



L'articulation artificielle de l'épaule

Éditorial

Chère lectrice, cher lecteur,

Cette brochure a été conçue à l'intention des personnes concernées, de leurs proches ou des personnes qui désirent s'informer sur les prothèses d'épaule. Elle a pour but de répondre à vos questions essentielles, de vous expliquer le principe et le procédé de la mise en place d'une prothèse d'épaule et de dissiper d'éventuels doutes ou craintes à ce sujet.

Ces informations ne peuvent en aucune manière remplacer un entretien avec un spécialiste.

Vous lisez cette brochure probablement parce que votre médecin traitant a déjà diagnostiqué une arthrose de l'épaule, chez vous ou l'un de vos proches. On vous a certainement déjà prescrit d'autres méthodes de traitement telles que les médicaments, la physiothérapie ou la kinésithérapie. En présence d'une arthrose avancée, ces méthodes de traitement n'ont souvent pas d'effet sur le long terme.

Les douleurs dues à une arthrose de l'articulation de l'épaule – surtout lorsqu'elles surviennent durablement – peuvent devenir un problème sérieux qui peut restreindre la qualité de vie et la mobilité. Une endoprothèse de l'épaule, c.-à.-d. une articulation artificielle de l'épaule, peut remédier à une arthrose de l'épaule à un stade avancé. Après une telle opération, les douleurs disparaissent presque toujours et les patients peuvent généralement retrouver leur mobilité perdue ainsi que la qualité de vie qui y est associée.

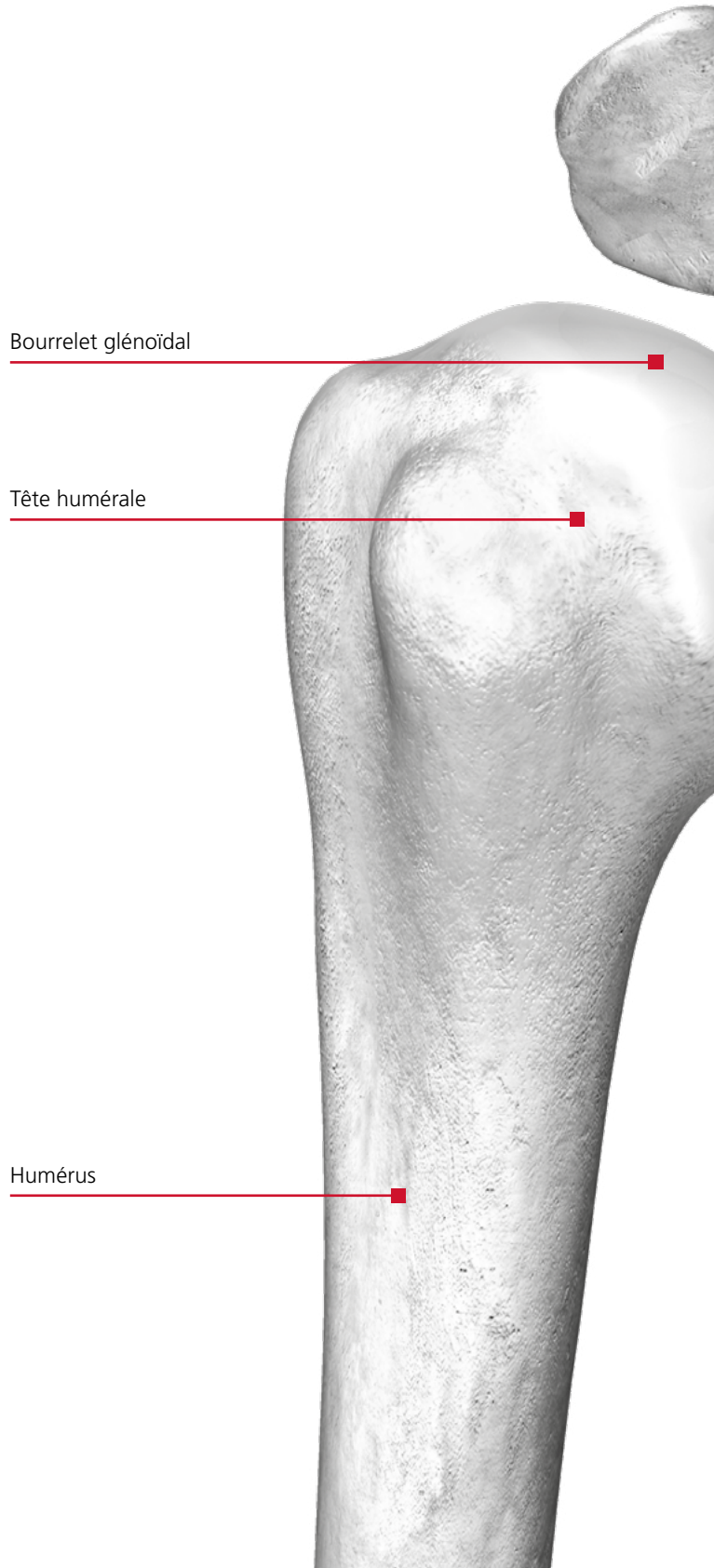


Table des matières

1. L'articulation de l'épaule	4
2. Qu'est-ce que l'arthrose ?	6
3. Comment l'arthrose se déclenche-t-elle ?	8
4. Autres motifs de recours à une prothèse articulaire	9
5. Les méthodes de traitement	10
6. L'articulation artificielle d'épaule	12
7. Comment pouvez-vous aménager votre domicile ?	18
8. Ce qui peut vous attendre à l'hôpital	19
9. L'opération	20
10. Risques et complications	22
11. Les premiers jours qui suivent l'opération	23
12. Le suivi	24
13. Le sport	25
14. La carte internationale d'implant	26
15. Questions les plus fréquentes	27
16. Épilogue	30

1. L'articulation de l'épaule

L'articulation de l'épaule est l'articulation la plus mobile de notre corps mais elle est aussi très vulnérable. En tant qu'articulation sphérique, elle permet des mouvements dans toutes les directions, grâce auxquels nous pouvons utiliser nos bras et nos mains de façons particulièrement variées. La cavité glénoïdale – aussi appelée glène – est une partie de l'omoplate. Avec la tête humérale ronde, positionnée comme une boule dans la glène, elles sont recouvertes d'une couche de cartilage. Entre les deux surfaces articulaires recouvertes de cartilage, se trouve un liquide visqueux, appelé synovie ou liquide synovial. En tant que tissu aqueux et élastique, le cartilage articulaire permet un enchaînement coulé des mouvements et presque sans frottement. L'articulation est stable grâce à des ligaments puissants, à une capsule articulaire et en particulier grâce à la musculature environnante.

