____	j _____

EXERCICES

Scapula



Pendulaire



Avec aide	Sous surv.	Seul
j _____	j _____	j _____ (scapula)
j _____	j _____	j _____ (pendulaire)

- Coude sans résistance
- Poignet, main, doigts

Avec aide	Sous surv.	Seul
j _____	j _____	j _____
j _____	j _____	j _____

AUTO-ÉVALUATION DE LA DOULEUR

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

Pas de douleur

10

9

8

7

6

5

4

3

2

1

Douleur maximale imaginable

		DOULEUR AU REPOS										DOULEUR EN MOUVEMENT										
JOUR 1	Matin	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Matin	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Midi	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Midi	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Soir	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Soir	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
JOUR 2	Matin	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Matin	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Midi	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Midi	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Soir	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Soir	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
JOUR 3	Matin	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Matin	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Midi	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Midi	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Soir	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Soir	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
JOUR 4	Matin	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Matin	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Midi	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Midi	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Soir	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Soir	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

NOTES

[illegible]

AIDE-MÉMOIRE PRÉOPÉRATOIRE

Check-list des démarches à faire avant votre opération ainsi que des documents et objets personnels à prendre avec vous pour votre entrée en clinique.

UNE FOIS QUE L'INDICATION OPÉRATOIRE A ÉTÉ POSÉE
ET LE JOUR OPÉRATOIRE AGENDÉ, ENVIRON TROIS SEMAINES
AVANT VOTRE OPÉRATION VOUS DEVEZ:

- Prendre rendez-vous chez votre médecin généraliste
- Recevoir une lettre de convocation ainsi que des informations sur votre séjour à la Clinique Bois-Cerf
- Remplir le questionnaire préanesthésique et le consentement éclairé
- Envoyer au plus tard une semaine avant votre opération le consentement éclairé, daté et signé, à votre chirurgien si pas déjà remis
- Recevoir une convocation de la clinique pour un rendez-vous avec le médecin anesthésiste afin d'évaluer votre état de santé
- Envoyer à votre chirurgien la liste de médicaments utilisés et vos allergies connues
- Organiser les rendez-vous de physiothérapie pour l'étape postopératoire
- Organiser le transport pour votre sortie après l'hospitalisation
- Fixer un rendez-vous de contrôle postopératoire avec votre chirurgien

LE JOUR DE VOTRE ENTRÉE EN CLINIQUE VOUS DEVEZ APPORTER CES DOCUMENTS:

- Avis d'entrée à la Clinique Bois-Cerf
- Carte d'assurance
- Radiographies
- Résultats de laboratoire
- Carte de groupe sanguin
- Questionnaire de santé
- Questionnaire préanesthésique
- Consentement éclairé pour l'anesthésie
- Carnet d'auto-surveillance pour diabétique
- Carnet de surveillance si vous êtes sous anticoagulant
- Médicaments dont vous faites usage régulier et communiquer les allergies connues

AINSI QUE VOS EFFETS PERSONNELS:

- Articles de toilette (linges et lavettes fournis)
- Pyjama, robe de chambre, chemise de nuit
- Sous-vêtements habituels et chaussettes
- Trainings (idéalement avec fermeture Éclair sur le côté)
- Pantoufles fermées et baskets
- Maillot de bain
- Lunettes
- Lecture
- Carnet d'adresses et numéros de téléphone personnels

WWW.VIEACTIVE.CH

VOS ACCÈS INTERNET

MOT DE PASSE: _____

NOUS SOMMES AU SERVICE DE VOTRE SANTÉ. NOS 17 CLINIQUES, 4 CENTRES MÉDICAUX, 16 INSTITUTS DE RADIOLOGIE ET 4 INSTITUTS DE RADIOTHÉRAPIE AINSI QUE NOS CENTRES DE CHIRURGIE AMBULATOIRE ET NOS SERVICES D'URGENCES S'Y ENGAGENT JOUR APRÈS JOUR. NOUS SOMMES ÉGALEMENT PRÉSENTS DANS VOTRE RÉGION: AARAU, BERNE, BIENNE, CHAM, GENÈVE, GUIN, HEIDEN, LAUSANNE, LUCERNE, MEGGEN, MÜNCHENSTEIN, SCHAFFHOUSE, SAINT-GALL, ZURICH.

VOUS TROUVEREZ DAVANTAGE DE DÉTAILS SUR LE SITE: WWW.HIRSLANDEN.CH/SITES

L'EXPERTISE EN TOUTE CONFIANCE.

CONSEIL ET INFORMATION
HIRSLANDEN HEALTHLINE 0848 333 999

EN CAS DE PROBLÈMES LIÉS À VOTRE HOSPITALISATION

CONTACTEZ VOTRE CHIRURGIEN

L'ÉTAGE DE VOTRE SÉJOUR
T 021 619 69 69
EN DEHORS DES HEURES OUVRABLES
T 021 619 68 06

LE CENTRE D'URGENCES
HIRSLANDEN LAUSANNE
T 021 310 50 30

EN CAS D'URGENCE

APPELEZ LE 144

CLINIQUE BOIS-CERF

AVENUE D'OUCHY 31
CH-1006 LAUSANNE
T 021 619 69 69
F 021 619 68 25
CLINIQUE-BOISCERF@HIRSLANDEN.CH

WWW.HIRSLANDEN.CH/LAUSANNE

