

FICHE D'INFORMATION : PROTHESE D'EPAULE

Bonjour,

Vous allez être opéré(e) d'une **PROTHESE D'EPAULE**. Ce petit fascicule a pour objectif de vous expliquer les principes de cette intervention et de vous préparer à la gestion de la période post-opératoire.

A. L'ARTHROSE DE L'EPAULE

L'arthrose correspond à l'**usure du cartilage** d'une articulation. Le **cartilage** est la fine couche qui recouvre les surfaces osseuses qui s'articulent entre elles. Sur les schémas j'ai représenté le cartilage en bleu (pour obtenir la version couleur vous pouvez aller sur mon site : QRCode et adresse en fin de ce fascicule).

Au niveau de l'épaule, il y a plusieurs articulations mais celle dont le cartilage est usé chez vous est l'articulation **gléno-humérale** entre la **tête de l'humérus** et la **glène de la scapula** (nom actuel de l'omoplate)(**Figure 1**). Cette articulation est la **plus mobile** du corps humain et c'est la clef de voûte de l'épaule. Elle est entourée par un groupe de muscles appelés la **coiffe des rotateurs**. Ces muscles permettent de faire **tourner l'humérus** dans différentes directions de l'espace (vers le haut en avant, vers le haut sur le côté, vers le dedans, vers le dehors) et aussi de bien **maintenir la tête de l'humérus en face de la glène de la scapula**. En effet, la tête de l'humérus a tendance à remonter vers le haut sous l'action du puissant muscle deltoïde qui entoure l'épaule. Dans les cas extrêmes de rupture de la coiffe des rotateurs la tête de l'humérus vient s'appuyer au contact de l'acromion.

Comme toute articulation, l'articulation gléno-humérale peut s'user au niveau de son cartilage. Cette usure du cartilage est favorisée par l'usure de la coiffe des rotateurs. L'usure du cartilage se voit sur les **radiographies**: l'**espace clair** normalement présent entre la glène et la tête de l'humérus qui correspond au cartilage (invisible sur les radios : on ne voit que l'espace qu'il génère entre les os) se réduit ("se pince") voir disparaît complètement. On a alors l'impression que les **os se touchent** sur la radiographie. C'est ainsi que l'on fait le diagnostic d'arthrose. Au niveau de l'épaule on distingue deux types d'arthrose : l'**arthrose centrée** (**Figure 2**) et l'**arthrose excentrée** (**Figure 3**). Dans l'arthrose centrée la tête humérale reste bien en face de la glène. Dans l'arthrose excentrée la tête humérale s'ascensionne jusqu'à venir quasiment au contact du deltoïde. L'arthrose excentré se voit lorsque la coiffe des rotateurs est largement déchirée.

Lorsque cette usure est trop importante, que la douleur et la mobilité de l'épaule deviennent invalidantes, on peut être amené à remplacer le cartilage de la gléno-humérale par une **prothèse**. Il existe plusieurs types de prothèses d'épaule. Il faut tout d'abord distinguer les prothèses d'épaule qui sont **unipolaires** (elles ne remplacent que le cartilage de l'humérus)(**Figure 3**) et celles qui sont **totales** (qui remplacent les cartilages de la tête de l'humérus et de la glène de la scapula).

