

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE

DE L'ÉPAULE

L'ARTHROSE D'ÉPAULE

QU'EST-CE QUE L'ARTHROSE ?

Une articulation normale est recouverte de cartilage, revêtement dont les remarquables qualités de souplesse, d'élasticité et d'amortissement permettent des mouvements souples, sans accrochage et bien sûr sans douleur pendant de très nombreuses années. Que ce soit avec des pièces mécaniques, d'avion ou d'automobile par exemple, ou que ce soit avec des prothèses, malgré les immenses progrès effectués ces 20 dernières années, aucune technique n'est capable à l'heure actuelle de reproduire un matériau à la fois aussi souple, et aussi résistant à l'usure que le cartilage.

A QUOI EST DUE L'ARTHROSE ?

L'arthrose peut être liée à l'usure du cartilage avec le temps, sans cause définie. Exemple d'arthrose de l'épaule : noter la disparition de l'espace entre la tête humérale et l'omoplate, traduisant la disparition du cartilage articulaire

LES CAUSES DE L'ARTHROSE ?

Rupture de la coiffe des rotateurs

Luxations répétées de l'articulation

Nécrose osseuse

liée à la prise excessive de corticoïde, à des maladies génétiques, à une fracture

Fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus

Lien avec FESH

Maladies rhumatismales

Comme la polyarthrite rhumatoïde

POURQUOI L'ARTHROSE EST À L'ORIGINE DE DOULEURS ?

Les douleurs sont liées à deux phénomènes au sein de l'articulation :

Le frottement os-os.

Un phénomène inflammatoire :

Le corps réagit aux petits débris d'usure du cartilage en envoyant des cellules de l'inflammation et en produisant plus de liquide lubrifiant, le liquide articulaire.

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE

DE L'ÉPAULE

Ces deux phénomènes expliquent d'une part les douleurs lors de l'utilisation prolongée de l'articulation (frottement os-os) et les douleurs parfois aiguës, avec épanchement de liquide articulaire, le classique « épanchement synovial ». L'épanchement est donc un autre signe d'arthrose.

Il est souvent moins visible qu'au genou par exemple, car l'épaule est une articulation loin de la peau, contrairement au genou. Les craquements ou les blocages articulaires sont assez fréquents à l'épaule. La diminution de l'amplitude des mouvements et la perte de force peuvent être liées à l'arthrose directement, mais aussi à la douleur, ou à une rupture de la coiffe des rotateurs.

COMMENT PEUT-ON TRAITER L'ARTHROSE ?

Dans un certain nombre de cas, l'arthrose est suffisamment peu douloureuse dans les gestes de la vie quotidienne pour être calmée par des médicaments simples :

Médicaments contre la douleur :

Paracétamol,
dextropropoxyphène-paracétamol

Médicaments contre l'inflammation :

Anti-inflammatoires non stéroïdiens,
pour la prescription desquels la
consultation d'un médecin est
indispensable

LA RÉÉDUCATION

La rééducation est souvent utile, parfois en piscine, associée aux ultrasons, à l'application régulière de glace. Son utilité et sa fréquence doivent être déterminées par le médecin en fonction de chaque situation particulière.

En cas d'échec de ces premiers traitements, il est possible de proposer une ou plusieurs infiltrations intra articulaires de médicaments anti-inflammatoires non stéroïdiens.

En pratique, 3 infiltrations par an espacées de quelques semaines paraissent suffisantes.

Ce n'est qu'en cas d'échec de ce deuxième temps du traitement que l'on doit envisager une solution chirurgicale.

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE

DE L'ÉPAULE

LA CHIRURGIE D'ÉPAULE

LE LAVAGE ARTHROSCOPIQUE

Il s'agit d'aller mettre une caméra dans l'épaule par une petite incision de moins de 1 cm de long et de laver l'épaule de ses débris osseux et cartilagineux qui favorisent inflammation et érosion du cartilage sain restant. Ce lavage se fait par une deuxième incision antérieure, de même taille. L'intervention est courte (30 mn) et peut être effectuée en ambulatoire.