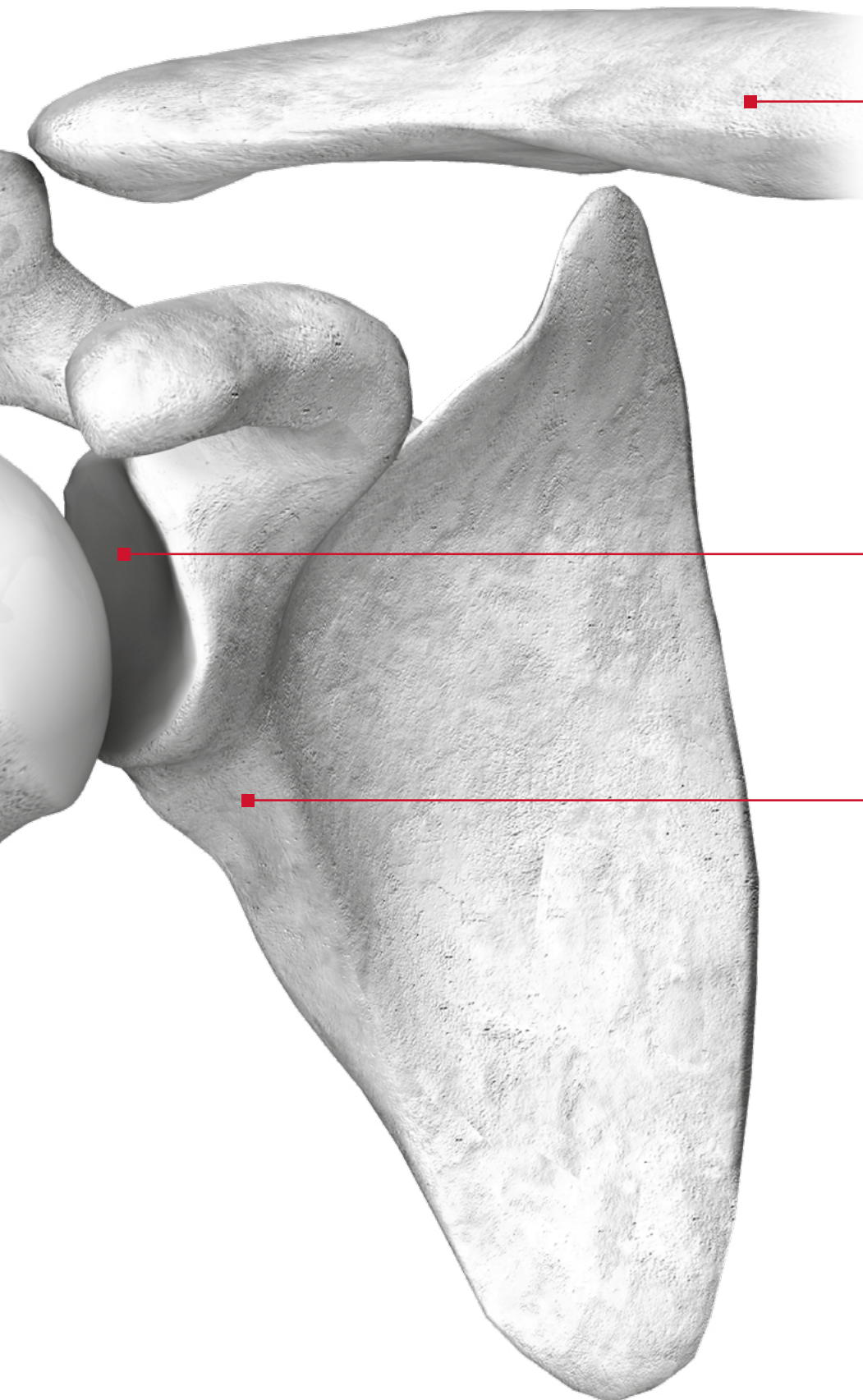


Bourellet glénoïdal

The image shows a detailed anatomical illustration of the shoulder joint. A red line points from the label 'Bourellet glénoïdal' to the labrum, a ring of fibrocartilage that deepens the glenoid cavity. Another red line points from 'Tête humérale' to the rounded head of the humerus. A third red line points from 'Humérus' to the shaft of the humerus. The illustration is rendered in grayscale with realistic shading to show the texture of the bones and soft tissues.

Tête humérale

Humérus

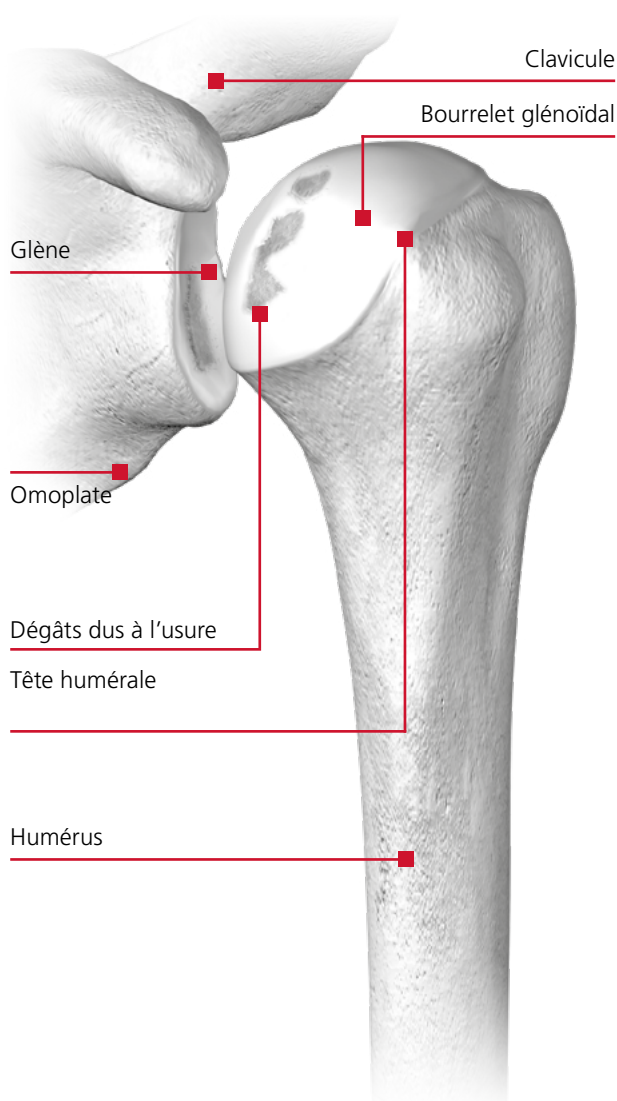


Clavicule

Glène

Omoplate

2. Qu'est-ce que l'arthrose ?



L'usure de l'articulation peut mener à une attrition du cartilage articulaire est un symptôme naturel du vieillissement. Contrairement à d'autres types de tissus du corps humain (par exemple la peau), le cartilage articulaire n'est pas capable de se régénérer ou de se réparer. Un cartilage articulaire lésé ou usé est donc perdu pour toujours. Cette perte de la couche superficielle de l'articulation conduit rapidement à une restriction fonctionnelle douloureuse.