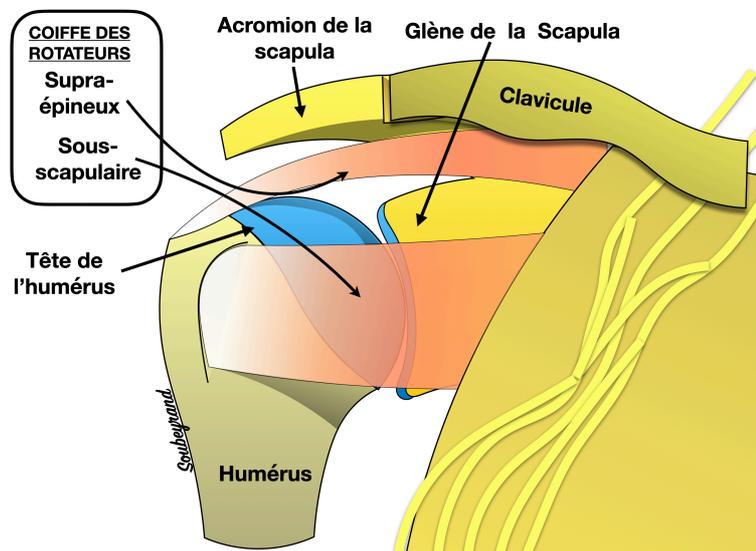


Figure 1 : Epaule normale

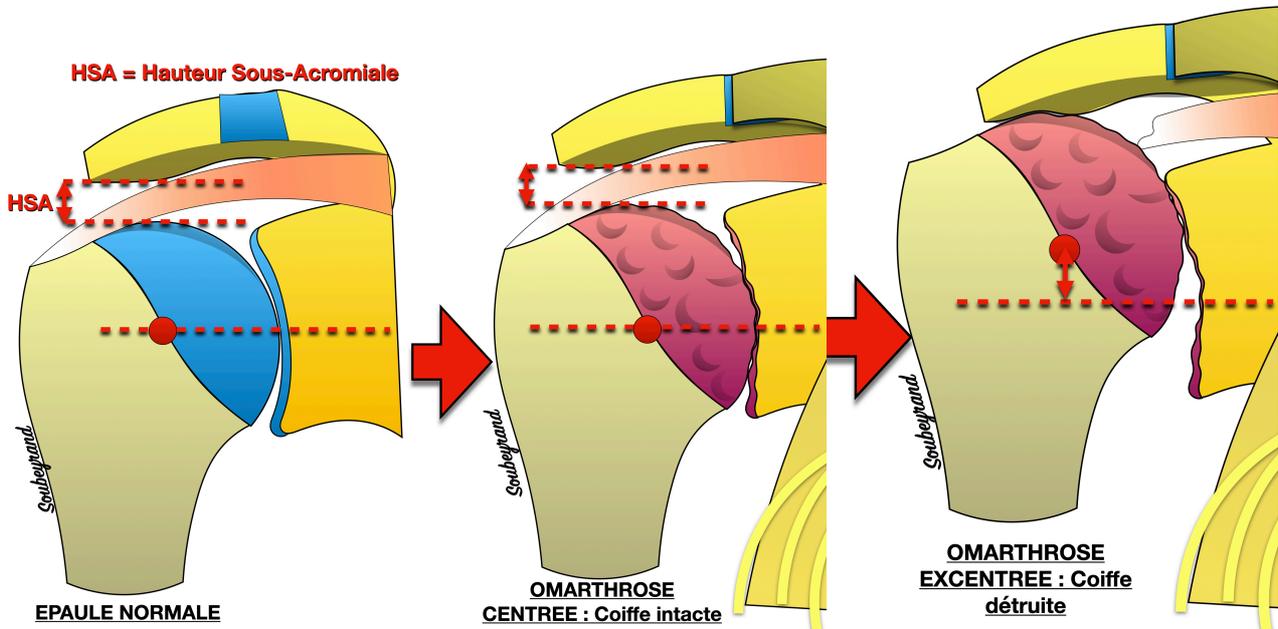


Figure 2 : Sur une épaule normale la distance entre l'acromion et la tête de l'humérus est préservée. En cas d'arthrose centrée cette hauteur est préservée. En cas d'arthrose excentrée cette hauteur diminue car la tête humérale remonte.

