

# CHIRURGIE DE L'ÉPAULE



La chirurgie de l'épaule s'est considérablement développée avec **l'arthroscopie de l'épaule** tant du point de vue de la compréhension des mécanismes pathologiques que des possibilités techniques de traitement.

Actuellement, l'arthroscopie nous permet le traitement de la grande majorité des pathologies de l'épaule:

- réparation de la coiffe des rotateurs,
- traitement du conflit sous acromiale (bursectomie et acromioplastie)
- pathologie du tendon du long biceps (ténotomie et ténodèse du biceps)
- instabilité chronique gléno-humérale (Bankart et retension capsulaire sous arthroscopie, Dynamic Anterior Stabilization, Butée coracoïdienne sous arthroscopie, Hill-Sachs remplissage...)
- disjonction et luxation acromioclaviculaire
- arthroplastie acromioclaviculaire etc.



Le traitement chirurgical « classique » à ciel ouvert (ou chirurgie ouverte), garde des indications notamment dans les stabilisations d'épaule avec la butée d'épaule mais surtout pour le traitement de l'omarthrose avec la mise en place de **prothèse d'épaule**.

Les prothèses d'épaule se divisent en deux catégories, les **prothèses totales d'épaule anatomiques** pour les arthroses de l'épaule avec des tendons de la coiffe des rotateurs encore intacts et **les prothèses totales d'épaule inversées** pour tous les cas d'arthrose, avec des rupture massive et irréparable des tendons de la coiffe des rotateurs (omarthrose excentrée). Les techniques les plus modernes permettent aujourd'hui de pratiquer cette chirurgie après planification préopératoire en 3D mais aussi avec des systèmes de navigation peropératoire (assistance informatique).



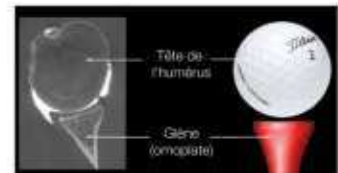
## Chirurgie et pathologies de l'épaule

Schématiquement, les pathologies de l'épaule peuvent se diviser en trois principales catégories :

### L'INSTABILITÉ DE L'ÉPAULE :



Pathologie sportive par excellence. La très grande mobilité de l'articulation de l'épaule est rendue possible par l'architecture particulière de l'articulation gléno-humérale, qui peut être comparée à une « balle de golf » (tête humérale) posée sur son « tee » (glène de l'omoplate). L'ensemble de l'articulation est entouré par la capsule articulaire, le labrum et les ligaments glénohuméraux. Ainsi, la tête humérale peut facilement « sortir de son emplacement », réalisant ainsi une luxation de l'épaule ou subluxation si elle est partielle.



### LA PATHOLOGIE TENDINEUSE :

Elle est le motif le plus fréquent de consultation pour un chirurgien de l'épaule. Elle touche les tendons de la coiffe des rotateurs qui ont pour rôle principal de maintenir la tête humérale centrée à la glène de l'omoplate. Contrairement à d'autres articulations, l'épaule s'use par ses tendons, allant de la simple tendinite, à la rupture massive et irréparable. Les tendinopathies de l'épaule peuvent faire suite à des traumatismes mais elles sont le plus souvent liées au vieillissement naturel de cette articulation (on parle « d'usure » de la coiffe des rotateurs). Le principal symptôme est la douleur.



### L'ARTHROSE DE L'ÉPAULE OU OMARTHROSE :

Elle touche l'articulation entre l'humérus et l'omoplate. On distingue schématiquement deux types d'arthrose de l'épaule:



- l'arthrose d'épaule avec coiffe des rotateurs intacte (primitive, ostéonécrose de la tête humérale, certaines séquelles de fracture...) ou omarthrose centrée.
- l'arthrose d'épaule avec destruction de la coiffe des rotateurs (sur rupture massive des tendons, certaines séquelles de fracture...) ou omarthrose excentrée.