Le processus de développement d'une arthrose est lent et s'étend sur plusieurs années. La nécrose progressive des cellules cartilagineuses provoque des sillons et des fissures. Le cartilage devient rugueux et continue de s'effiloche même lors de mises en charge normales. Des petits débris cartilagineux peuvent se détacher ; ils irritent la membrane articulaire et provoquent inflammation et épanchement articulaire. L'amplitude de mouvement continue à se détériorer et la personne concernée souffre de douleurs de plus en plus intenses.

De plus, des épérons osseux et des proliférations osseuses (appelées ostéophytes) peuvent se former au niveau de l'articulation. En élargissant la surface d'appui de l'articulation et en limitant les mouvements douloureux, le corps essaie d'empêcher une lésion supplémentaire du cartilage. Ce processus naturel n'est toutefois pas efficace.

La douleur est le principal symptôme de l'arthrose. Il se manifeste lors des mouvements et ensuite de plus en plus souvent également au repos. Cette douleur incite à ménager l'articulation, ce qui en revanche aggrave l'état du cartilage. En effet, ce dernier ayant besoin de mouvements pour se nourrir; la musculature peut ensuite s'atrophier, conduisant en fin de compte à une rigidité du bras.

Une forme courante d'arthrose de l'épaule est l'arthrose dite « primaire » (usure de l'articulation dont la cause est inconnue). Elle est aujourd'hui considérée comme un symptôme typique de la vieillesse.

La polyarthrite chronique (rhumatisme articulaire) peut causer les mêmes douleurs souvent sur plusieurs articulations – mais avoir des causes différentes. Le corps produit alors des substances en tant que réaction immunitaire, qui font gonfler la membrane muqueuse et mènent à une inflammation articulaire chronique avec destruction progressive de l'articulation.



3. Comment l'arthrose se déclenche-t-elle ?



La formation d'une arthrose est un procédé complexe qui n'est pas complètement connu. Les orthopédistes et les chirurgiens sont en mesure de traiter les symptômes, mais une guérison des causes n'est jusqu'à présent pas possible.

Il est connu que des facteurs tels que l'excès de poids ou une charge anormale d'une articulation, par exemple à cause de malpositions congénitales ou du port fréquent de lourdes charges, mais aussi des blessures de l'os, du cartilage ou des ligaments causées par des accidents favorisent la formation d'une arthrose. Les personnes qui sollicitent leurs articulations constamment et de façon extrême (par exemple en travaillant dans le bâtiment ou les sportifs de haut niveau etc.) présentent un risque accru d'arthrose.



L'articulation de l'épaule permet une grande liberté de mouvements, et, est de ce fait, par essence même, moins stable que celle de la hanche par exemple. En présence d'une articulation instable, des luxations peuvent survenir. Une telle blessure constitue un dysfonctionnement et peut favoriser l'apparition d'arthrose. En définitive, chaque maladie du cartilage articulaire, de la membrane articulaire ou de la synovie peut engendrer une arthrose.

4. Autres motifs de recours à une prothèse articulaire

L'arthrose touche moins souvent l'articulation de l'épaule que d'autres articulations telles que le genou ou la hanche. Mais d'autres événements peuvent rendre l'utilisation d'une articulation artificielle de l'épaule nécessaire.

Fracture osseuse

Des mauvaises chutes sur l'épaule peuvent entraîner une fracture de la tête humérale, de l'humérus ou des tubérosités osseuses au niveau de l'articulation de l'épaule. Lors de telles fractures, l'humérus peut se séparer de l'omoplate. Outre les douleurs et les restrictions de la mobilité, les conséquences en sont par exemple des lésions cartilagineuses.

Une endoprothèse pour fractures est utilisée pour traiter de telles fractures, appelée fractures comminutives. Celle-ci permet de fixer les fragments osseux, de remplacer les surfaces articulaires détruites et de rétablir la fonction de l'épaule.

Vous trouverez des informations sur l'endoprothèse pour fractures à la page 16 de cette brochure.

Instabilité due à un déboîtement

Une instabilité de l'articulation de l'épaule est le plus souvent causée par une luxation (déboîtement): une chute ou un choc excessif, non contrôlé et passif entraînent un décalage des surfaces articulaires en contact. Les ligaments et les capsules articulaires peuvent ainsi se déchirer et la tête articulaire sort de la glène. Les luxations s'accompagnent le plus souvent de gonflements et de formation d'hématomes.

Lésion de la coiffe des rotateurs

La coiffe des rotateurs est un groupe de quatre muscles dont les tendons entourent et stabilisent l'articulation de l'épaule. La déchirure de ces tendons pouvant survenir lors de blessures aiguës comme lors d'une chute est appelée rupture de la coiffe des rotateurs.

Mais la cause la plus fréquente d'une telle blessure est l'usure progressive de la coiffe des rotateurs comme on peut l'observer chez les sportifs ou les artisans exposés à des contraintes excessives. Les lésions des tendons sont principalement dues à l'usure liée à l'âge et à une prédisposition génétique. Cette maladie est caractérisée par la douleur pouvant survenir pendant des mois ou des années à différentes intensités.

Une endoprothèse inversée est souvent utilisée pour traiter une blessure de la coiffe des rotateurs.

Vous trouverez des informations sur l'endoprothèse inversée à la page 15 de cette brochure.

5. Les méthodes de traitement

Le recours à une endoprothèse d'épaule ne sera bien évidemment pas envisagé en début de traitement. Avant d'implanter une prothèse, le médecin essaiera d'abord de traiter la maladie par des méthodes de traitement non-chirurgicales pour apaiser les douleurs, comme par exemple :

- Des médicaments analgésiques et anti-inflammatoires
- Un changement des habitudes (sport, maintien etc.)
- Injections, si appropriées
- Le recours à des aides orthopédiques et des attelles
- La physiothérapie et la kinésithérapie

L'effet de ces différentes mesures varie d'un patient à l'autre. Il arrive néanmoins souvent que seule une prothèse articulaire artificielle puisse vraiment soulager les troubles et restaurer ou améliorer la mobilité. Il est décisif de trouver le bon moment pour l'intervention : lorsque l'arthrose se trouve à un stade déjà avancé, l'épaule peut déjà être très ankylosée et la glène détruite. Ces conditions peuvent rendre l'intervention difficile voire impossible et restreindre considérablement le succès de l'opération.