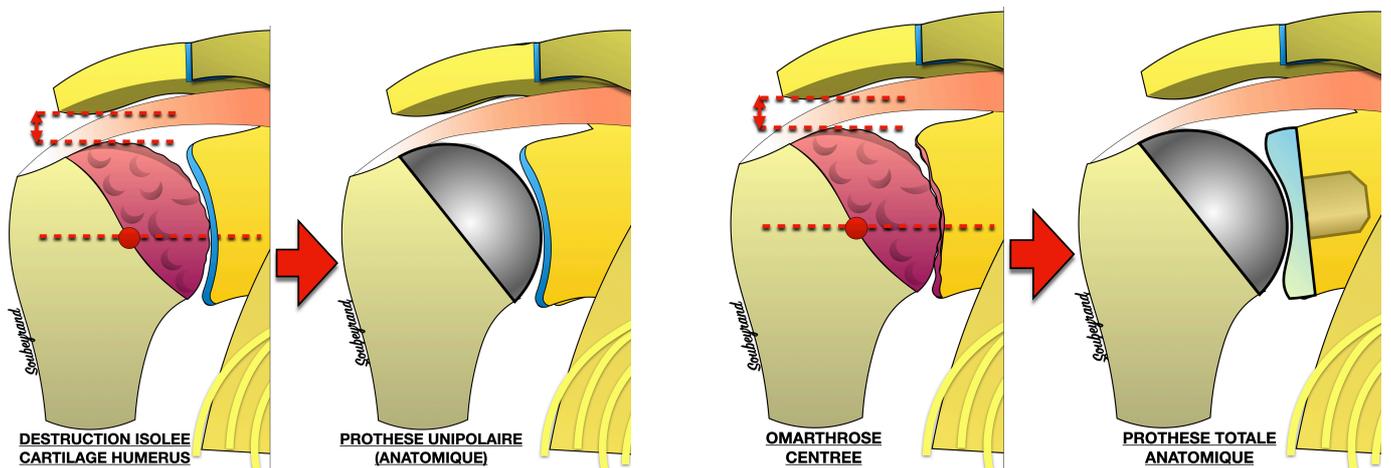


Figure 3 : Si le cartilage de la tête est lésé de façon isolée on met une prothèse unipolaire qui est anatomique

Figure 4 : En cas d'omarthrose centrée avec coiffe intacte on met une prothèse totale anatomique.

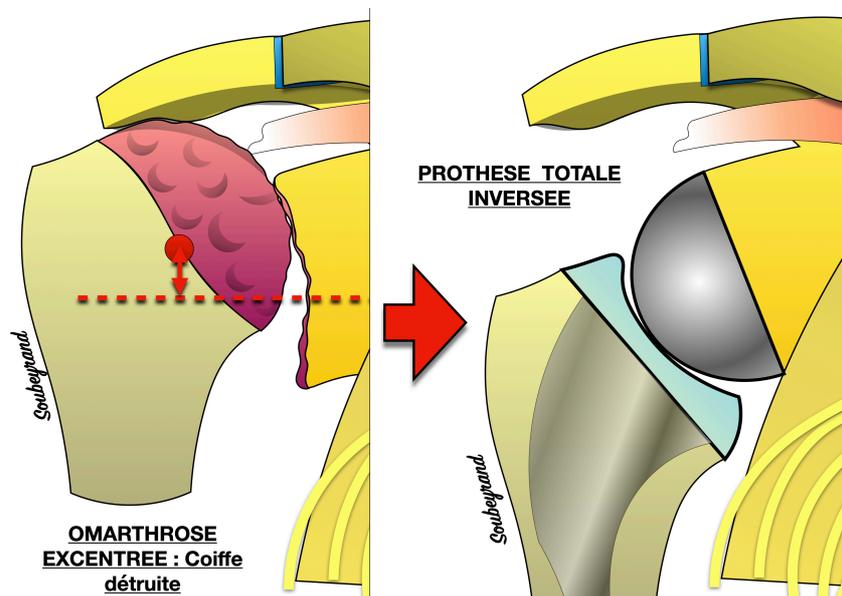
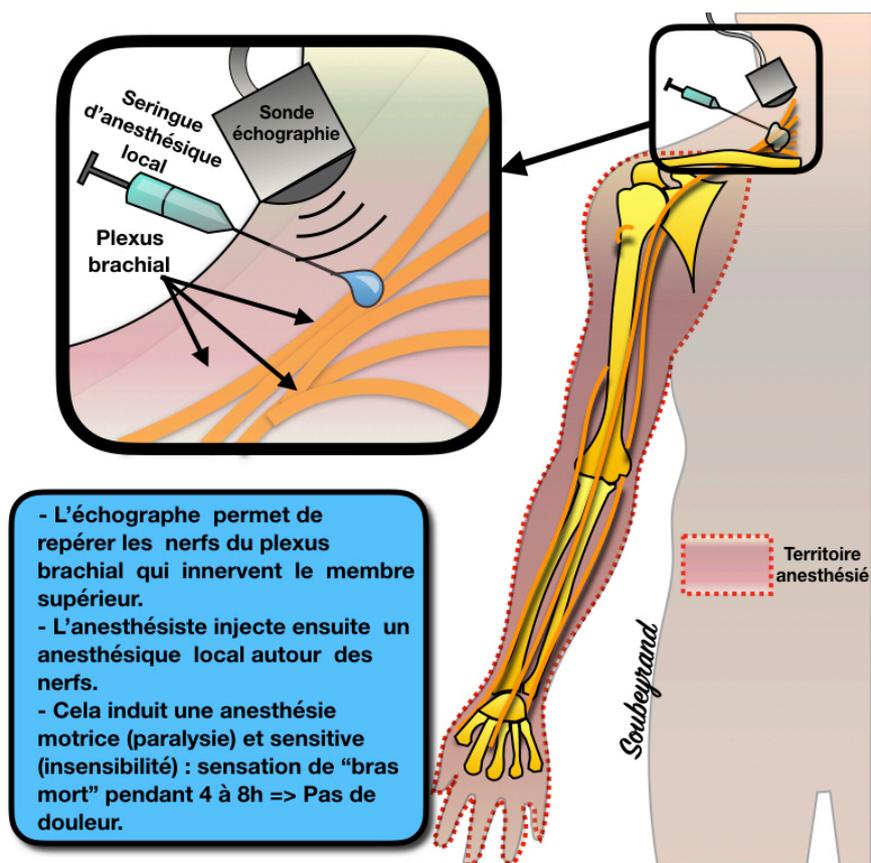


