

La prothèse d'épaule

La Pathologie : l'arthrose

L'épaule correspond à l'articulation entre l'omoplate et l'humérus. La partie supérieure de l'humérus constitue une tête qui pivote dans un creux de l'omoplate qui est la glène. Les surfaces articulaires de glissement sont recouvertes de cartilage.

Le muscle deltoïde et les tendons de la coiffe s'insèrent autour de la tête de l'humérus et participent aux mouvements d'élévation et de rotation du bras.

La définition de l'arthrose est une **usure prématurée et anormale du cartilage** qui recouvre les surfaces articulaires de la tête de l'humérus (partie supérieure de l'os du bras) et de la glène (partie de l'omoplate qui s'articule avec l'humérus).

Le cartilage ayant disparu, c'est l'os qui s'use et se déforme, et les deux os ne peuvent plus glisser et tourner correctement.

L'arthrose de l'épaule est dénommée **omarthrose**.

Il existe deux types d'omarthroses : centrée et excentrée.

L'omarthrose centrée est l'usure du cartilage avec préservation de la position de la tête humérale qui signifie l'intégrité des tendons de la coiffe.



L'omarthrose excentrée est l'usure du cartilage associée à une ascension de la tête humérale due à la rupture des tendons de la coiffe.



Cette usure s'accompagne aussi de remaniements de l'os de l'humérus et de l'omoplate. Ces modifications occasionnent une douleur et une diminution de la mobilité ainsi qu'une difficulté à utiliser le bras nécessitant l'utilisation importante d'anti-inflammatoires et d'anti-douleurs.

Traitement Médical

Les antalgiques et les anti-inflammatoires traitent les symptômes liés à l'omarthrose (douleur).

La réalisation d'une infiltration de corticoïdes est parfois utile pour traiter une poussée inflammatoire. Cette action reste toutefois limitée dans le temps et ne permet pas de être renouvelée indéfiniment.

La rééducation peut éviter l'enraidissement de l'articulation, permet de diminuer les phénomènes inflammatoires et d'entretenir le tonus musculaire.

Pourquoi opérer ?

L'usure du cartilage est irréversible et l'arthrose ne guérit pas spontanément. L'évolution naturelle se fait vers une dégradation progressive de l'articulation, une limitation de plus en plus importante des mobilités et une utilisation de plus en plus difficile du bras. Les anti-inflammatoires et les anti-douleurs qui peuvent suffire au départ finissent par ne plus être efficaces. C'est à ce moment que se pose la question d'une intervention chirurgicale.

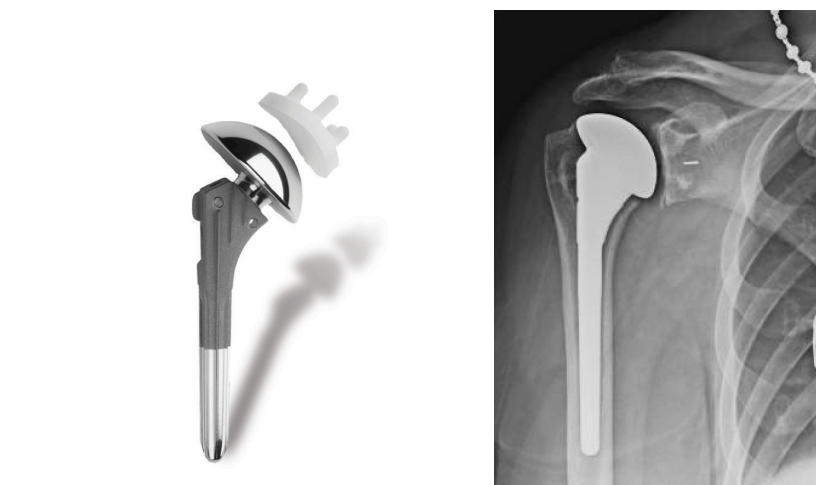
Le but de l'opération est le soulagement de la douleur, la récupération des mobilités de l'articulation et l'utilisation normale du bras.

L'intervention consiste à enlever les zones d'os et de cartilage qui sont usés, et de les remplacer par des pièces artificielles ayant les mêmes formes.

Prothèse anatomique

Elle est indiquée en cas d'omarthrose centrée, c'est à dire avec une coiffe des rotateurs intacte.

