



## INFORMATION PREOPERATOIRE

Clinique Universitaire de Chirurgie Orthopédique et  
Traumatologie du Sport

Professeur J. TONETTI

### PROTHÈSE EPAULE

#### QU'EST-CE QUE C'EST ?

L'arthrose d'épaule est une usure du cartilage, s'accompagnant de douleurs et d'une raideur de votre épaule. Ceci est lié à la disparition progressive du cartilage et d'un contact osseux direct entre l'omoplate et la tête humérale. On constate alors sur les radiographies un pincement articulaire, une usure osseuse (perte de substance) et des ostéophytes (excroissances osseuses). **L'arthrose centrée** sur coiffe saine est la forme la plus classique. Les muscles qui entourent l'omoplate se rejoignent en une nappe tendineuse commune appelée la coiffe et s'insère sur l'humérus. Son rôle principal est de centrer la tête humérale permettant aux autres muscles (comme le Deltoïde) plus puissants d'effectuer les différents mouvements de l'épaule. Il y a des rotateurs externes (Supra-Epineux, Infa-Epineux et Teres Minor) et un seul rotateur interne (Sous-Scapulaire). La longue portion du biceps, qui a un passage intra-articulaire avant de s'insérer au-dessus de la glène, participe souvent aux phénomènes douloureux. Lorsque la coiffe est très abîmée, on parle d'**arthrose excentrée** car la tête humérale va progressivement « monter » et s'user contre l'acromion. La prothèse totale d'épaule est une intervention chirurgicale qui a pour but de remplacer les surfaces articulaires de la hanche par un implant chirurgical ou prothèse. Lorsque le traitement médical (Antalgiques, anti-inflammatoires, infiltrations, visco-supplémentations) n'est plus efficace, une chirurgie avec pose d'une prothèse totale d'épaule est possible. Le but est avant tout antalgique (enlever les douleurs) et de redonner la mobilité fonctionnelle.

**En accord avec votre chirurgien et selon la balance bénéfice-risque, il vous a été proposé une prothèse totale d'épaule. Les alternatives à cette intervention vous ont bien été expliquées. Il va de soi que votre chirurgien pourra, le cas échéant et en fonction des découvertes peropératoires ou d'une difficulté rencontrée, procéder à une autre technique jugée par lui plus profitable à votre cas spécifique.**

#### AVANT LE TRAITEMENT

Un bilan radiographique complet est réalisé permettant de confirmer le diagnostic et de prévoir la chirurgie. Des imageries complémentaires (IRM, arthro TDM ou arthro IRM) peuvent être demandées afin de bilancer la coiffe des rotateurs. Un bilan dentaire et urinaire est également prescrit afin de rechercher une infection qui devra être traitée avant l'intervention pour éviter toute contamination.

#### QUEL TRAITEMENT ?

La chirurgie est réalisée sous anesthésie générale +/- locorégionale et dure entre 1h30 et 2h30. On utilise 2 types de prothèses : les prothèses anatomiques (où l'anatomie de l'épaule est restaurée) pour les arthroses centrées sur coiffe saine ; et les prothèses inversées (la boule est vissée sur l'omoplate) pour les arthroses excentrées sur coiffe dégénérative. C'est une chirurgie ouverte (10 à 20 cm d'incision en avant de l'épaule).

#### APRES LE TRAITEMENT

L'évolution est le plus souvent très longue. Lorsque les muscles de la coiffe ne fonctionnent pas pendant longtemps, ils ont tendance à évoluer vers une dégénérescence graisseuse (irréversible). L'usure peut entraîner une perte osseuse importante au niveau de l'omoplate rendant l'implantation d'une prothèse plus difficile.

Les suites post opératoires sont essentielles à la bonne récupération de votre épaule, par conséquent il faut absolument prévoir l'intervention à un moment où vous pouvez vous organiser. Il ne faut surtout pas forcer sur cette épaule pendant 6 mois (ne pas porter plus que le poids d'un verre d'eau). Vous aurez 3 semaines d'écharpe avec des séances d'auto-rééducation qui vous seront enseignées lors de votre hospitalisation. En fonction du geste réalisé, les séances de rééducation avec un kinésithérapeute en piscine pourront débuter soit précocement (à 15 jours post-opératoire) soit de façon différée (à 45 jours post-opératoire). Les prothèses inversées quant à elles, ne nécessitent aucune rééducation en dehors des mouvements d'auto-rééducations. Il faut compter en moyenne 2 ou 3 mois pour reprendre progressivement les gestes usuels de la vie courante. La rééducation de l'épaule se résume à de simples étirements pour retrouver la souplesse. Tant que l'épaule est raide elle peut rester douloureuse. Vous serez revu en consultation avec des radiographies. **Ces délais sont variables et sont donnés à titre indicatif.** Ils vous seront confirmés lors de la consultation avec votre chirurgien.

## **LES RÉSULTATS OBTENUS**

L'indolence est observée avec les 2 types de prothèses dans plus de 95% des cas. Après une prothèse anatomique, on retrouve quasiment une épaule fonctionnelle à 100% (absence de douleur et récupération de la mobilité). En revanche pour les prothèses inversées, si un gain considérable en élévation peut être observé (autour de 120°), la récupération des rotations (surtout interne) est parfois incomplète.

## **COMPLICATIONS**

Il y a bien sûr tous les risques liés à l'anesthésie générale et locorégionale (vous en parlerez avec l'anesthésiste lors de la consultation préopératoire). Nous ne citons que les principaux risques liés à la chirurgie et nous vous invitons à nous consulter si vous désirez plus d'exhaustivité pour les risques plus inhabituels. Le principal risque est l'infection de la prothèse qui peut conduire au pire des cas jusqu'à son extraction. Pour l'éviter, nous vous invitons à bien respecter les consignes d'hygiène préopératoires, de réaliser éventuellement un check-up complet à la recherche de foyers infectieux (dents, pieds, etc...). Après l'opération, la moindre fièvre au-dessus de 38° doit vous inciter à consulter votre médecin traitant pour mettre en place une antibiothérapie (pour éviter le passage dans le sang de germes qui pourraient se greffer sur la prothèse). La prothèse est une structure mécanique qui s'use dans le temps (descellement prothétique et usure d'inserts en plastique) et peut conduire à une révision chirurgicale d'ici 15 ans. Pour cela une surveillance annuelle puis tous les 2 ans avec une radiographie simple de face et de profil de l'épaule vous sera conseillée. La raideur et l'algodystrophie peuvent péjorer le résultat. Tant que vous n'aurez pas récupéré vos amplitudes, vous garderez des douleurs. C'est pour cela que l'essentiel de la rééducation repose sur les étirements. Il est possible que vous observiez une ecchymose qui descende le long du bras ou de la poitrine car le saignement per-opératoire peut diffuser selon les règles de la pesanteur. Citons également l'hématome post-opératoire, les lésions vasculo-nerveuses, les fractures...

**La liste n'est pas exhaustive et une complication particulièrement exceptionnelle peut survenir, liée à l'état local ou à une variabilité technique. Toutes les complications ne peuvent être précisées, ce que vous avez compris et accepté.**

## **POUR CONCLURE**

Prenez le temps de réfléchir, c'est rarement une urgence, mais n'attendez pas trop quand même une usure trop importante rendant la chirurgie plus difficile. Prenez le temps de vous organiser par rapport à vos contraintes professionnelles ou quotidiennes car la rééducation est primordiale pour obtenir un bon résultat.