Figure 5 : En cas d'omarthrose excentrée on met une prothèse inversée.

Parmi les prothèses totales on distingue les prothèses **totales anatomiques (Figure 4)** et les prothèses **totales inversées (Figure 5)**. Les prothèses anatomiques reproduisent la forme des surfaces osseuses originelles (convexe sur l'humérus et concave sur la glène). Les prothèses inversées inversent cette configuration ce qui permet de compenser la perte de la coiffe des rotateurs.

L'intervention se fait généralement en **hospitalisation conventionnelle** : vous entrez la veille ou le jour-même et sortez le lendemain ou le surlendemain. Vous serez anesthésié(e) en deux étapes. La première consistera à anesthésier l'épaule et l'ensemble du membre supérieur. On parle d'**anesthésie loco-régionale (Figure 6)** : l'anesthésiste injecte un anesthésique local autour des nerfs du membre supérieur, au niveau du cou, sous contrôle échographique. C'est le même principe que lorsque le dentiste anesthésie la mâchoire avant de faire un geste mais en moins désagréable. Cette anesthésie permet de supprimer les douleurs ressenties par votre corps pendant l'intervention et pendant les heures qui suivent l'opération. Une fois cette anesthésie réalisée vous rentrerez en salle d'opération et vous serez alors complètement endormi(e) (il s'agit d'une **anesthésie générale**) ou bien simplement **légèrement sédaté(e)** selon les cas..La chirurgie se fait via une incision en avant de l'épaule. L'intervention elle-même dure environ une heure. On referme la peau avec du fil non résorbable qui devra être retiré au bout de 15 jours par une infirmière.



- L'échographe permet de repérer les nerfs du plexus brachial qui innervent le membre supérieur.
- L'anesthésiste injecte ensuite un anesthésique local autour des nerfs.
- Cela induit une anesthésie motrice (paralysie) et sensitive (insensibilité) : sensation de "bras mort" pendant 4 à 8h => Pas de douleur.

Figure 6 : L'anesthésie loco-régionale.

B. LE POST-OPERATOIRE

LES PANSEMENTS : Il y aura des **pansements** à faire au niveau de la cicatrice. C'est une infirmière qui devra réaliser ces pansements **tous les 2 à 3 jours**. Les ordonnances de pansements (pour l'infirmière et le matériel) vous sont délivrées avant l'opération afin que vous puissiez déjà contacter l'infirmière et organiser les soins post-opératoires. Les **films seront retirés** par l'infirmière au bout de 15 jours environ. La **cicatrice** restera légèrement inflammatoire pendant plusieurs semaines après l'intervention. Progressivement l'inflammation va diminuer : la cicatrice sera de moins en moins douloureuse et se dépigmentera jusqu'à devenir quasi invisibles au bout de quelques mois. Il est recommandé de bien **masser la cicatrices** pour l'assouplir et la désensibiliser.

LES DOULEURS ET L'OEDEME : La chirurgie est aussi génératrice d'oedème (gonflement) et de douleurs. Afin de lutter contre la douleur et l'oedème deux méthodes simples doivent être combinées (**Figure 7**) :

1) IL FAUT REFROIDIR L'EPAULE : avec de la glace, ou tout autre moyen réfrigérant (poches vendues en pharmacie, sachet de surgelé, etc...). Le froid doit être posé sur le pansement mais attention de ne jamais mettre de la glace directement au contact de la peau, au risque de brûler cette dernière. Pour éviter cela vous pouvez emballer le réfrigérant dans un linge (torchon, serviette). Cela doit être répété plusieurs fois par jour dans les journées suivant l'intervention.