Lorsque une opération est envisagée

Une intervention est un juste équilibre entre les gains possibles et les risques. D'un côté, il y a les risques généraux et spécifiques liés à une opération (tels les problèmes liés à l'anesthésie, les hémorragies, les infections, etc.) que votre médecin traitant vous exposera précisément.

De l'autre, vous pouvez presque toujours compter avec un retour à une vie sans douleur et normalement avec une amélioration notable de la mobilité de votre épaule.

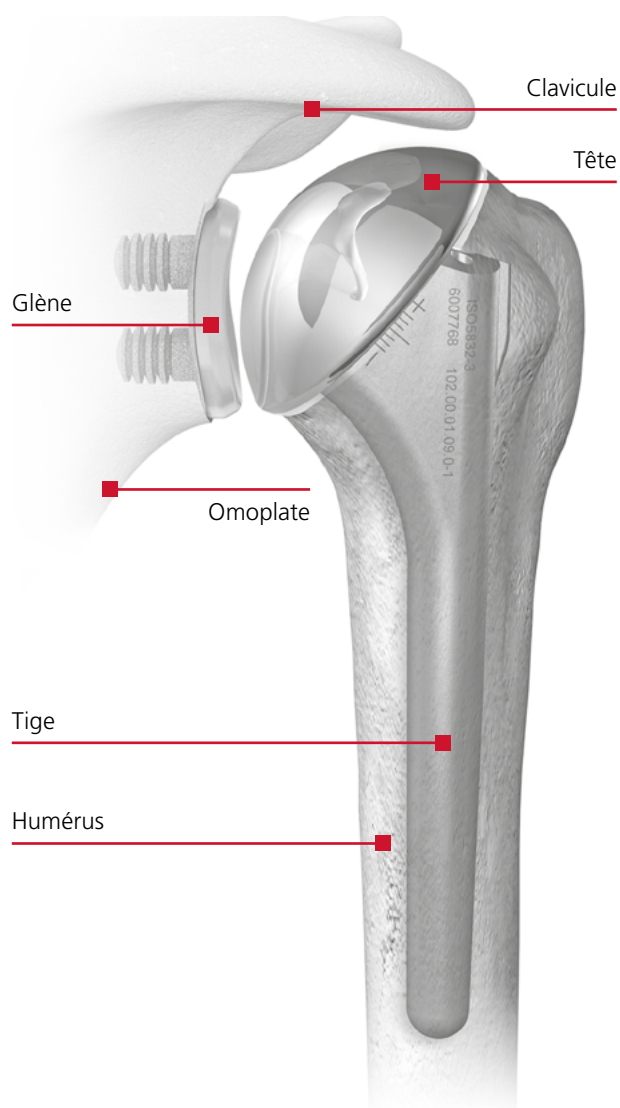
Les risques de l'opération sont plutôt limités en comparaison, la plupart du temps, à la qualité de vie retrouvée ensuite. Vous devez prendre la décision de vous faire opérer pour vous-même, en accord avec vos proches ainsi qu'après en avoir discuté avec votre médecin traitant.

6. L'articulation artificielle d'épaule

L'implantation d'une endoprothèse de l'épaule vise à supprimer la douleur et à rétablir la mobilité et la capacité de soulever des charges. Mais une articulation artificielle ne peut jamais entièrement rétablir les fonctions articulaires naturelles.

Votre médecin vous expliquera l'opération et l'évolution pendant la phase de préparation. Il vous expliquera aussi quel type d'endoprothèse doit être implanté. Selon le type de maladie, le niveau d'activité de la personne concernée et la qualité des os, l'implant approprié sera sélectionné parmi différents modèles d'implants et fixé de manière appropriée dans l'os.

Vous trouverez, dans les pages qui suivent, des informations sur les types d'endoprothèses actuels en ce qui concerne le remplacement de l'articulation de l'épaule et leurs domaines d'application.



L'endoprothèse totale

L'endoprothèse totale est un traitement classique utilisé lors du remplacement complet de l'articulation. Elle vient remplacer l'ensemble des surfaces articulaires détruites ou usées.

Elle se compose des trois pièces suivantes :

La glène

La nouvelle glène est entièrement composée de polyéthylène hautement réticulé enrichi en vitamine E (HXLPE) ; elle est ancrée dans la cavité glénoïdale naturelle et remplace complètement la surface.

La tête

La tête de l'endoprothèse est en métal (Cobalt-Chrome-Molybdène), son diamètre varie de 39 à 53 mm. Elle a une surface hautement polie, de manière à ce qu'elle puisse bien glisser et sans frottement dans la nouvelle glène.

La tige

La tige (Titane) est ancrée dans l'os de l'humérus. La partie supérieure de la tige est de forme conique, sur laquelle sera fixée la tête.

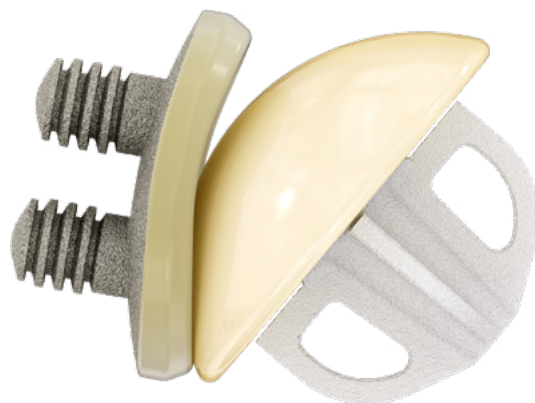


L'endoprothèse sans tige

L'endoprothèse sans tige est également utilisée comme endoprothèse totale, mais sa tige est nettement plus courte. Lorsque la qualité osseuse est bonne, elle peut servir d'alternative à une endoprothèse totale classique.

L'implantation d'une endoprothèse sans tige présente différents avantages tels qu'une durée d'intervention plus courte ou la réduction des pertes de sang. De plus, la prothèse à tige courte contribue à une meilleure préservation osseuse au niveau du bras (révision), ce qui peut représenter un avantage lors d'une éventuelle opération de reprise (révision).

Les endoprothèses sans tige sont ancrées sans ciment osseux. Pour accélérer sa fixation au sein de l'os, la tige est munie d'un revêtement spécial, la tête peut être en céramique ou en métal; la glène est en polyéthylène hautement réticulé enrichi en vitamine E (HXLPE).



L'endoprothèse inversée

Dans une endoprothèse inversée, la tête et la cupule sont inversées: la sphère en matière plastique est fixée à l'omoplate et la cupule en métal ou en céramique sur l'implant huméral. Le muscle deltoïde permet alors l'élévation du bras même en cas de lésion de la coiffe des rotateurs.

