



LA CHIRURGIE DE L'ÉPAULE À BOIS-CERF

L'ÉPAULE EST L'ARTICULATION LA PLUS MOBILE DU CORPS HUMAIN. COMME TOUTES LES AUTRES, ELLE PEUT SUBIR TRAUMATISMES ET AFFECTIONS CHRONIQUES DÉGÉNÉRATIVES NÉCESSITANT UNE PRISE EN CHARGE CHIRURGICALE. LE POINT SUR LES TECHNIQUES OPÉRATOIRES AVEC LE Dr STEVE BRENN, SPÉCIALISTE FMH EN CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET TRAUMATOLOGIE.

« Depuis l'apparition de la technique arthroscopique, la chirurgie de l'épaule connaît un essor important », souligne le Docteur Steve Brenn. Une technique qui évite, grâce à l'introduction percutanée d'une petite caméra, d'avoir à ouvrir une large voie d'abord, puisque le chirurgien peut contrôler son geste via un écran. Affilié à la Clinique Bois-Cerf depuis septembre 2012, le Dr Brenn y réalise plus de 200 interventions par an, la plupart de façon mini-invasive. Il était auparavant médecin-chef du service orthopédie-traumatologie de l'Hôpital Saint-Loup, où son activité se concentrait déjà uniquement sur l'épaule. Lui et le Dr Ali Djahangiri - également spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie - s'assistent

mutuellement au bloc opératoire. Ce dernier consacre en outre une partie de son activité à la chirurgie du coude.

DÉCELER LES LÉSIONS

« Près de neuf opérations sur dix consistent à réparer la coiffe des tendons rotateurs de l'épaule », souligne le Dr Brenn. Véritables « moteurs » de l'articulation, ces tendons relient les quatre muscles de l'épaule et convergent au niveau de la tête de l'humérus, la recouvrant comme une coiffe. Celle-ci peut être affectée suite à un traumatisme ou à une dégénérescence, ce qui entraîne des douleurs à la mobilisation, ainsi que des douleurs nocturnes. Pour autant, rares sont les patients qui se sentent réellement entravés dans leurs mouvements, contrairement à



95% des patients ressentent une amélioration après l'intervention chirurgicale.

effectuée sous anesthésie générale ou loco-régionale.» Dans la mesure où l'arthroscopie permet notamment d'éviter la désinsertion du deltoïde, les suites opératoires sont moins lourdes et la récupération plus rapide. La durée d'hospitalisation ne dépasse quant à elle pas quatre jours.

Autre pathologie soignée chirurgicalement: la stabilisation d'une épaule luxée. «Grâce à l'arthroscopie, il est possible d'opérer en même temps les lésions de la coiffe et les luxations. Auparavant, cela sous-entendait des voies d'abord élargies ou des opérations successives.» Lorsqu'elles sont consécutives à un traumatisme, ces affections concernent en premier lieu les sportifs et les personnes jeunes. Les personnes plus âgées souffrent quant à elles davantage de pathologies dégénératives nécessitant parfois, en dernier recours, la pose d'une prothèse.

«Quelle que soit la pathologie, il faut compter trois à six mois après l'opération afin que l'épaule fonctionne normalement. Les patients ont toutefois assez rapidement moins de douleurs.» La rééducation est donc plutôt longue et doit être progressive, afin de ne pas compromettre le rétablissement fonctionnel optimal de l'épaule opérée. ■

ce qui se passe lorsque d'autres articulations sont atteintes, notamment le genou. Tout au plus notent-ils une perte de force. «Beaucoup consultent donc très tard, voire trop tard, ce qui peut compromettre les chances de guérison» (voir encadré). Or, prises à temps, les affections de la coiffe peuvent être soignées grâce à des interventions chirurgicales donnant d'excellents résultats. «95% des patients opérés ressentent une amélioration après l'opération.» Des outils diagnostiques de plus en plus sophistiqués, associés aux compétences d'une équipe de médecins radiologues de la clinique dont la réputation dépasse les frontières européennes, permettent de révéler des pathologies indécélables il y a quelques années. «Nous utilisons notamment l'arthro-IRM, avec un protocole bien particulier. Il s'agit de prendre des images non seulement en plaçant le bras du patient en extension (c'est-à-dire le long du corps, ndlr), mais aussi en position dite ABER (abduction rotation externe - c'est-à-dire bras levé dans l'axe du corps et coude fléchi, ndlr), ce qui permet de voir des lésions partielles qui passaient autrefois inaperçues et qui ne sont pas révélées par une IRM standard.»

CHIRURGIE MOINS INVASIVE

Toutes les lésions de la coiffe des rotateurs ne sont pas des indications opératoires. Mais il est bien reconnu actuellement que les lésions transfixiantes (c'est-à-dire un «trou» dans

le tendon, ndlr), ainsi que les lésions partielles dépassant un certain pourcentage de l'épaisseur du tendon, doivent être opérées. Et ce, notamment chez les patients actifs de moins de 65 ans qui ressentent des douleurs. Chez les plus de 65 ans, un traitement conservateur bien mené sera mis en place et la cure chirurgicale ne sera proposée qu'après un échec de celui-ci.

Une fois le diagnostic posé, c'est donc une intervention chirurgicale mini-invasive sous arthroscopie qui permet la réparation de la coiffe des rotateurs. Celle-ci ne nécessite que trois à six incisions de 5 mm afin de faire passer la caméra et les instruments. «La durée de ce type d'opération n'excède en général pas une heure et demie; elle peut être

MIEUX VAUT CONSULTER SANS ATTENDRE!

Traumatisme, douleur: en cas de lésion, il est important de faire examiner son épaule au plus vite. «Contrairement au genou où la moindre lésion entraîne souvent une boiterie, on peut fonctionner à peu près normalement avec une épaule blessée, souligne ainsi le Docteur Steve Brenn. Ce qui explique pourquoi les patients attendent parfois des mois avant de consulter un médecin. Or une lésion des tendons de la coiffe des rotateurs - même minimale - a tendance à s'étendre. Ainsi, si l'on attend un peu, les résultats d'une réparation seront moins bons. Et si l'on attend trop, on ne pourra malheureusement plus rien faire. Les tissus lésés vont en effet se rétracter peu à peu, ce qui entraînera une atrophie musculaire et une usure prématurée de l'articulation. Cela est particulièrement problématique chez les personnes jeunes, car la seule solution est alors de poser une prothèse. Or, le modèle «classique» nécessite des tendons sains. Il faudrait alors recourir à une prothèse dite inversée, ce que l'on préfère éviter avant 65 ans.»