2) IL FAUT PRENDRE LES ANTALGIQUES (antidouleurs) EN SYSTEMATIQUE en post-opératoire : **ACTISKENAN** en **systématique pendant 5 jours** + **DOLIPRANE** et **ACUPAN** en **SYSTEMATIQUE pendant 30 jours**. L'anesthésie locorégionale va progressivement se lever dans les heures suivant l'intervention : c'est la motricité du membre supérieur qui se réveillera en premier, suivie de la sensibilité et donc aussi de la douleur. Il sera important de **ne pas laisser s'installer la douleur**. Pour cela, il faudra prendre de manière **systématique tous les antalgiques** prescrits (sauf contre-indication). L'ordonnance pour acheter ces antalgiques vous est délivrée avant l'intervention. Il y a plusieurs médicaments associés : du **Doliprane** (antalgique de palier 1), de l'**Acupan** (antalgique de palier 2) et de l'**Actiskenan** (morphine). En cas d'**intolérance ou d'allergie** à l'un de ces médicaments je vous remercie par avance de me **prévenir**.

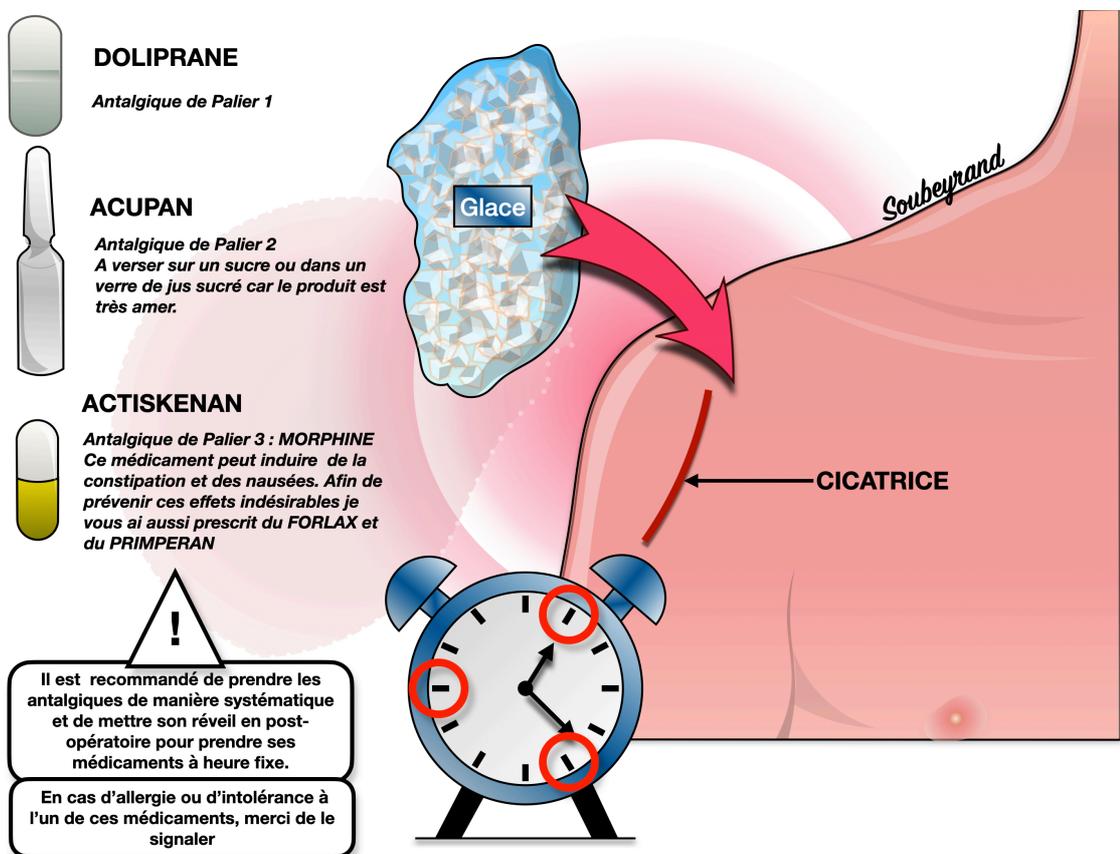


Figure 7 : En post-opératoire il faut prendre les antalgiques **SYSTEMATIQUEMENT** à heure fixe pendant les 5 premiers jours (ACTISKENAN) et 45 premiers jours (DOLIPRANE & ACUPAN)

