

## Les risques :

Tout acte chirurgical expose à des risques et il est impossible d'établir une liste exhaustive des complications potentielles, ni du pourcentage de risque de chacune d'entre elles, car celles-ci varient en fonction de votre opération et de vos éventuelles pathologies associées (diabète...).

En dehors des risques liés à l'anesthésie, les principaux risques sont : hématome, infection, syndrome douloureux régional complexe (algodystrophie).

La survenue d'une infection de la zone opératoire allant jusqu'à la prothèse est une complication rare mais dont le traitement est complexe et contraignant. Une telle infection peut être favorisée par l'infection d'une autre partie du corps (dent, peau, etc.). Ces infections auront été normalement traitées avant l'intervention. Après l'opération, toute infection quelle qu'en soit la localisation doit être signalée à votre médecin traitant et prise en charge rapidement. Lorsqu'une prothèse est infectée, elle doit souvent être retirée. Elle peut alors être remplacée immédiatement, ou, selon le type d'infection, après plusieurs semaines d'un traitement antibiotique, parfois par une prothèse totale. Pour vous protéger de ce risque, l'opération a lieu dans des conditions d'hygiène très strictes et un traitement antibiotique préventif vous sera administré juste avant l'intervention (= antibioprophylaxie).

L'algodystrophie est phénomène douloureux et inflammatoire encore mal compris. Elle nécessite une prise en charge spécifique de la douleur et une rééducation adaptée. Elle est imprévisible dans sa survenue comme dans son évolution (6 à 18 mois en moyenne) et ses séquelles potentielles.

Les risques spécifiques liés aux prothèses d'épaules sont un risque exceptionnel de lésion d'un nerf lors de l'opération.

En post-opératoire, une luxation (déboitement de la prothèse), un lachage de la suture du sous scapulaire peuvent survenir.

A distance un descellement de la prothèse (perte de l'ancrage dans l'os) peut nécessiter une réopération. Actuellement La durée de vie de la prothèse est supérieure à 15 ans

L'équipe soignante dans sa globalité est à votre écoute pour répondre à toutes vos interrogations. N'hésitez pas à nous solliciter.



CENTRE HOSPITALIER  
DE VERSAILLES

## LA PROTHESE TOTALE D'EPAULE INVERSEE



**Service de Chirurgie Orthopédique  
et Traumatologique**

Chef de Service : Dr N. PUJOL

[www.versailles-orthopedie.com](http://www.versailles-orthopedie.com)



SERVICE DE CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET  
TRAUMATOLOGIQUE  
CENTRE HOSPITALIER DE VERSAILLES  
177 RUE DE VERSAILLES 78150 LE CHESNAY

POUR PLUS D'INFORMATIONS:  
[WWW.VERSAILLES-ORTHOPEDIE.COM](http://WWW.VERSAILLES-ORTHOPEDIE.COM)

PRISE DE RENDEZ-VOUS:  
01 39 63 80 20 (BUREAU CENTRAL DES RENDEZ-VOUS)  
01 39 63 93 25 / 01 39 63 87 64 (SECRÉTARIAT)  
01 39 63 89 52 (CONSULTATION PRIVÉE)  
PAR MAIL : [www.ch-versailles.fr](http://www.ch-versailles.fr)

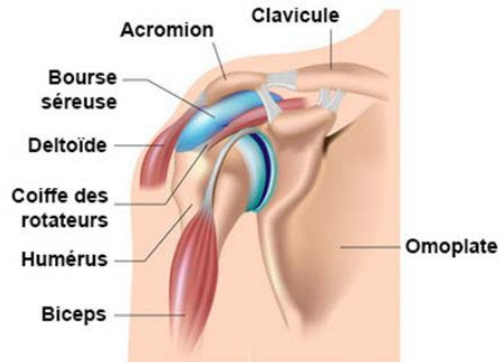
Rédigée par les Dr T. Delcourt, Dr P. Desmoineaux

## Quel est votre problème ?

L'articulation de l'épaule est la zone de glissement entre l'humérus et l'omoplate.