Cette endoprothèse inversée est utilisée en cas de :

- Rupture massive et irréparable de la coiffe des rotateurs, accompagnée d'une faiblesse et d'une restriction de la mobilité de l'épaule
- Arthropathie liée à la lésion de la coiffe des rotateurs (lésions des tendons de la coiffe des rotateurs existant depuis longtemps et entraînant une forme particulière d'arthrose)
- Opérations de reprise (révision) d'endoprothèse.

Dans ces cas, la prothèse articulaire classique ne permet pas de supprimer de manière fiable les douleurs et une endoprothèse standard n'est pas en mesure de remédier à la perte de force et à la restriction de la mobilité. On a donc souvent recours à un remplacement articulaire inversé.

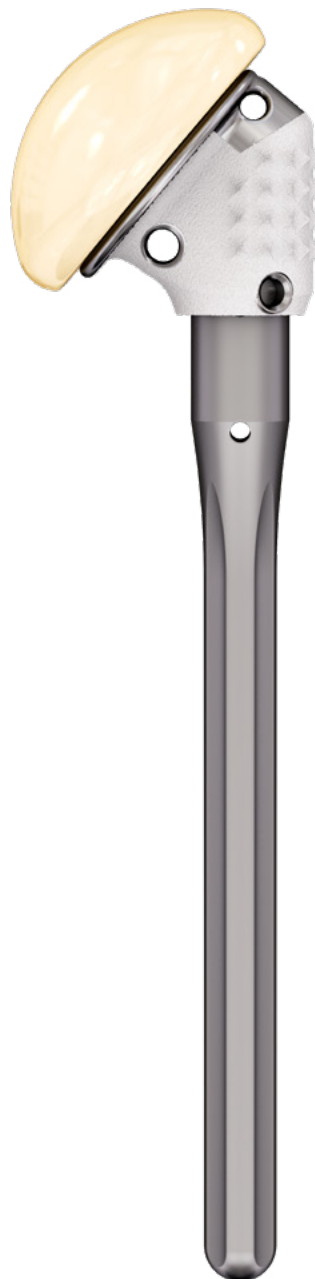


L'endoprothèse pour fractures

La tête humérale est sujette à des fractures complexes: une chute sur la main, sur le bras en extension ou sur l'épaule elle-même peut être à l'origine d'une fracture complexe.

Une endoprothèse pour fractures est souvent utilisée dans le cas de ces blessures complexes. Elle est conçue pour assurer une fixation sûre des fragments osseux avec les tendons de la coiffe des rotateurs au moyen de fils ou de câbles médicaux.

Ceci crée de bonnes conditions pour supprimer la douleur et restaurer une mobilité active de l'épaule blessée. Cependant, les patients ne récupèrent pas toujours l'amplitude de mouvement dont ils avaient l'habitude et se trouvent confrontés à des restrictions de leur épaule.



L'endoprothèse inversée pour fracture

Lors de certaines fractures, la « coiffe des rotateurs » peut être affectée: elle est composée de quatre muscles qui enserrant l'articulation comme une coiffe et qui contribuent ainsi principalement à sa stabilisation.

Dans les cas où une fracture et un défaut de la coiffe des rotateurs se présentent, une endoprothèse inversée pour fracture peut être utilisée. Cet implant combine les avantages de l'endoprothèse inversée et de l'endoprothèse fracture. Sa conception permet une meilleure liberté de mouvement qu'une prothèse de fracture régulière, alors que les éclats d'os peuvent être simultanément et solidement fixés.

L'endoprothèse inversée pour fracture peut également être utilisée comme implant de révision: il arrive que les fractures traitées à l'aide d'une endoprothèse normale pour fracture ne guérissent pas comme prévu et affectent négativement la coiffe des rotateurs. Dans ce cas-là, il est possible d'y remédier à l'aide d'une endoprothèse inversée pour fracture, moyennant quoi une liberté de mouvement améliorée et une atténuation des douleurs sont envisagées.



7. Comment pouvez-vous aménager votre domicile ?

Dans les premiers jours et les premières semaines après votre sortie de l'hôpital, vous allez devoir faire face à différents défis.

Vous pouvez d'ors et déjà préparer votre domicile en vue de votre retour à la maison :

- Placez les objets dont vous avez besoin quotidiennement (vaisselle, vêtements, médicaments, etc.) à votre portée. Une table roulante est tout à fait appropriée, car elle permet de transporter les repas de façon pratique.
- La salle de bains peut être équipée de manière à vous aider : des poignées, un tapis de douche antidérapant ou une brosse à dos munie d'un manche peuvent faciliter la toilette quotidienne.
- Les maisons spécialisées offrent des ustensiles qui facilitent l'habillement, tels des grappins, des enfile-bas, etc. Renseignez-vous avant votre séjour à l'hôpital pour déterminer ce qui vous serait utile ou nécessaire.
- Dans votre chambre, ayez une lampe de poche à portée de main, si vous ne pouvez pas atteindre le commutateur depuis votre lit. Ainsi vous éviterez de trébucher si vous devez vous lever la nuit.
- Préparez d'avance des repas que vous congèlerez. Cela vous permettra de les réchauffer plus tard et de vous épargner de devoir cuisiner les premiers jours.

8. Ce qui peut vous attendre à l'hôpital

Avant l'opération, vous allez faire l'objet d'exams minutieux. Cela sert à reconnaître à temps des risques éventuels et à prendre des mesures préventives. Le médecin vous informera en détail sur les médicaments et l'anesthésie.

Les examens suivants peuvent être pratiqués :

- Avez-vous des problèmes cardiovasculaires ou faites-vous de l'hypertension ? Dans l'affirmative, les médicaments que vous prenez sont-ils efficaces ? Le personnel soignant effectuera des mesures et pratiquera éventuellement un examen du cœur appelé électrocardiogramme (ECG).
- Souffrez-vous d'infections éventuelles ? Dans le cas où vous êtes diabétique – votre traitement est-il adapté ? Une prise de sang sera effectuée avant l'opération pour vérification.
- Le fait de fumer est un risque en lui-même – l'opération vous offre peut-être l'occasion d'arrêter de fumer ? Les hôpitaux offrent des consultations pour les fumeurs.
- Est-ce que vous prenez des médicaments anticoagulants ou anti-plaquettaires ? Après entretien avec votre médecin traitant, ils seront arrêtés environ 10 jours avant l'opération. Si nécessaire, il vous sera administré un médicament de substitution en injection.
- L'anesthésiste vous dira quelle anesthésie vous convient le mieux.
- Vous aurez toujours l'occasion de poser les questions qui vous viennent à l'esprit à votre chirurgien-orthopédiste ou à un médecin de service.