Les complications en sont rares, voire exceptionnelles. Il n'y a pas d'immobilisation de l'épaule et celle-ci peut être utilisée, avec prudence, dès la levée de l'anesthésie loco-régionale. Les résultats sont souvent bons pendant quelques mois, mais ne perdurent pas car les lésions d'usure sont toujours présentes et le frottement os-os également. La récurrence des douleurs est donc la règle après quelques mois. Il s'agit toutefois d'une bonne solution d'attente avant une intervention plus lourde.

LES PROTHÈSES D'ÉPAULE

Les prothèses d'épaule, totales ou partielles, ont fait de très gros progrès dans les 10 dernières années. Elles sont beaucoup moins fréquentes que les prothèses de hanche. Néanmoins, les résultats des prothèses modernes sont maintenant excellents.

Plus de 90% des prothèses totales d'épaule sont encore en place sans douleur plus de 15 ans après l'intervention.

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE

DE L'ÉPAULE

Les complications sont également rares, mais doivent être prévenues par des précautions pré et per-opératoires et par une surveillance post-opératoire attentive :

L'INFECTION

Rare (0,5%), est toujours possible, d'autant plus que l'on néglige des foyers infectieux situés ailleurs dans l'organisme (panaris, abcès dentaire, sinusite, infection urinaire, plaie infectée...) ou que l'organisme est affaibli par une autre maladie (diabète, immunodépression, chimiothérapie...). Sa survenue impose souvent l'ablation de la prothèse, un traitement antibiotique de plusieurs semaines, et la remise en place d'une nouvelle prothèse une fois l'infection guérie.

LA CAPSULITE RETRACTILE

C'est une raideur de l'épaule qui peut également survenir et n'a pas de spécificité particulière dans une prothèse totale d'épaule.

UNE FRACTURE SOUS LA PROTHÈSE

Est toujours possible, surtout en cas de chute.

UNE LUXATION DE LA PROTHÈSE

Rare (1%)

LA RUPTURE DE TENDONS DE LA COIFFE DES ROTATEURS

Peut survenir soit à l'occasion d'un effort inadapté trop précoce, avant la cicatrisation post-opératoire, soit avec le temps si la coiffe des rotateurs n'est pas en bon état au moment de la pose de la prothèse.

L'USURE DE LA PROTHÈSE COTÉ OMOPLATE

C'est la principale cause de changement de prothèse à long terme, mais reste rare (seulement 6% d'usure nécessitant un changement de prothèse au bout de 15 ans d'utilisation).

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE

DE L'ÉPAULE

LES DIFFÉRENTS TYPES DE PROTHÈSE :

PROTHÈSE PARTIELLE

Certaines causes d'arthrose, comme les nécroses osseuses, permettent de mettre des prothèses partielles, car seul le côté huméral de l'articulation est usé

PROTHÈSE TOTALE

La plupart des arthroses de l'épaule entraînent toutefois une usure à la fois de l'humérus et de l'omoplate et nécessitent la mise en place de prothèses totales, qui remplacent les deux versants de l'articulation.

PROTHÈSE « INVERSÉE »

Certains types d'arthrose lorsque la coiffe des rotateurs est rompue, imposent des prothèses de morphologie particulière, dite « inversée ».

COMMENT SE DÉROULE L'INTERVENTION ?

Une intervention chirurgicale pour prothèse totale d'épaule nécessite 4 à 7 jours d'hospitalisation, en fonction de chaque cas particulier. L'épaule doit ensuite être immobilisée, bras le long du corps, pendant trois à quatre semaines, le temps de la cicatrisation musculaire. Pendant cette durée, de petits mouvements pendulaires et une mobilisation douce est effectuée exclusivement sous contrôle par le kinésithérapeute. La rééducation est ensuite intensifiée jusqu'à retrouver une fonction de l'épaule compatible avec la vie quotidienne. Un séjour en centre de rééducation est parfois utile, surtout chez les personnes seules ou qui ne disposent pas d'un kinésithérapeute proche de leur domicile. Les prothèses totales d'épaule ne redonnent pas « une épaule neuve », mais permettent de retrouver une mobilité quasi indolore de l'épaule.