LES DOULEURS SE PROLONGENT GÉNÉRALEMENT PENDANT PLUSIEURS SEMAINES APRES L'INTERVENTION : Cela est **TRES IMPORTANT A COMPRENDRE !** il y a une très grande variabilité d'un patient à l'autre (**Figure 8**). Certains patients n'ont quasiment plus de douleurs au bout de deux semaines mais d'autres restent douloureux jusqu'à six mois. La persistance des douleurs est un facteur d'inquiétude pour les patient(e)s et l'inquiétude aggrave la douleur : c'est un **cercle vicieux**. C'est pour cela que **je vous reverrai régulièrement en consultation** : le premier rendez-vous est généralement donné deux mois après l'intervention puis le suivi en consultation est prolongé autant que nécessaire. Des ordonnances d'antalgiques seront régulièrement re-prescrites si nécessaire. En cas de problème je serai évidemment disponible pour **vous revoir plus tôt si nécessaire**. La diminution des douleurs n'est jamais régulière mais se fait **par à-coups** : il y aura des périodes durant lesquelles vous aurez le sentiment que rien n'évolue, voir parfois que les douleurs redeviennent plus intenses : ce qui compte est qu'**entre deux instants consultations les choses s'améliorent**.

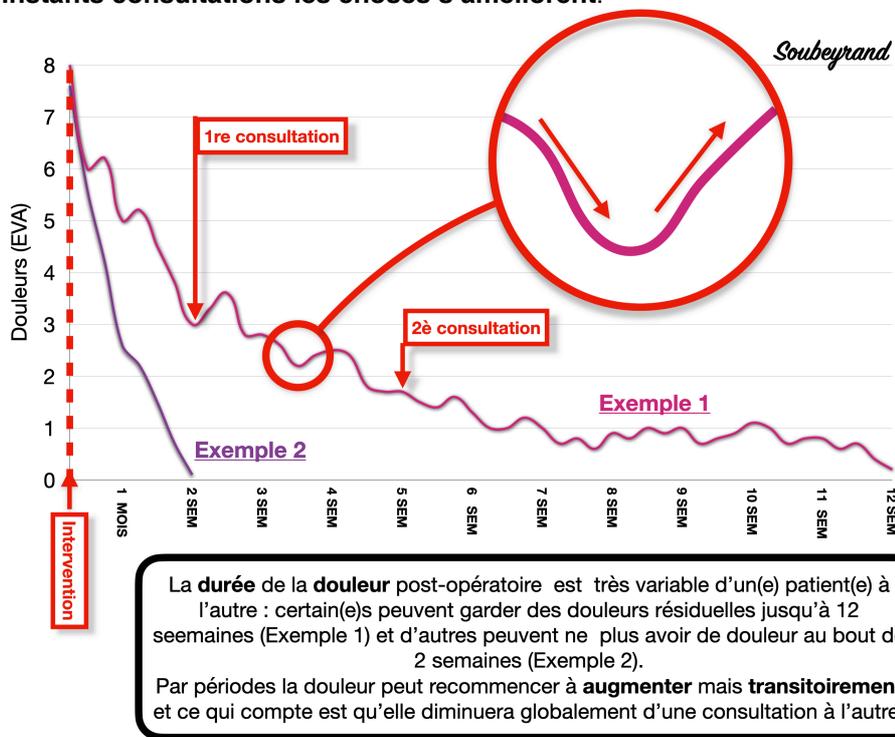


Figure 8 : Les douleurs post-opératoires fluctuent avec le temps

LA REEDUCATION ET LE GILET ORTHOPEDIQUE :

L'objectif de la rééducation est de **recupérer les amplitudes de l'épaule**. Pour vous guider je vous ai donné une **ordonnance de rééducation** au moment de la programmation de l'intervention. La rééducation étant essentielle il faut absolument **contacter un kinésithérapeute avant l'intervention** : si vous attendez de vous faire opérer pour chercher un kinésithérapeute vous prenez un risque important de perdre du temps dans la rééducation post-opératoire.