9. L'opération

Le principe général de l'opération est semblable pour la plupart des endoprothèses d'épaule : le chirurgien pratiquera l'ablation des parties d'os et de tissus malades puis il utilisera des instruments chirurgicaux pour former l'os restant, de manière à pouvoir y adapter exactement les composants endoprothétiques et les y fixer.

L'opération se déroule en quatre étapes :



L'articulation de l'épaule est préparée pour l'endoprothèse ; toute la partie usagée est facilement reconnaissable.

Etape 1

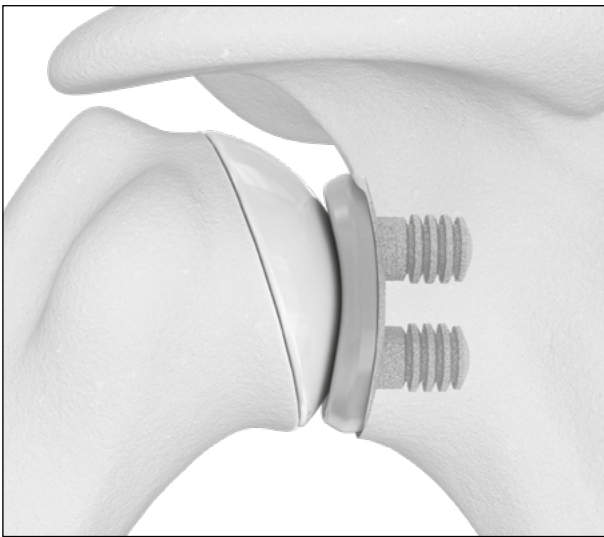
Le chirurgien effectue une incision cutanée de l'épaule pour aborder l'articulation de l'épaule. Il expose l'articulation malade et pratique l'excision d'une partie de la capsule articulaire. La tête humérale est retirée à l'aide d'une scie à guichet. La cavité glénoïdale est alors bien visible. Le chirurgien enlève l'ancien tissu capsulaire et cartilagineux et utilise une fraise hémisphérique pour préparer la cavité glénoïdale jusqu'à ce que le tissu osseux sain soit visible. Cela garantit un ancrage solide de la glène artificielle.



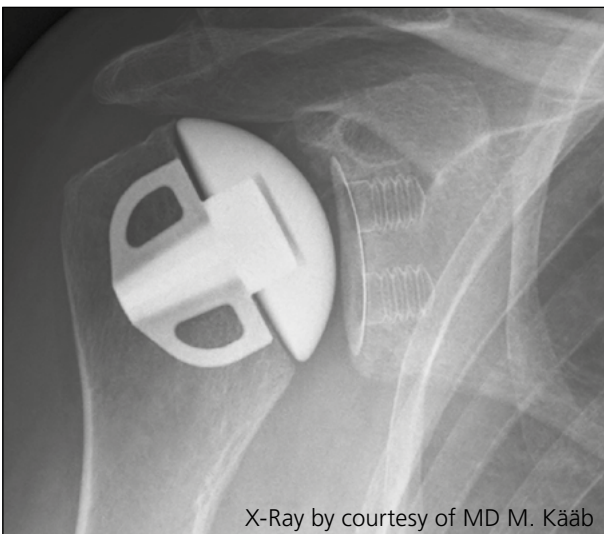
La glène est ancrée dans la cavité glénoïdale ; la tige est introduite dans l'humérus préparé et est éventuellement fixée avec du ciment osseux.

Etape 2

L'intérieur de l'humérus (canal médullaire) est alors préparé pour l'implantation de la tige. Le cotyle est préparé avec un foret pour l'implantation de la glène. Selon les cas, l'implantation se fait avec ou sans ciment osseux. Cette décision dépend essentiellement de la qualité de l'os et de l'âge du patient. Il n'y a pas de différences qualitatives dans le traitement. Le corps supporte très bien le ciment osseux qui durcit en quelques minutes.



Les trois composants de l'endoprothèse sont posés; l'épaule peut de nouveau fonctionner.



X-Ray by courtesy of MD M. Kääh

Contrôle radiographique après une opération réussie.

Etape 3

Après avoir implanté la glène artificielle dans l'os, la tige est ancrée avec la tête endoprothétique dans l'humérus, ensuite, l'articulation est réduite. Ainsi le raccordement mobile entre la tige et la glène est réalisé. Enfin, un dernier contrôle fonctionnel de l'articulation est effectué en la faisant pivoter dans toutes les directions.

Etape 4

Pour finir, les tendons incisés sont réattachés et les hémorragies éventuelles encore existantes sont stoppées. Des drains sont posés dans la plaie, pour évacuer les derniers saignements. La plaie est refermée couche par couche et un pansement compressif est appliqué.

10. Risques et complications

Votre chirurgien est tenu de vous informer de toutes les circonstances essentielles pour votre consentement. Ceci inclut en particulier le type de traitement, les conséquences escomptées et les risques possibles de l'intervention ainsi que sa nécessité, son urgence, sa pertinence et ses chances de réussite au vu du diagnostic ou du traitement. Le chirurgien discutera également avec vous d'autres options thérapeutiques envisageables. Si vous avez des questions en suspens ou des incertitudes quant aux risques liés au traitement ou aux effets indésirables, veuillez prendre contact avec votre médecin.

Les facteurs suivants peuvent empêcher la réussite de l'implantation ou un bon rétablissement après le traitement chirurgical :

- activités physiques intenses
- vous ne suivez pas les consignes de votre médecin
- déformations sévères
- troubles métaboliques
- faiblesse générale du système immunitaire
- abus de drogues ou d'alcool
- troubles neuromusculaires ou mentaux
- obésité

Si vous souffrez d'un de ces facteurs, votre chirurgien en discutera avec vous et cherchera avec vous la meilleure option possible pour votre traitement.

Strictement parlant, toute opération présente des risques à la fois généraux et spécifiques. L'équipe chirurgicale met toujours tout en œuvre pour vous traiter de la meilleure manière possible et pour éviter toute complication.

Veuillez informer immédiatement votre chirurgien ou l'hôpital si vous souffrez d'effets indésirables.

11. Les premiers jours qui suivent l'opération

En règle générale, les drains restent encore 1 à 2 jours dans l'articulation de l'épaule jusqu'à ce que les derniers suintements cessent. Cela évite la formation d'hématomes pouvant restreindre la mobilité. Si les saignements sont minimes en peropératoire, les drains ne sont parfois pas utilisés.

