

Fiche d'information

PROTHESE D'EPAULE INVERSEE

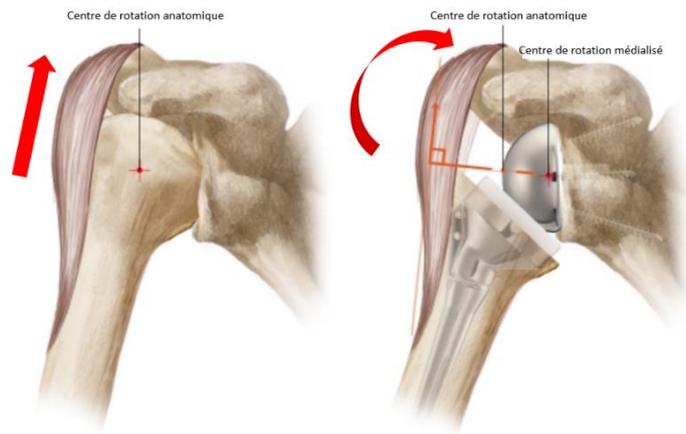
POURQUOI CETTE INTERVENTION ?

La prothèse totale de l'épaule est une intervention qui a pour but de remplacer les surfaces articulaires de l'épaule par un implant prothétique. On parle de prothèse inversée car l'implant modifie la forme des surfaces articulaires. Effectivement, l'usure des surface articulaires prend deux formes :

- L'omarthrose centrée, où la coiffe des rotateurs est restée intacte et permet de stabiliser les implants. On utilisera une prothèse dite « anatomique »
- L'omarthrose excentrée, où la coiffe des rotateurs est déficiente voire absente ; cela entraîne une ascension de la tête de l'humérus car la coiffe ne peut plus compenser la force de traction du muscle deltoïde :



Omarthrose « excentrée »



l'implant inversé « recentre » la tête humérale

La prothèse anatomique ne modifierait pas cette ascension aussi on a recours à un artifice technique : en inversant la forme des pièces prothétiques (la partie ronde sur l'omoplate, la partie creuse sur l'humérus), le deltoïde est retendu et devient « rotateur » permettant à l'épaule de retrouver un mouvement proche de la normale : c'est la prothèse « inversée ».

La pièces comprennent un dôme fixé solidement sur l'omoplate par des vis (implant glénoïdien) et une pièce humérale qui peut comporter une tige ou une fixation plus légère selon la qualité de l'os. L'une des surfaces articulaires est toujours recouverte de polyéthylène (sorte de matière plastique).



Implants sans tige (LIMA)



implants à tige (FX solutions)

COMMENT SE DEROULE L'INTERVENTION ?

L'intervention :

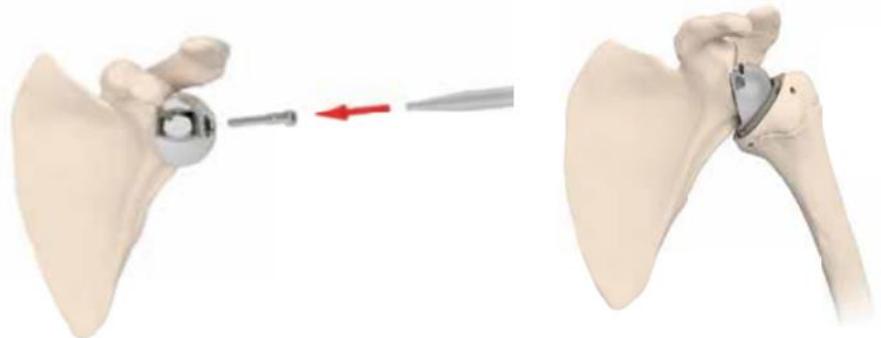
- **L'hospitalisation** : elle se fera la veille ou le jour même selon l'ordre du programme opératoire. Vous resterez hospitalisé la nuit qui suivra l'intervention afin de contrôler au mieux d'éventuelles douleurs post-opératoires.

- **L'anesthésie** : elle combinera une anesthésie locorégionale (bloc interscalénique) qui garantira une indolence complète de votre membre opéré dans les heures qui suivront l'intervention, et une anesthésie générale durant le geste opératoire.

- **Le geste chirurgical** : l'incision est réalisée à la partie antérieure de l'épaule ; on accède à l'articulation de l'épaule où la coiffe restante est détachée (le sous scapulaire est souvent intact), puis les pièces osseuses sont découpées avec des guides spéciaux. On fixe successivement l'implant sur la glène (glénosphère) puis sur l'humérus, et l'articulation réduite.



Recoupe humérale

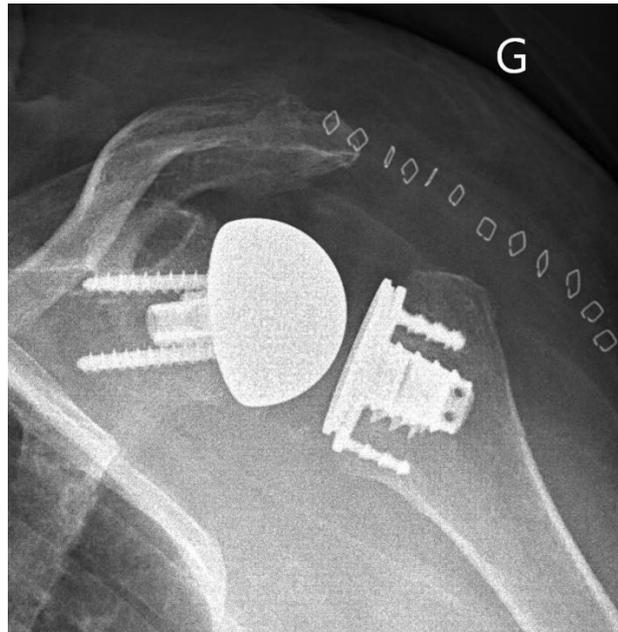


fixation de la glénosphère et réduction

Après avoir vérifié la bonne stabilité des implants, le tendon est réparé et la fermeture réalisée sur un drainage. L'épaule est immobilisée sur une attelle.