A la fin de l'intervention un **gilet orthopédique** est mis en place. Il n'est supposé rester que **48 à 72 heures** en postopératoire pour soulager les douleurs : Ce gilet devra donc être retiré très rapidement sauf dans le **cas particulier de réparation associée du tendon sous-scapulaire**. En effet, dans ce cas particulier je vous demanderai de garder le gilet pour une durée totale de cinq semaines, la nuit et lorsque vous sortez à l'extérieur afin d'éviter de vous faire bousculer. Dans tous les cas je vous demande de faire bouger l'épaule mais sans forcer activement sur les rotations. Il est recommandé d'**utiliser sa main dès que possible en restant sous le plan de l'épaule** : vous pouvez ainsi manger, **écrire, taper au clavier dès le lendemain de l'intervention**.

Comme pour la douleur, l'évolution de la **mobilité de l'épaule** se fait de manière très progressive et variable d'un patient à l'autre. Certains patients récupèrent très vite tandis que d'autres peuvent mettre jusqu'à un an pour récupérer la totalité des amplitudes de l'épaule. Cette **recupération** se fait de manière **irrégulière**, comme la douleur, avec des **périodes de stagnation**, et des périodes d'**amélioration (Figure 9)**. Parfois même il peut se produire des **périodes d'apparente dégradation** : souvent les patients rapportent qu'avec les changements de temps leur épaule fonctionne plus ou moins bien mais cela est tout à fait **normal et classique** lors du processus de récupération. Il faut bien comprendre que même lors des périodes d'apparente stagnation il y a de nombreux **phénomènes de remodelage des tissus** qui se produisent et qu'il faut donc entretenir ce remodelage dans le sens du mouvement en étant persévérant avec la rééducation. **Les périodes de non-amélioration ne doivent pas être source de découragement.**

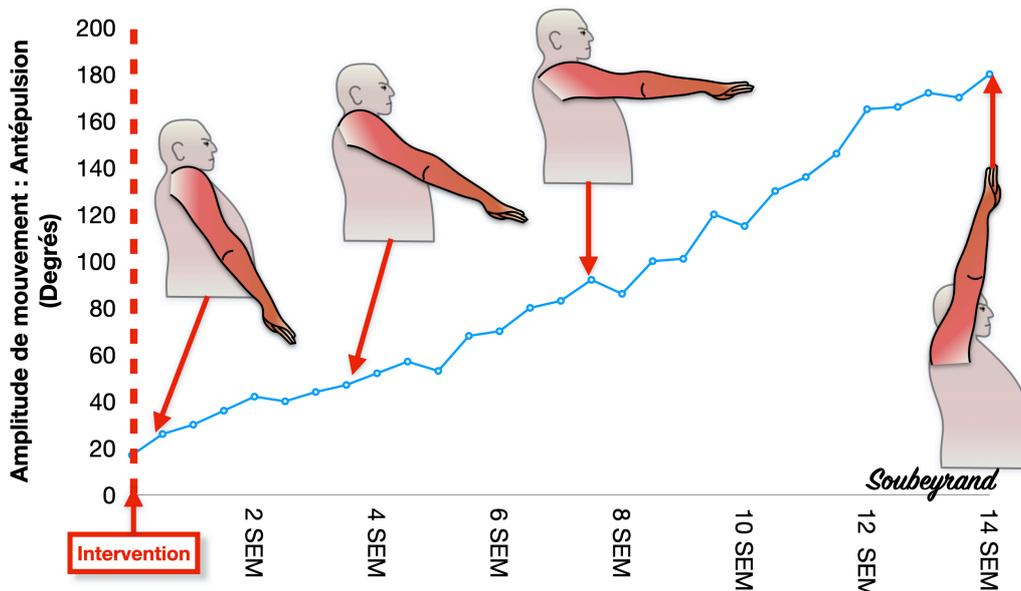


Figure 9 : La récupération des amplitudes se fait progressivement en post-opératoire mais prend généralement du temps.

Il faut commencer la rééducation avec le **kinésithérapeute dans la semaine qui suit** l'intervention une fois que les douleurs post-opératoires aiguës ont commencé à se calmer. La fréquence des séances dépendra des disponibilités de votre kinésithérapeute : idéalement il faudrait faire une séance par jour, mais à défaut il faut en faire au moins 3 par semaines en post-opératoire précoce. Par la suite, la fréquence des séances sera adaptée en fonction de l'évolution avec votre kinésithérapeute. De votre côté il y aura beaucoup de travail **d'autorééducation** à faire. Il faudra refaire à la maison une partie des exercices que votre kinésithérapeute vous aura appris.

