

PROTHÈSES D'ÉPAULE POUR LE TRAITEMENT DE L'ARTHROSE

Par le Dr Eduard Alentorn-Geli

L'**arthrose glénohumérale** est un processus dégénératif progressif dans lequel l'articulation de l'**épaule** subit une perte de **cartilage** articulaire (le tissu qui recouvre les **os** qui composent les **articulations** et leur permet de fonctionner normalement). Cette pathologie entraîne des **douleurs** et une perte de **mobilité** en raison de l'inflammation chronique et de la déformation articulaire qui se produisent. L'arthrose peut être très limitante tant pour les activités de base de la vie quotidienne que pour le travail ou les **activités sportives**. Il n'existe actuellement aucun **traitement efficace** permettant une guérison absolue de l'articulation. Cependant, dans de nombreux cas, une réduction de l'inflammation et une fonction acceptable sont obtenues avec des traitements non chirurgicaux visant à arrêter ou à ralentir l'évolution de la dégénérescence articulaire. Lorsque ces traitements (**kinésithérapie**, infiltrations, **PRP** ou **facteurs de croissance**) ne sont pas efficaces, l'alternative chirurgicale la plus appropriée serait la prothèse de remplacement de l'épaule ou l'arthroplastie.

La prothèse **de remplacement de l'épaule** ou l'**arthroplastie** est une intervention chirurgicale ou une **opération** au cours de laquelle l'articulation naturelle est remplacée par des pièces artificielles faites de matériaux bien tolérés. Il existe de nombreuses variantes en termes de combinaison de matériaux et de type de pièces à implanter. En général, on parle d'**hémiarthroplastie** lorsque seul le composant huméral est remplacé et **de prothèse totale** d'épaule lorsque les deux principaux éléments de l'articulation de l'épaule, l'humérus et la cavité glénoïdienne, sont remplacés. Cette dernière est subdivisée en **prothèses anatomiques** (conservant la forme normale de l'épaule, avec une tête sphérique et une cavité glénoïde concave) ou **en prothèses d'épaule inversée** (la sphéricité est transférée à la cavité glénoïde et l'humérus adopte la forme concave).

Les **indications** des prothèses d'épaule comprennent l'arthrose primaire ou l'arthrose secondaire à d'autres processus : traumatisme ou fracture antérieurs, chirurgie d'instabilité, nécrose osseuse avasculaire, arthrite inflammatoire ou tumorale, entre autres.

L'hémiarthroplastie de l'épaule est essentiellement envisagée dans les cas d'arthrose de l'épaule qui touchent principalement la tête de l'humérus chez les patients jeunes. Certaines indications seraient la perte de sphéricité de la tête humérale à la suite d'un traumatisme ou d'une nécrose osseuse avasculaire. Chez ces patients, l'hémiarthroplastie sera une bonne option pour améliorer la douleur et la fonction (mobilité) en récupérant la morphologie normale de la tête de l'humérus, mais elle nécessitera une surveillance stricte pendant quelques années pour s'assurer que la composante humérale ne provoque pas d'usure dans la cavité glénoïde naturelle du patient.

Le choix entre des prothèses anatomiques ou inversées réside dans l'état des **tendons**. Lorsqu'il y a une arthrose de l'épaule avec une **coiffe des rotateurs** intacte ou acceptable (tendons internes entourant l'épaule), une prothèse anatomique est préférée en raison de son degré généralement plus élevé de mobilité postopératoire. Cependant, lorsque les tendons de la coiffe des rotateurs ne sont pas en bon état, il est nécessaire d'implanter une prothèse inversée qui offre une meilleure fonction ou mobilité de l'épaule en donnant plus d'importance au muscle deltoïde pour effectuer des mouvements.

Les **résultats** des prothèses totales d'épaule sont très prévisibles en termes d'amélioration de la douleur (90% des patients remarquent une amélioration de la douleur) et de mobilité. **La survie** de l'implant (absence de défaillance ou de

Dr. Eduard Alentorn Geli
Chirurgie de l'épaule, du coude et du genou

relâchement) est actuellement d'environ 15 ans en moyenne si l'indication est correcte et que le patient « prend soin » de son implant ; avec les prothèses totales d'épaule, il n'est pas recommandé de soulever des poids supérieurs à 5 kg en continu. D'autre part, les hémiarthroplasties ont une réduction de 75% de la douleur mais n'impliquent pas une restriction spécifique raisonnable du poids à soulever. Par conséquent, ce sont des implants moins restrictifs mais n'assurent pas un pourcentage aussi élevé d'amélioration de la douleur. De nombreuses études indiquent qu'il n'y a pas de limite d'âge pour les remplacements de l'épaule. Les résultats sont bons si l'indication est bonne, que le patient ait 60, 70, 80 ou 90 ans. Il est vrai que plus le patient est âgé, plus le risque de complications médicales est grand si le patient présente certaines pathologies du cœur, de la circulation, n

Ce qu'il est important pour les patients et même les chirurgiens de comprendre, c'est que la prothèse d'épaule doit (presque) toujours être la dernière solution thérapeutique à proposer, car il s'agit d'une procédure qui ne peut plus être inversée. Cependant, il est également nécessaire de garder à l'esprit qu'il s'agira de la seule **option fiable** pour de nombreuses pathologies, ce qui signifie que parfois la décision de recommander une prothèse doit être prise sans doutes ni regrets, car ce sera la seule option pour améliorer en toute sécurité la **qualité de vie** des patients. Ce qui est important, c'est que le patient comprenne bien ce que signifie recevoir une prothèse d'épaule en termes de restrictions qui seront imposées à l'avenir et de soins que les implants nécessitent. Si tout est suivi correctement, ce sont des procédures qui conduisent à un taux élevé de satisfaction des **patients** .