Implant à tige



Implant sans tige

• **Votre départ** se fera le surlendemain de l'intervention, après avoir réalisé une radiographie de contrôle. Nous vous remettons les différents documents et ordonnances nécessaires, ainsi qu'un arrêt de travail et un rendez-vous de contrôle fixé au bout de 6 semaines.

Les suites de l'intervention :

- **vo**tre attelle sera être conservée durant les 3 semaines qui suivent l'intervention, pour protéger la cicatrisation musculaire. Elle pourra être enlevée pour s'habiller, se laver et faire les séances de rééducation mais sera conservée la nuit.
- **la rééducation** débutera dès les jours suivant l'intervention à raison de trois séances par semaine. Elle sera faite si possible en balnéothérapie, le principe sera d'entretenir la mobilité articulaire durant cette période. Vous réaliserez également tous les jours des exercices d'automobilisation.
- **Reprise d'activités** : après la 3ème 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 (c'est à dire la capacité de lever vous-même votre bras) puis peu à peu la force du muscle deltoïde pour vos permettre de renouer avec une utilisation quotidienne satisfaisante.
Il faut souvent attendre le 2ème mois pour reprendre le volant. La reprise éventuelle du travail est possible après le 6ème mois et cela en fonction de votre profession. La reprise d'un travail de bureau peut être envisageable plus rapidement après l'intervention.

QUELS SONT LES RISQUES DE L'INTERVENTION ?

- **Des risques non spécifiques :**

- un hématome peut survenir, qui se résorbe en général tout seul. Il peut exceptionnellement nécessiter une ponction évacuatrice ou un drainage chirurgical.

- L'infection profonde bien que rare, 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. Il vous est fortement déconseillé de fumer pendant la période de cicatrisation, le tabagisme augmentant de manière significative le taux d'infection.

- L'algodystrophie est un phénomène douloureux et inflammatoire encore mal compris. Elle est traitée médicalement et peut durer plusieurs mois (voire parfois des années), entraînant une prise en charge spécifique avec rééducation adaptée, bilans complémentaires et parfois une prise en charge spécifique de la douleur. Elle est imprévisible dans sa survenue comme dans son évolution et ses séquelles potentielles.

- Il y a parfois une **irritation de petits nerfs cutanés** près de l'incision, qui disparaissent en quelques semaines. Les **lésions des troncs nerveux** sont rares et touchent surtout le nerf axillaire. Il s'agit le plus souvent d'une lésion d'étirement liée aux manœuvres durant l'intervention et qui récupère spontanément. Il existe un risque plus spécifique aux prothèses inversées qui est **l'étirement du plexus brachial** lié à l'abaissement du moignon de l'épaule par l'implant inversé ; cet étirement est favorisé par une arthrose cervicale qui limite la mobilité des nerfs . Là encore , cet étirement récupère en général spontanément .
- **La capsulite rétractile** est une rétraction des ligaments de l'articulation entraînant une diminution douloureuse de la mobilité passive et active de l'épaule. Elle est d'origine neurologique reflexe et s'apparente à l'algodystrophie ; elle récupère en un an environ mais peut parfois entraîner une raideur partielle séquellaire.
Indépendamment de la capsulite, **une raideur** est inévitable au début ; elle peut évoluer de manière prolongée et nécessiter une rééducation longue.
- **Les complications mécaniques :**
 - La luxation de la prothèse peut survenir généralement à l'occasion d'un traumatisme ou d'un faux mouvement. Elle survient généralement dans les premiers mois suivant l'intervention. Elle nécessite une réduction associée à une immobilisation, mais peut parfois justifier, surtout si les luxations se répètent, une nouvelle intervention.
 - L'usure des pièces prothétiques peut survenir à long terme ; elle concerne surtout le polyéthylène.

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.

EN RÉSUMÉ la prothèse totale de l'épaule est un geste chirurgical bien codifié et son résultat sera conditionné par une rééducation de plusieurs mois. Les meilleurs résultats sont obtenus après 6 mois, voire un an. En l'absence de complication, la prothèse totale de l'épaule apporte une amélioration significative sur les douleurs et la fonction. La durée de vie de l'implant est d'au moins 20 ans actuellement.

QUELQUES QUESTIONS QUE VOUS DEVEZ VOUS POSER OU POSER À VOTRE CHIRURGIEN AVANT DE VOUS DÉCIDER POUR UNE INTERVENTION :

Pourquoi me recommandez-vous cette chirurgie particulièrement ?

Y a-t-il d'autres solutions chirurgicales pour mon cas et pourquoi ne me les recommandez-vous pas ?

Si je ne me fais pas opérer, mon état va-t-il se dégrader ?

Comment se passe l'acte chirurgical et en avez-vous l'expérience ?

Quel est le temps opératoire ? Quelle est la durée de l'hospitalisation ?

Aurai-je beaucoup de douleurs et comment la traiter?

Quels sont les risques et/ou complications encourus pour cette chirurgie ?

Quels sont les bénéfices pour moi à être opéré et quel résultat final puis-je espérer?

Au bout de combien de temps pourrai-je reprendre mon travail ou mes activités sportives et quelle sera la durée totale de ma convalescence ?

Me recommandez-vous un second avis ?

Date de remise du document au patient (e) :

Date et signature du patient (e) :

Pages précédentes à parapher