LE TRAVAIL :

Si vous avez une activité professionnelle je prescrirai un **arrêt de travail** après l'intervention. La durée totale de cet arrêt dépendra de deux paramètres : la pénibilité du poste de travail ainsi que les trajets nécessaires pour se rendre à votre travail et en revenir. Habituellement en postopératoire on prescrit un arrêt de travail qui court jusqu'à la prochaine consultation, c'est-à-dire deux mois après l'intervention environ. Par la suite la durée de cet arrêt sera réévaluée à chaque consultation en fonction de l'évolution de votre épaule. Dans certains cas particuliers où les **douleurs** résiduelles et la **limitation fonctionnelle** restent incompatibles avec la reprise du travail **au-delà d'un an et demi** on peut être amené à discuter d'un **reclassement professionnel avec la médecine du travail**.

C. LES RISQUES OPERATOIRES

Comme pour toute chirurgie il y a des risques à connaître. Même si ces complications sont rares il faut en avoir connaissance avant l'intervention. Il faut savoir dépister ces complications car elles ont chacune des traitements spécifiques.

La première complication est l'**infection**. Malgré toutes les précautions prises au bloc opératoire il y a un taux incompressible d'infection. Cette complication survient dans environ 1% des cas et apparaît généralement au bout de 1 à 2 semaines post-opératoire. Elle se traduit selon les cas par une modification de la cicatrice (collection sous-cutanée, inflammation, désunion, écoulement), une recrudescence de douleurs inflammatoires et de la fièvre. Dans ces cas là il faut au moindre doute retourner au bloc opératoire, reprendre la cicatrice, laver la prothèse et faire des prélèvements bactériologiques. Dans ces cas là une antibiothérapie est mise en route en urgence et secondairement adaptée aux résultats des prélèvements bactériologiques.

L'autre complication à connaître est l'instabilité de la prothèse. Il se peut que les pièces de la prothèses ne soient pas bien stables l'une face à l'autre. Cela peut se traduire par une luxation de la prothèse ou bien par des épisodes de subluxation. Dans ce cas il faut faire un bilan d'imagerie complémentaire. Parfois on parviendra à stabiliser la prothèse avec une simple immobilisation. Dans d'autres cas il faudra réopérer, et possiblement changer tout ou partie des implants. Cette complication concerne moins d'1% des cas.

Une prothèse est un objet inerte, non vivant. Elle n'est donc pas dotée de capacité de régénération, de réparation. Elle est donc inexorablement vouée à s'user avec le temps. Au delà d'un certain niveau d'usure on peut être amené à changer la prothèse. Il est difficile de dire exactement combien de temps va durer une prothèse mais les données actuelles de la littérature font espérer une survie d'au moins 15 ans. Evidemment chaque patient est différent et la survie des prothèses est variable d'un patient à l'autre. Afin de surveiller l'usure de la prothèse on utilisera des radiographies.

Autour de l'épaule il y a plusieurs nerfs qui passent autour de la prothèse. La mise en place de la prothèse nécessite des gestes invasifs (fraisage, méchage,..) et il y a donc un risque théorique d'endommager un de ces nerfs pendant l'intervention. Cela se traduirait en postopératoire par un déficit de motricité ou de sensibilité. Le principal nerf en danger est le nerf axillaire qui permet d'élever le bras.

J'espère que ces conseils vous seront utiles pour récupérer au mieux la fonctionnalité de votre épaule. Je reste bien évidemment à votre disposition pour toute question.



Pour télécharger la version PDF, pointez la caméra de votre smartphone sur ce QR CODE : il vous guidera vers la page où se trouvent les fiches d'informations patients, et notamment celle qui vous intéresse

Professeur Marc Soubeyrand, M.D., Ph.D
Chirurgie du membre supérieur : épaule, coude, main
Membre de la Société Française de Chirurgie de la Main
Membre de la Société Française de Chirurgie Orthopédique
Membre de la Société Française d'Arthroscopie
Clinique Saint Jean l'Ermitage, Melun
www.prmarcsoubeyrand.com
Secrétariat : 01 64 71 55 19
prmarcsoubeyrand@gmail.com