En général, la kinésithérapie commence dès le jour suivant l'opération. Vous ferez vos exercices quotidiens sous la direction d'un(e) physiothérapeute. Ces exercices vous permettront de regagner rapidement une bonne mobilité. Contrôler ses mouvements et ne pas encore mettre totalement en charge l'épaule opérée dans les (4 à) 6 semaines suivantes aident les couches de tissus de l'articulation de l'épaule à guérir. À l'hôpital, vous allez peut-être recevoir pendant quelques jours des médicaments analgésiques et des injections quotidiennes ou des comprimés anticoagulants en traitement prophylactique pour éviter une thrombose.

Environ une semaine après l'opération, vous pourrez rentrer chez vous ou vous rendre dans une clinique de rééducation. Quelques deux semaines après l'opération, les sutures pourront être enlevées.

Respectez les mesures suivantes afin de ne pas compromettre le processus de guérison et d'y contribuer:

- Votre médecin discutera avec vous de votre suivi individuel et vous en remettra le schéma. Lisez-le attentivement et transmettez-le au physiothérapeute qui vous suivra.
- En principe, il vaut mieux encore ménager l'épaule dans les 4 à 6 semaines qui suivent l'opération – et n'effectuer strictement que des mouvements bien dosés !
- Jusqu'à 6 semaines après l'intervention, vous ne devez effectuer aucun mouvement de torsion vers l'extérieur afin de ne pas menacer la suture du tendon de l'épaule.
- Dans les 6 à 12 premières semaines, évitez de porter des objets lourds !
- Les mouvements de l'épaule devront être intensifiés au plus tard 6 semaines après l'intervention ; à partir de ce moment, il ne subsiste habituellement aucune restriction.
- Dans les 3 à 6 mois après l'opération, vous devrez effectuer des exercices de mobilisation seul(e) ou avec l'aide de votre physiothérapeute. Mobilisez quotidiennement votre épaule !
- Evitez de charger trop votre épaule au quotidien (tel un travail corporel difficile) et de vous mettre en situation dangereuse (comme monter sur une échelle, etc.).

12. Le suivi

Des contrôles réguliers par un médecin spécialiste sont importants et aident à vérifier l'évolution de la guérison. Convenez de la procédure exacte à suivre avec votre médecin. En cas de troubles entre ou après les contrôles, adressez-vous immédiatement à votre médecin.

Il est tout à fait normal de se trouver restreint pendant une année encore après l'intervention – et pourtant l'amélioration se poursuit.

En règle générale, au bout de 3 à 4 mois après l'opération, vous avez retrouvé en grande partie votre amplitude de mouvement. Jusque-là, vous devez vous faire aider pour le ménage et les courses. Si vous vivez seul(e), il existe la possibilité de vous faire aider par une aide ménagère. Ces informations peuvent vous être fournies par l'hôpital.

13. Le sport

En règle générale, les activités sportives sont recommandées, car elles améliorent la qualité de vie d'un point de vue social et physique et préviennent certaines maladies.

Une bonne mobilité et une récupération de la force musculaire sont souhaitables après l'implantation d'une endoprothèse d'épaule. Une bonne musculature du bras et du dos stabilise l'articulation de l'épaule de façon significative.

Il est important de prendre garde à intensifier graduellement la charge physique et de prendre au sérieux toute douleur en tant qu'avertissement. En règle générale, le manque de mouvement a une influence négative sur l'articulation artificielle de l'épaule.

Il se peut que vous ayez fait du sport déjà avant l'opération. Votre médecin peut vous dire si vous pouvez en poursuivre la pratique même avec une endoprothèse. Vous devriez cependant éviter les sports qui sollicitent extrêmement les articulations ou qui comportent un haut risque de blessures (tels le football, les sports de combat, le tennis etc.).

Votre sécurité reste au premier plan ! Les blessures articulaires et les fractures ont souvent des conséquences graves chez les porteurs d'endoprothèses. Accommodez-vous plutôt d'une allure plus lente et d'un enchaînement de mouvements plus doux. Vous pourrez ainsi poursuivre la pratique des sports tels que la randonnée, la gymnastique, le bowling, le vélo ainsi que des sports d'équipe, mais avec des restrictions. En cas de doute, consultez toujours votre spécialiste.

Rappelez-vous toujours que l'absence de douleur peut vite mener au surmenage !

14. La carte internationale d'implant

Vous allez recevoir une carte internationale d'implant à votre sortie de l'hôpital. Il peut être utile en cas de blessures de l'articulation ou en cas de complications en dehors de votre cadre habituel (par exemple en vacances, lors des contrôles à l'aéroport, etc.).



15. Questions les plus fréquentes

Dans les pages suivantes, vous trouverez les réponses aux questions qui sont régulièrement posées par les patients. Il se peut que vous y trouviez la réponse à l'une ou l'autre de vos questions.

Quelle est la durée de l'opération ?

De nos jours, les implantations de prothèses d'épaule sont des opérations de routine qui durent environ 2 à 3 heures.

Combien de temps dois-je rester à l'hôpital ?

La durée du séjour dépend en grande partie de votre état général de santé. Votre médecin pourra vous donner des informations plus précises.

Combien de temps ne pourrai-je pas travailler ?

Parfois, votre sortie de l'hôpital est normalement suivie d'un séjour de rééducation ou mieux encore dans les 4 à 6 semaines qui suivent. Ensuite, vous devrez encore attendre de 4 à 6 semaines, durant lesquelles vous effectuerez des séances de kinésithérapie.

Si vous maintenez votre coude près du torse, il vous sera possible d'utiliser votre main peu de temps après l'opération. Si vous avez un emploi, la reprise de votre activité professionnelle va dépendre de vos tâches quotidiennes : si vous travaillez dans un bureau, vous pourrez reprendre plus rapidement que si vous devez effectuer un travail physique éprouvant. Dans ce cas, il faut planifier une pause de trois mois.

Quelle est la durée de vie de l'implant ?

Les facteurs tels que les sollicitations physiques, votre âge, la qualité de vos os, votre mode de vie peuvent avoir une influence sur la longévité de la prothèse. La durée de vie escomptée est de 20 ans pour les endoprothèses totales d'épaules anatomiques et de 10 ans pour les endoprothèses inversées, pour fracture et de reprise.

Je suis une personne allergique et je réagis parfois au métal. Cela pose-t-il un problème ?

Informez votre médecin des métaux qui déclenchent chez vous une réaction allergique. Si vous possédez un passeport d'allergie, remettez-le lui. En règle générale, les matériaux utilisés pour les implants et les revêtements ne déclenchent que très rarement des allergies. Il est rarement nécessaire de recourir à des solutions particulières.

Je me sens très bien après l'opération – dois-je quand même me présenter aux examens de contrôle ?

