

TRAITEMENT DE L'ARTHROSE DU COUDE

Par le Dr Eduard Alentorn-Geli

Chaque **articulation** est recouverte d'un tissu appelé **cartilage**, qui est une structure très complexe, spécialisée et efficace pour réduire le **coefficient de friction** entre les structures et fournir une **mobilité** et une **fonction articulaire** adéquates. Cependant, ce **tissu** n'a pas de capacité de **régénération** et la cicatrisation sera effectuée par un **tissu** de réparation qui n'a pas les mêmes propriétés que le **cartilage hyalin** articulaire. Par conséquent, si les **lésions** sont symptomatiques, elles seront difficiles à traiter dans la plupart des cas. Au fil des ans, les lésions initiales du cartilage conduisent à un environnement inflammatoire chronique qui prédispose à ce que l'on appelle l'**arthrose**, qui n'est rien de plus que le processus dégénératif d'une articulation dans lequel sa fonction est perdue en raison de la perte de cartilage et la douleur apparaît. Dans d'autres cas, l'arthrose sera primaire, c'est-à-dire sans blessure antérieure connue.

Lorsqu'une articulation souffre d'arthrose, les traitements couvrent un large éventail de possibilités car il existe différents degrés d'atteinte de I à IV, le grade I étant le plus initial et le grade IV la perte totale de **cartilage** d'un compartiment qui provoque un contact **osseux**. Cette dernière condition est généralement plus symptomatique et limitative.

Le **traitement initial** de l'arthrose doit toujours aller de moins en plus agressif. La première chose qui est toujours recommandée est de prendre **des anti-inflammatoires**, de la **physiothérapie**, une modification de l'**activité physique** et **des infiltrations**. Les infiltrations peuvent être de l'**acide hyaluronique** ou, mieux encore, **des facteurs de croissance** ou **du plasma riche en plaquettes** (HR ou **PRP**). Toutes ces mesures thérapeutiques ne régénéreront pas l'articulation, mais elles peuvent aider à diminuer l'inflammation et à créer un meilleur environnement articulaire qui peut devenir fonctionnel pour le patient, en supposant que l'articulation continuera à s'user. Cependant, l'amélioration de l'inflammation signifie que la fonction articulaire s'améliore et, avec elle, la progression de l'arthrose peut être retardée.

Le traitement de l'arthrose par arthroscopie est très valable dans le cas du coude. Dans d'autres articulations telles que la **hanche** ou **le genou**, son issue a été trop variable et imprévisible, voire mauvaise dans les cas d'arthrose avancée de grade III ou IV. Cependant, pour le coude, la possibilité d'effectuer une **chirurgie arthroscopique** même en cas de perte complète du cartilage articulaire a montré des résultats satisfaisants, permettant de retarder ou d'éviter la nécessité d'une **prothèse de coude**. La chirurgie arthroscopique est appelée **arthroplastie ostéocapsulaire arthroscopique**, également connue sous le nom de **CAM**. Cette chirurgie n'est pas une arthroscopie « **nettoyante** », mais un véritable remodelage articulaire qui implique un **travail** sur l'**os** et une libération ou une exérèse de **la capsule articulaire** en cas de **raideur** associée. Le travail sur l'os repose sur le fait que l'arthrose provoque la formation d'**os supplémentaire** dans les articulations appelées ostéophytes (qui peuvent souvent se fracturer et être à l'origine de douleurs) ou simplement l'occupation de la **fosse olécrânienne** ou **coronoïde** (lieu de l'**humérus** où doit se situer l'olécrâne en **extension** ou l'apophyse coronoïde en **flexion**, respectivement) par l'os nouvellement formé. Si les fosses olécrâniennes et/ou coronoïdes sont occupées, il y aura une impossibilité d'extension ou de flexion, respectivement. Cela impliquera que l'articulation perd de sa mobilité et travaillera forcément, ce qui contribuera à perpétuer l'environnement inflammatoire qui produira à son tour une usure et une symptomatologie plus importantes. L'arthroplastie ostéocapsulaire arthroscopique est

basée sur **les 4 principes d'O'Driscoll** : 1) Entrez dans l'articulation et établissez la **vision** ; 2) Créez un espace dans lequel travailler ; 3) Effectuer un travail osseux avec ablation de l'os des fosses et élimination des **ostéophytes** qui peuvent entraver la mobilité ; et 4) **capsulectomie**, c'est-à-dire l'ablation de la **capsule articulaire** pour gagner la mobilité perdue. Cette **intervention chirurgicale** permet à l'articulation de gagner en amplitude de mouvement et de pouvoir effectuer des activités quotidiennes ou des sports sans autant de compression ou de tension. Pour la réaliser, il sera indispensable de disposer d'une **tomodensitométrie** ou d'un **scanner** avec reconstruction **3D**. Cet **examen d'imagerie**, contrairement à l'**imagerie par résonance magnétique nucléaire**, permet une **planification chirurgicale** très adéquate afin de savoir exactement quel os doit être enlevé et quel os doit être maintenu.

La prise en charge postopératoire de cette intervention chirurgicale est la clé du succès. Travailler sur l'os produira des saignements osseux qui peuvent prédisposer à la raideur ou à la formation de nouveaux os. Dans ce cas, la mise en place d'un drainage intra-articulaire antérieur et postérieur fixé à la peau est recommandée pour assurer une vidange correcte de l'articulation. Il est recommandé que le patient initie la mobilité passive continue ou **CPM** (mouvement passif continu) le même jour que l'admission à l'hôpital pour contrôler la douleur et s'assurer que le patient bouge le coude. Si l'articulation n'est pas correctement bouclée dans les jours qui suivent (2 premières semaines), il existe un risque de douleur et de raideur persistantes.