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE

DE L'ÉPAULE

L'INSTABILITÉ DE L'ÉPAULE

QU'EST-CE QUE L'INSTABILITÉ DE L'ÉPAULE ?

Votre état nécessite la réalisation d'une stabilisation de votre épaule.

De nos jours, c'est une intervention bien maîtrisée, de plus en plus pratiquée compte tenu de ses résultats fiables.

L'épaule est une articulation particulière car elle est peu congruente (emboîtée), ce qui explique l'étendue des mouvements dont elle est capable (compromis mobilité/stabilité différent de celui de la hanche par exemple). Elle est par conséquent vulnérable et donc susceptible de se luxer, déchirant au passage les quelques freins existants : bourrelet, capsule, ligaments, parfois muscles de la coiffe des rotateurs. Toutes ces lésions cicatrisent peu ou mal, ce qui explique les récurrences de luxations, l'appréhension résiduelle ou des douleurs dans certains mouvements.

Cette instabilité survient souvent après un traumatisme lors d'un mouvement d'armé contré. Dans de rares cas, elle survient sans traumatisme préalable ou lors d'un traumatisme de faible importance. Il s'agit en fait d'une laxité anormale de l'articulation qui peut être constitutionnelle (anomalie des fibres ligamentaires) ou acquise (sports de lancers).

LES TRAITEMENTS PROPOSÉS

L'immobilisation simple coude au corps est utilisée lors du premier épisode de luxation pour une durée moyenne de 3 semaines. Le principe est de soulager le patient et d'espérer une cicatrisation du décollement antérieur afin de prévenir les récurrences. Ultérieurement, en cas de récurrences, l'immobilisation n'est utilisée qu'à titre antalgique quelques jours (la poche de décollement n'étant plus en mesure de cicatriser).

Au décours, on optera en premier lieu pour un programme de rééducation visant à renforcer les stabilisateurs dynamiques de l'épaule (coiffe des rotateurs, muscle sous-scapulaire) tout en préservant les stabilisateurs statiques endommagés.

Néanmoins, il faut savoir que sur cette articulation mal emboîtée, la rééducation n'est efficace que de manière aléatoire (en fonction du type d'instabilité, de l'importance des dégâts articulaires et d'autres facteurs comme l'âge par exemple).

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE

DE L'ÉPAULE

Si besoin, le chirurgien orthopédiste a à sa disposition différentes procédures en fonction du cas précis à traiter, répondant au mieux au meilleur compromis mobilité-stabilité légitimement demandé par le patient.

Pour le traitement des instabilités dites « traumatiques », il existe 2 grands types d'interventions : L'intervention de Bankart consiste à réinsérer le bourrelet et les ligaments sur le bord antérieur de la glène grâce à la mise en place d'ancres vissées, ce qui efface ainsi la poche de décollement antérieur. Sa réalisation est désormais possible sous arthroscopie, ce qui limite la taille des cicatrices et améliore la récupération fonctionnelle.

Ce type de technique d'apprentissage délicat est en plein essor depuis 10 ans et a vu ses indications désormais bien précisées. L'intervention de Latarjet consiste à interposer devant le passage potentiel de la tête humérale en avant un double obstacle : une butée osseuse prise aux dépens de la coracoïde (vissée sur la glène) sur laquelle reste attaché le coraco-biceps qui sert de hauban musculaire en position luxante.

Ce type d'intervention nécessite le même type d'ouverture (environ 5cm) que l'intervention de Bankart lorsqu'elle est pratiquée « à ciel ouvert ». Pour le traitement des instabilités dites « atraumatiques », le traitement est le moins chirurgical possible. Néanmoins, lorsqu'il s'avère que la rééducation n'est pas efficace, on peut proposer un geste visant à réduire le volume de l'articulation (plastie capsulaire). Ce geste peut être réalisé « à ciel ouvert » ou depuis quelques années sous arthroscopie.