Il est indispensable que vous vous présentiez aux examens de contrôle même si vous n'avez plus de douleurs. Votre spécialiste peut ainsi suivre la rééducation et reconnaître des complications suffisamment tôt. Plusieurs examens de contrôle auront lieu dans la première année après l'opération. Puis, ces examens seront nécessaires une fois par an, puis tous les deux ou trois ans. Votre médecin en déterminera l'intervalle.

J'ai des douleurs intenses, néanmoins on m'a conseillé d'attendre encore avant de me faire implanter une articulation artificielle ou même de ne pas envisager cette intervention dans un premier temps. Est-ce correct ?

La décision d'implanter une endoprothèse dépend en dernier lieu du patient. Vous devriez discuter cette éventualité en toute confiance avec votre spécialiste. N'éprouvez aucune gêne et demandez-lui de vous parler de son expérience (par exemple combien d'interventions a-t-il déjà pratiquées). Les facteurs suivants doivent influencer votre décision en faveur ou contre l'intervention :

- Lors des examens et des radiographies, votre spécialiste a constaté une arthrose avancée de l'épaule.
- Les douleurs restreignent tant votre qualité de vie qu'il vous est difficile de faire face à votre quotidien.
- Les méthodes alternatives de traitement (p. ex. physiothérapie) n'ont plus de succès.
- Vous dépendez de la prise permanente de médicaments. Cependant, ceux-ci ne suffisent plus même lorsque les doses en sont augmentées.

Si ces facteurs s'appliquent à votre cas, vous devriez envisager une opération quel que soit votre âge.

Si les conditions susmentionnées ne s'appliquent pas à votre cas, nous vous conseillons de retarder l'opération et de chercher d'autres méthodes de traitement non opératoires.

Quels risques l'implantation d'une prothèse comporte-t-elle ?

On ne peut jamais entièrement exclure les risques tels que les hématomes, les allergies aux médicaments, les phlébites, les embolies, les infections ou les risques évoqués page 22. Les mesures préventives telles que l'administration de médicaments, la physiothérapie, etc., réduisent en grande partie ces risques. Votre médecin vous informera en détail sur ce sujet.

Est-ce que j'ai besoin de poches de sang pendant ou immédiatement après l'opération ?

De nos jours, on n'utilise les poches de sang que lorsque le patient perd beaucoup de sang pendant l'opération.

Comment dois-je procéder si je veux faire un don de sang autologue ?

De nos jours, la majorité des cliniques ont la possibilité capter le sang par les drains mis en place pendant l'opération, de le « nettoyer » dans une machine spéciale et de le re-transfuser au patient. Ainsi, le don de sang autologue n'est plus pratiqué.

Mon implant est-il compatible sans condition avec les examens d'imagerie par résonance magnétique (IRM) ?

Si vous avez une endoprothèse et devez passer une IRM, veuillez en parler à votre médecin et lui présenter votre carte internationale d'implant. Votre médecin peut vous fournir les informations importantes du mode d'emploi correspondant concernant la compatibilité IRM de votre implant et vous indiquer s'il est compatible avec le système IRM.

Il est également important d'informer le personnel du centre de radiologie où l'examen d'IRM sera réalisé à propos de votre implant. Ceci leur permettra de prendre toutes les précautions nécessaires pour assurer votre sécurité durant l'examen.

Mon implant est-il compatible avec les scanners utilisés pour les contrôles de sécurité ?

En général, les implants articulaires peuvent déclencher l'alarme des scanners de sécurité. Si vous vous posez des questions sur la compatibilité de votre implant avec les scanners de sécurité, vous devriez en parler avec votre médecin qui peut vous fournir des informations spécifiques sur le type d'implant que vous avez et s'il est susceptible de déclencher les détecteurs de métaux. En outre, votre chirurgien vous fournira la carte internationale d'implant qui explique la présence de votre implant. Ceci peut permettre d'accélérer le processus du contrôle de sécurité et garantir que vous n'ayez aucun désagrément durant votre voyage ou d'autres activités.

Quand puis-je à nouveau conduire une voiture ?

Vous ne devriez vous mettre au volant que quand vous vous sentez capable de conduire. Vous en portez la responsabilité ! Il est recommandé de consulter votre médecin traitant au préalable. La plupart des patients peuvent conduire après 2 à 3 mois. Cela peut toutefois varier individuellement. Ne conduisez jamais sous l'influence de sédatifs !

16. Épilogue

Outre le geste médical, c'est vous qui êtes responsable de votre prothèse d'épaule et qui contribuez au succès du traitement. Votre collaboration est d'une importance primordiale. Nous espérons que cette brochure vous aura informé sur les points les plus importants. Vous trouverez plus d'informations intéressantes et utiles sur le site Internet www.mathysmedical.com. Pour toute autre question, adressez-vous à votre médecin traitant.



Rendez-vous de suivi médical

Date & Heure

Remarque

Australia Mathys Orthopaedics Pty Ltd
Artarmon, NSW 2064
Tel: +61 2 9417 9200
info.au@mathysmedical.com

Austria Mathys Orthopädie GmbH
2351 Wiener Neudorf
Tel: +43 2236 860 999
info.at@mathysmedical.com

Belgium Mathys Orthopaedics Belux N.V.-S.A.
3001 Leuven
Tel: +32 16 38 81 20
info.be@mathysmedical.com

France Mathys Orthopédie S.A.S
63360 Gerzat
Tel: +33 4 73 23 95 95
info.fr@mathysmedical.com

Germany Mathys Orthopädie GmbH
«Centre of Excellence Sales» Bochum
44809 Bochum
Tel: +49 234 588 59 0
sales.de@mathysmedical.com

«Centre of Excellence Ceramics» Mörsdorf
07646 Mörsdorf/Thür.
Tel: +49 364 284 94 0
info.de@mathysmedical.com

«Centre of Excellence Production» Hermsdorf
07629 Hermsdorf
Tel: +49 364 284 94 110
info.de@mathysmedical.com

Italy Mathys Ortopedia S.r.l.
20141 Milan
Tel: +39 02 4959 8085
info.it@mathysmedical.com

Japan Mathys KK
Tokyo 108-0075
Tel: +81 3 3474 6900
info.jp@mathysmedical.com

New Zealand Mathys Ltd.
Auckland
Tel: +64 9 478 39 00
info.nz@mathysmedical.com

Netherlands Mathys Orthopaedics B.V.
3001 Leuven
Tel: +31 88 1300 500
info.nl@mathysmedical.com

Switzerland Mathys (Schweiz) GmbH
2544 Bettlach
Tel: +41 32 644 1 458
info@mathysmedical.com

Local Marketing Partners in over 20 countries worldwide...

Transmis par: