



Spécialisés en chirurgie orthopédique et traumatologie, les docteurs Leslie Naggar (à g.), Steve Brenn (ci-dessus, à g.) et Ali Djahangiri (à dr.) seront les orateurs de la prochaine conférence médicale organisée le 11 mars à Lausanne. FLORIAN CELLA/O DILE MEYLAN

Tout savoir sur les délicates pathologies de l'épaule

Ligaments et tendons déchirés: le point avec trois spécialistes, avant une conférence médicale sur le sujet

Francine Brunschwig

Les genoux et les hanches arthrosés font davantage courir chez le médecin que les épaules instables ou douloureuses. «Un genou ou une hanche mal en point fait vite boiter, c'est handicapant, alors que l'on peut s'accommoder de douleurs à l'épaule», confirme le Dr Steve Brenn. «Or une lésion de l'épaule non traitée peut se péjorer, avec le risque de ne plus pouvoir être traitée. C'est d'autant plus regrettable que la chirurgie de l'épaule a fait d'énormes progrès, grâce notamment à la technique arthroscopique», précise Steve Brenn, spécialiste de l'épaule et ancien médecin-chef à l'Hôpital Saint-Loup.

Lui et ses collègues Ali Djahangiri et Leslie Naggar, tous trois spécialistes en chirurgie orthopédique et traumatologie, seront les orateurs de la prochaine conférence médicale organisée par 24 heures et le groupe Hirslanden, mercredi 11 mars prochain*.

Avez-vous déjà recensé tous les mouvements de votre bras? L'articulation de l'épaule, qui relie la tête de l'humérus à l'omoplate, est la plus mobile du corps humain. Raison pour laquelle elle peut se désarticuler aisément. «Une chute ou un accident peut provoquer une luxation de l'épaule, le plus souvent par une déchirure du ligament qui stabilise la tête humérale à l'omoplate», explique le Ali Djahangiri. «La lésion ligamentaire ayant une capacité de guérison spontanée, on ne propose pas d'intervention chirurgicale après une première luxation.»

«La chirurgie de l'épaule a fait d'énormes progrès, grâce notamment à la technique arthroscopique»

Dr Steve Brenn

Cette dernière peut néanmoins déboucher sur une instabilité de l'épaule, à laquelle est associé le risque de luxations répétées. «L'instabilité, qui n'est pas douloureuse, se mesure à l'aide d'un test dit d'appréhension. On arme

le bras du patient, disons qu'on lui fait faire le geste d'un service de Federer. S'il a peur et résiste, on pose le diagnostic d'une instabilité. Dans ce cas, tout comme après une deuxième luxation, l'opération est indiquée.»

Celle-ci consiste à réinsérer le ligament. «L'arthroscopie non invasive a permis de grands progrès: une anesthésie locorégionale suffit en général. Plus besoin non plus, comme autrefois, de devoir couper les tendons pour accéder aux ligaments», explique le Dr Djahangiri. A partir de la cinquantaine, une luxation est souvent associée à une lésion des tendons. L'intervention arthroscopique permet de réparer en même temps ligaments et tendons.

Coiffe des rotateurs

Les quatre tendons qui relient les muscles à l'épaule forment la coiffe des rotateurs. Moteur de l'épaule, ils permettent sa mobilité. Hélas ils se déchirent: lors de traumatismes et aussi, mais on ne s'en rend pas forcément compte, du fait de l'usure. «On estime que près de 30% de la population a une lésion plus ou moins importante de la coiffe», affirme Leslie Naggar. Symptômes: des douleurs plus ou moins fortes que les personnes ont souvent tendance à minimiser.

«Il importe de ne pas attendre pour consulter. La lésion va évo-

luer, le muscle progressivement se rétracter et s'atrophier. La réparation aura de moins bons résultats ou ne sera plus possible», expliquent les Dr Naggar et Brenn. «Grâce à une arthro-IRM, on peut évaluer l'ampleur de la lésion, ses chances de cicatrisation avec un traitement conservateur, physiothérapie notamment, et, en cas d'indication opératoire, son potentiel de succès.»

L'âge du patient et son taux d'activité influent aussi sur le choix thérapeutique. L'intervention par arthroscopie consiste à rattacher les tendons à l'os avec des ancrs et des fils, elle dure environ une heure et demie. Le taux de satisfaction est de 95%. Risques: des difficultés de cicatrisation.

Face à une lésion irréparable, dite aussi massive, les médecins proposent la pose d'une prothèse dite inversée (en principe indiquée au-delà de 65 ans seulement) ou, comme préfère le Dr Naggar, d'un ballon modérément gonflé placé entre l'humérus et l'omoplate. A noter que la rééducation après toute intervention sur la coiffe est assez longue: de trois à six mois.

* **Conférence:** «L'épaule dans tous ses états», avec les docteurs Djahangiri, Brenn et Naggar. Le 11 mars, 20 h, Hôtel Alpha Palmiers, Lausanne. Entrée libre.