

## PROTHÈSE INVERSÉE DE L'ÉPAULE



### LE PROBLÈME : ARTHROSE EXCENTRÉE DE L'ÉPAULE

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 (figure 1). 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 (figure 1).

L'arthrose 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 (figures 2 et 5). 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.



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.

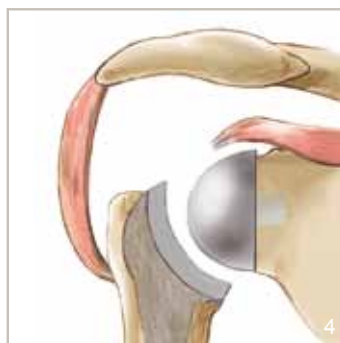
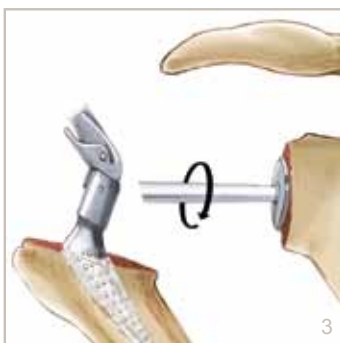
Le but de l'opération est le soulagement de la douleur, la récupération des mobilités de l'articulation et l'utilisation normale du bras.

### L'INTERVENTION : PROTHÈSE INVERSÉE

L'intervention consiste à enlever les zones d'os et de cartilage qui sont usés, et de les remplacer par des pièces artificielles permettant d'actionner le muscle deltoïde pour compenser la rupture des tendons de la coiffe.

Une incision courte 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 (figures 3 et 4).

La prothèse comporte deux parties : la boule qui est implantée au niveau de l'omoplate et la partie creuse avec une tige qui est implantée au niveau de l'humérus (figures 6 et 7). Cette prothèse totale d'épaule dite inversée déporte le centre de rotation de l'articulation vers l'omoplate ce qui permet au deltoïde d'être plus actif et de suppléer les tendons de la coiffe.



L'intervention est réalisée sous anesthésie générale. Une anesthésie loco-régionale peut y être associée.

Elle dure en moyenne une heure et demie et nécessite une hospitalisation d'environ une semaine.

Après l'opération, un pansement stérile ainsi qu'une attelle sont mis en place.

Le traitement de la douleur sera mis en place, surveillé et adapté de manière très rapprochée dans la période post-opératoire.

Le lendemain de l'intervention, le kinésithérapeute vous lève et vous aide à mobiliser votre épaule. L'attelle est progressivement abandonnée. A la sortie de la clinique, la rééducation peut être réalisée en centre ou chez votre kinésithérapeute.

La reprise du volant est envisageable après le 2<sup>ème</sup> mois. Celle du travail survient en général après le 3<sup>ème</sup> mois et cela en fonction de votre profession, une activité de bureau pouvant être plus précoce. Les activités sportives débutent généralement entre le 3<sup>ème</sup> et le 6<sup>ème</sup> mois et cela en fonction du sport pratiqué.

## LES RISQUES ET LES COMPLICATIONS

En plus des risques communs à toute intervention chirurgicale et des risques liés à l'anesthésie, notons quelques risques plus spécifiques à cette chirurgie :

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. En fonction de l'importance du saignement, une évacuation de l'hématome ou une transfusion peuvent s'avérer nécessaires.

La survenue d'une infection de la prothèse, bien que rare (risque inférieur à 1 % dans notre établissement), est une complication sévère puisqu'elle peut nécessiter le changement de la prothèse ainsi qu'un traitement antibiotique de longue durée. Quand elle est détectée rapidement, un simple lavage de la prothèse et une mise sous antibiotiques peuvent être suffisants.

Les nerfs qui entourent l'épaule peuvent être accidentellement blessés. Cette complication exceptionnelle peut occasionner une douleur ou une perte de la sensibilité et de la motricité de certaines parties du bras.

Des petits caillots de sang solidifié peuvent se former et se coincer dans les veines du bras occasionnant une phlébite. Un traitement anticoagulant est alors nécessaire.

La prothèse de l'épaule peut se déboîter lors de certains mouvements comme peut l'être une épaule normale. Ce risque reste néanmoins très minime.

Les risques énumérés ne constituent pas une liste exhaustive. Votre chirurgien donnera toute explication complémentaire et se tiendra à votre disposition pour évoquer avec vous chaque cas particulier avec les avantages, les inconvénients et les risques de l'intervention.

## LES 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 voire conseillées alors que la prudence s'impose pour le tennis, le golf et le bowling.

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.

### DR JULIEN ROUÉ

Chirurgien du membre inférieur et du membre supérieur  
Arthroscopie, Prothèse articulaire, Chirurgie du sport

Ancien interne des hôpitaux de Paris  
Ancien Chef de Clinique des hôpitaux de Paris  
Praticien attaché à l'hôpital Cochin

Membre de la Société Française de Chirurgie Orthopédique  
Membre du Collège Français des Chirurgiens Orthopédistes  
Membre de la Société Française d'Arthroscopie

### CLINIQUE DES LILAS

41-49, avenue du Maréchal Juin  
93260 Les Lilas

Secrétariat : 06 48 37 46 45 - 01 43 62 21 28  
Fax : 01 43 62 22 28

email : [secretariat.docteur.roue@gmail.com](mailto:secretariat.docteur.roue@gmail.com)  
[www.julien-roue.fr](http://www.julien-roue.fr)