La zone de l'omoplate (scapula) qui s'articule avec la tête de l'humérus s'appelle la glène.

Les mobilités de l'épaule sont assurées par le deltoïde (muscle qui donne le relief de l'épaule) qui apportent la puissance et par les muscles de la coiffe des rotateurs qui initient le mouvement et la rotation. C'est une articulation qui est très mobile dans les trois plans de l'espace.



L'omarthrose est l'arthrose de l'épaule. L'arthrose est une usure prématurée du cartilage qui a pour conséquence une destruction progressive de l'articulation.

Il existe deux types d'omarthrose :

- L'omarthrose centrée correspond à une destruction isolée de l'articulation
- L'omarthrose excentrée correspond à une destruction de l'articulation associée à une rupture des tendons de la coiffe des rotateurs.



## Comment se manifeste l'omarthrose ?

Cliniquement l'omarthrose se manifeste par un enraidissement progressif de l'épaule associé à des douleurs et une perte de force lors de l'utilisation du bras. Il peut y avoir des craquements et des blocages.

Une radiographie standard de l'épaule de face et de profil permet de confirmer le diagnostic. Un scanner ou une IRM peut être demandé en complément par le chirurgien pour programmer l'intervention chirurgicale. Ils permettent d'apprécier l'importance de l'usure, le centrage de la tête, et l'état des muscles de la coiffe des rotateurs.

## Qu'est-ce qu'une prothèse d'épaule ?

Une prothèse d'épaule consiste à remplacer l'articulation détruite par une articulation artificielle. Dans le cas de l'épaule on remplace la tête de l'humérus et la glène.

En fonction du type d'arthrose il existe deux types de prothèse :

- La prothèse anatomique pour l'omarthrose centrée
- La prothèse inversée pour l'omarthrose excentrée

Lorsque les muscles de la coiffe des rotateurs sont rompus, il n'est pas possible de mettre en place une prothèse anatomique car les moteurs de la prothèse sont absents.

C'est l'épaule pseudo-paralytique.

Dans ce cas il faut mettre en place une prothèse inversée d'épaule. On implante dans la glène une sphère et dans l'humérus une cupule. La prothèse fonctionne alors avec le deltoïde uniquement.



## L'opération qui vous est proposée :

L'intervention se déroule sous anesthésie générale, elle dure en moyenne 1h30. Juste avant l'opération l'anesthésiste pratiquera un bloc anesthésique qui permet « d'endormir » l'épaule. Cela permet de diminuer la quantité de médicaments administrés pendant l'anesthésie générale et de soulager les douleurs au réveil.

Actuellement cette opération peut être réalisée en chirurgie ambulatoire ou lors d'une courte hospitalisation de deux jours.

## Après l'opération :

Après l'opération une immobilisation par simple écharpe est proposée pour les douleurs pendant quelques jours. La rééducation est débutée dans les jours qui suivent l'opération. L'objectif est de retrouver les mobilités articulaires de l'épaule. La rééducation est effectuée en hôpital de jour pour bénéficier de séances de balnéothérapie et d'ergothérapie, elle peut également être réalisée en ville ou en hospitalisation conventionnelle.

En post-opératoire immédiat, le patient est incité à utiliser sa main et son coude immédiatement (main-bouche). Des mouvements d'autorééducation en pendulaire, circulaire, penché en avant sont enseignés, à réaliser cinq fois par jour, dix fois dans chaque sens. L'objectif est de récupérer son autonomie le plus rapidement possible pour la toilette, l'alimentation, l'habillage (enfiler la manche du côté opéré d'abord et l'inverse pour le déshabillage). La position sur le côté et sur le ventre la nuit n'est pas possible avant 1 mois.

La récupération se fait entre 2 et 6 mois. La conduite automobile sera envisagée au plus tôt à partir de 1 mois. A distance à partir de 4 mois les activités de loisir sont débutées, le golf est plus conseillé que le tennis.