LES BÉNÉFICES DE L'INTERVENTION

Le but est, cela va de soi, d'obtenir une articulation normale, c'est-à-dire stable, aux mouvements normaux et indolores. L'épaule est malheureusement une articulation assez susceptible et le « bon compromis » n'est pas toujours aisé à trouver.

Concernant la stabilité : Si l'on ne considère que les récurrences, les chiffres oscillent entre 5 et 10 % pour les interventions de Bankart ou celles de Latarjet. Si l'on est plus exigeant en tenant compte des accidents mineurs d'instabilité et des appréhensions résiduelles, 80 % des épaules sont parfaitement stables.

Concernant la fonction : La reprise sportive dépend du type de sport pratiqué (entre 3 et 6 mois). La persistance d'une appréhension et/ou la limitation de la rotation externe explique la plupart du temps les moins bons résultats. Concernant la douleur : En moyenne et qu'elle

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE

DE L'ÉPAULE

que soit l'une des deux techniques utilisée, 10 % des opérés présentent des douleurs climatiques, à la fatigue ou aux mouvements forcés.

LES COMPLICATIONS FRÉQUENTES

La morbidité à court terme (les complications) est assez faible (en dehors des risques propres à toute hospitalisation, tout passage au bloc opératoire, toute anesthésie) : les hématomes sont rares de même que les problèmes techniques lors de l'intervention, les complications infectieuses et neurologiques.

La morbidité à moyen terme est représentée par les complications à type de pseudarthrose (absence de consolidation), de lyse (atrophie) ou de fracture du greffon des interventions de Latarjet. Le retentissement de ces complications sur le résultat semble assez modéré. Citons également la mobilisation possible des implants (vis du Latarjet, ancres du Bankart).

La morbidité à long terme, qui se traduit par une survenue d'une arthrose de l'articulation, est certaine mais rare. De plus, cette arthrose est rarement évoluée et n'a la plupart du temps qu'une faible traduction clinique.

LES PRÉCAUTIONS APRÈS L'INTERVENTION

Première précaution : Maintien de la contention par gilet souple la totalité de la durée indiquée (la peau cicatrise beaucoup plus vite que les muscles ou l'os, donc ne pas se sentir trop vite « guéri »).

Deuxième précaution : Récupération prudente des différents secteurs de mobilité en rééducation (surtout la rotation externe).

Troisième précaution : Reprise sportive encore plus prudente en se guidant sur l'appréhension et en évitant les sports avec risque d'armés contrés violents (hand-ball, volley).

Quatrième précaution : Contrôles cliniques et radiologiques chez votre chirurgien pendant un à deux ans.

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE

DE L'ÉPAULE

Depuis 15 ans, de nombreux auteurs se sont intéressés à la prise en charge de l'instabilité de l'épaule (nombreux progrès théoriques, démembrement des variantes anatomiques, améliorations techniques, arrivée de l'arthroscopie).

Néanmoins :

– Celle-ci concerne une population inhomogène avec des patients présentant des facteurs de risques de récurrences (sous une forme ou sous une autre, celles-ci constituent les échecs les plus fréquents de cette chirurgie qui reste par ailleurs d'un excellent pronostic).

– L'épaule est « fragile » avant et « susceptible » après toute chirurgie. La rééducation est souvent longue.

LA RÉPARATION DE LA COIFFE DES ROTATEURS

QU'EST-CE QU'UNE RUPTURE DE LA COIFFE DES ROTATEURS ?

L'épaule correspond à l'articulation entre l'omoplate et l'humérus. Les tendons qui relient les muscles à l'os constituent la coiffe des rotateurs. Ils s'insèrent autour de la tête de l'humérus et participent aux mouvements d'élévation du bras et de rotation de l'épaule. L'acromion est une partie de l'omoplate qui forme une voûte au-dessus de l'articulation.