La prothèse totale d'épaule dite anatomique comporte deux parties : la glène qui est une partie creuse au niveau de l'omoplate, et la tige avec une boule au niveau de l'humérus. La boule remplace la tête de l'humérus et s'articule avec la glène. La prothèse est implantée de manière à assurer une stabilité parfaite de l'épaule et une mobilité la plus complète possible.



Prothèse inversée

Elle est indiquée en cas d'omarthrose excentrée, c'est à dire avec une coiffe des rotateurs rompue. En effet, dans ce cas l'utilisation d'une prothèse anatomique ne permet pas un fonctionnement correct de l'articulation. Dans ce cas, la forme de la prothèse inversée (partie humérale creuse et partie glénoïdienne convexe) permet d'actionner le muscle deltoïde qui est présent et fonctionnel dans la grande majorité des cas et qui remplace donc l'action des tendons rompus.



Déroulement de l'intervention

L'intervention se fait sous anesthésie générale. L'anesthésiste vous expliquera les modalités précises lors de la consultation pré-opératoire. La prise en charge de la douleur est assurée par une infiltration réalisée au niveau de la nuque juste avant l'intervention par l'anesthésiste (bloc neurologique), ainsi que par un protocole antalgique médicamenteux adapté à chaque patient.

Une incision dont la taille dépend de la corpulence du patient est réalisée au niveau de la partie antérieure de l'épaule. Les différents muscles sont écartés pour accéder à l'articulation. La tête humérale est enlevée, puis l'os de l'humérus et de la glène sont préparés pour recevoir la prothèse.

Il existe différentes tailles de prothèses, afin d'assurer une reconstruction anatomique de la nouvelle articulation en fonction de l'ossature et de la corpulence

de chaque patient. Afin d'optimiser le choix de la taille de chaque implant une planification préopératoire est systématiquement réalisée sur un bilan radiologique (prescrit en consultation).

En fin d'intervention, le chirurgien s'assurera de la parfaite stabilité de la prothèse, qui dépend de l'orientation des pièces prothétiques et de l'équilibre des muscles.

L'intervention s'achève par la fermeture des différents plans qui ont été ouverts jusqu'à la peau. Le chirurgien pourra décider de mettre en place un drainage ou non.

Malgré le bilan préopératoire, certaines découvertes durant l'intervention peuvent justifier de la part de votre chirurgien une modification du plan établi initialement et une adaptation du geste chirurgical.

La durée moyenne d'hospitalisation pour une prothèse d'épaule a été nettement améliorée ces dernières années grâce aux progrès réalisés. Elle est actuellement de deux ou trois jours.

La rééducation sera débutée au sein de la clinique avant d'être poursuivie à domicile auprès du kinésithérapeute choisi par la patient et selon le protocole établi par le chirurgien.

Résultats

Les résultats de cette chirurgie sont très encourageants puisqu'on retrouve une disparition complète des douleurs et une récupération rapide de la mobilité dans la grande majorité des cas. L'utilisation aisée du bras est obtenue généralement dans les deux mois suivant l'intervention. On récupère en général 60 à 70% de la fonction d'une épaule normale.

Même si la reprise des activités courantes est habituelle, il est tout de même préférable d'éviter les travaux de force et les sports violents. Ces activités peuvent augmenter l'usure et diminuer la durée de vie de la prothèse malgré l'utilisation de nouveaux matériaux plus résistants. Certaines activités sollicitant de manière douce l'épaule comme le footing, la natation ou la randonnée sont possibles alors que comme le tennis, le golf et le bowling sont déconseillées.

La durée de vie moyenne est d'environ 10 à 15 ans. On peut espérer qu'avec les progrès sur les matériaux utilisés aujourd'hui, les résultats seront encore meilleurs avec une longévité plus importante.

Risques et Complications

Toute intervention chirurgicale est sujette à un certain nombre de risques chirurgicaux et de complications précoces ou tardives. En plus des risques communs à toute intervention chirurgicale et des risques liés à l'anesthésie, il existe des risques spécifiques à l'épaule :

Une **raideur articulaire** peut se développer si la rééducation post opératoire n'est pas bien prise en charge.

Il est possible que la zone opérée saigne après l'intervention et qu'il se forme un **hématome**. Selon l'importance de celui-ci, une évacuation chirurgicale de l'hématome et/ou une transfusion sanguine peuvent s'avérer nécessaires.

La survenue d'une **infection de la prothèse**, bien que rare (moins de 1%) est une complication sévère. Si elle est décelée rapidement un simple lavage de la prothèse associé à un traitement antibiotique de longue durée peut suffire. Dans le cas d'une infection chronique (supérieure à 3 semaines) dans ce cas le traitement antibiotique doit être associé au changement de la prothèse.

Une **réaction inflammatoire** post opératoire peut survenir et occasionner des douleurs importantes et un ralentissement de la rééducation. Cela correspond à une **algodystrophie ou capsulite de l'épaule**. Leur guérison est longue. Cependant de nouveaux traitements existent et permettent de les gérer plus facilement quand le diagnostic est fait rapidement.

La prothèse de l'épaule peut se **déboîter** lors de certains mouvements de la même façon qu'une épaule normale. Ce risque est minime et peut être évité en respectant bien les consignes et précautions données par votre chirurgien

Il est à préciser que le tabagisme est un facteur de risque majeur de ces complications.

Les risques énumérés ne constituent pas une liste exhaustive. Votre chirurgien vous donnera toutes les explications complémentaires et se tiendra à votre disposition pour répondre à vos interrogations sur les bénéfices et risques de l'intervention.

Aspects Pratiques

Les chirurgies de prothèse d'épaule réalisées par l'équipe d'ICOSS se déroulent au sein de la Clinique Rhéna à Strasbourg (<https://www.clinique-rhena.fr/fr>). La cellule de régulation de la clinique vous téléphonera afin de vous préciser l'heure de convocation à la Clinique.

Lors de votre consultation auprès du chirurgien, un certain nombre de documents et ordonnances vous seront remis et expliqués afin de préparer au mieux votre intervention :

- Bilan sanguin
- Bilan urinaire
- Bilan radiologique +/- Scanner
 - Consultation dentaire
 - Consultation cardiologique
 - Consultation kinésithérapeute
 - Consultation anesthésiste

Un certain nombre de documents vous seront remis à la sortie de la Clinique :

Une ordonnance avec traitement antalgique, anti-inflammatoire (sauf contre-indication).

Un document vous demandant de vous rendre chez votre médecin traitant pour le contrôle du pansement vers le 15^{ème} jour post-opératoire.

Un arrêt de travail (si besoin).

Un carton de rendez-vous de contrôle chez votre chirurgien vers la 6^{ème} semaine après l'intervention.

Une ordonnance de rééducation pour votre kinésithérapeute.

Post Opératoire

Il est recommandé d'appliquer de la glace sur l'épaule pendant 15 à 20 minutes et ce 3 à 4 fois par jour.

L'attelle qui vous sera remis le jour de l'intervention doit être conservée en continu en dehors des séances de kinésithérapie et de la douche.

Le pansement est à conserver jusqu'à votre visite chez votre médecin traitant/ou infirmière.

Il se peut que ce pansement imperméable soit un peu traversé : ceci n'est pas grave et ne justifie pas le changement de ce pansement. En cas de doute, parlez-en à votre infirmière ou votre médecin.

Il est fortement déconseillé de prendre un bain avec votre pansement.
A partir du 3^{ème} jour de l'intervention, , il est tout à fait possible de prendre une douche en prenant soin de ne pas décoller le pansement.

La rééducation avec votre kinésithérapeute sera à débiter dès votre retour à domicile selon le protocole qui lui sera remis.

Il est indispensable de *prendre contact avec votre kinésithérapeute avant l'intervention*, de planifier les séances et d'*organiser votre mode de déplacement (transport en VSL, ambulance et taxi non pris en charge par la Sécurité Sociale)*.

La conduite automobile est autorisée à partir de la 6^{ème} semaine post-opératoire

La reprise de la natation, du vélo et de la course à pied peut se faire entre la 6^e semaine et le 3^e mois post opératoire en fonction de l'évolution.
Les sports utilisant l'épaule, les sport d'armé du bras ou les sports contacts ne seront repris qu'au 6^e mois post opératoire.
Ces délais sont donnés à titre indicatif et peuvent varier en fonction de l'évolution. Ils seront adaptés à votre situation particulière lors des consultations de contrôle auprès de votre chirurgien.

Vous pouvez joindre le Cabinet Médical du 35 avenue du Rhin au **03 88 35 33 46**
ou alors, en cas d'urgence, la Clinique Rhéna au **03 90 67 40 10**.