Lorsque le bras monte, les tendons viennent se cogner et frotter sur une saillie de l'acromion qui constitue parfois un vrai bec osseux. Ce contact répété peut aboutir à la rupture des tendons (figure n° 2). La rupture d'un ou de plusieurs tendons se manifeste par une douleur et une difficulté à lever le bras. L'évolution se fait vers un élargissement progressif de la rupture.

Le but de la réparation de la coiffe est le soulagement de la douleur et la récupération de la mobilité ainsi que de la force au niveau de l'épaule. Elle permet de plus d'empêcher la dégradation progressive de l'articulation.

QU'EST-CE QU'UNE RÉPARATION DE LA COIFFE DES ROTATEURS ?

Elle consiste à amarrer le tendon rompu au niveau de son emplacement naturel autour de la tête de l'humérus. Une ou plusieurs ancrures sont vissées au niveau de l'humérus. Les fils montés sur ces ancrures sont passés dans le tendon et noués entre eux afin d'appliquer le tendon à l'os.

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE

DE L'ÉPAULE

Une acromioplastie c'est à dire une résection de la saillie osseuse de l'acromion est enfin réalisée pour donner plus d'espace et empêcher tout contact excessif avec le tendon (figure n° 3).

Ce geste est réalisé sous arthroscopie, c'est à dire sans ouvrir l'articulation de l'épaule. Plusieurs petites incisions de 5mm chacune sont réalisées autour de l'épaule. Un arthroscope, c'est à dire une petite caméra, est introduit par l'une d'entre elles pour visualiser l'ensemble de l'articulation et notamment la rupture tendineuse.

Des instruments de petite taille sont introduits par les autres incisions pour réaliser le geste chirurgical. C'est une intervention qui dure en moyenne 1 heure. Elle nécessite une hospitalisation de 2 à 3 jours.

RISQUES ET COMPLICATIONS

Des réactions inflammatoires post opératoires peuvent occasionner des douleurs importantes et un ralentissement de la rééducation. Ces réactions exacerbées correspondent parfois à une algodystrophie.

Cette complication bien que rare, reste très longue à guérir. La survenue d'une infection de l'articulation reste exceptionnelle puisque le geste chirurgical est réalisé sous arthroscopie. Cette complication nécessite un lavage de l'épaule et la mise sous antibiotiques plus ou moins longue avec éventuellement une reprise chirurgicale.

La persistance des douleurs articulaires ou la non cicatrisation des tendons à l'os sont aussi des possibilités à envisager bien qu'elles soient inhérentes à la pathologie initiale.

Service social : 01-48-44-28-17

Permanence téléphonique de 8h30 à 12h30 et de 13h30 à 17h00
(non disponible le jeudi matin, le vendredi fermeture à 16h)

Accueil physique : de 9h00 à 12h00 et de 13h30 à 17h00

(non disponible le jeudi matin, le vendredi fermeture à 16h)

Du lundi au vendredi

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE

DE L'ÉPAULE

RÉÉDUCATION

Une attelle coude au corps sert à immobiliser et à protéger votre épaule pendant 6 semaines. Pendant cette période, un programme de rééducation passive sera mis en place.

Après la 6ème semaine post opératoire, vous pouvez enlever définitivement votre attelle et commencer la mobilisation active de l'épaule. Le travail avec votre kinésithérapeute aura pour but de récupérer la mobilité active et la force musculaire de l'épaule.

Il faut souvent attendre le 3ème mois pour reprendre le volant. La reprise du travail survient en général entre le 3ème et le 6ème mois et cela en fonction de votre profession. La cicatrisation du tendon à l'os n'est pas obtenue dans tous les cas, elle est de l'ordre de 60 à 80% des cas.

En cas de non cicatrisation du tendon à l'os, le résultat sur la douleur n'est pas forcément altéré, mais la récupération de la force au niveau de l'épaule n'est pas complète. Les résultats de cette technique restent néanmoins très encourageants puisqu'on retrouve un soulagement de la douleur et une amélioration de la fonction au niveau de l'épaule dans plus de 90% des cas.