

Indications chirurgicales de l'épaule après 60 ans
L. NOVÉ-JOSSERAND
Centre Orthopédique SANTY

Après 60 ans, les fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus résument la traumatologie de l'épaule, l'instabilité gléno-humérale devenant rare. Le traitement orthopédique reste le plus souvent indiqué dans la mesure où le déplacement n'est pas majeur et les rapports anatomiques relativement respectés. Le traitement chirurgical, volontiers difficile, se répartit entre ostéosynthèse, prothèse anatomique fracture avec reconstruction des tubérosités humérales et prothèse inversée, très séduisante chez les plus âgés.

La pathologie dégénérative prédomine avec 2 grands groupes :

1- La pathologie de la coiffe

- 1-1- La réparation de la coiffe sous arthroscopie.
Réputée difficile en terme de suite, la réparation de la coiffe des rotateurs a beaucoup bénéficié de l'apport de l'arthroscopie pour faciliter les suites opératoires et étendre ses indications. L'âge représente un facteur pronostic certain mais pas rédhibitoire (âge physiologique). La taille de la rupture (nombre de tendon concerné, degré de rétraction tendineuse) ainsi que la dégénérescence musculaire, étudiés sur l'arthroscanner ou l'IRM, sont les principaux facteurs pronostics décisionnels.
- 1-2- Le débridement tendineux et acromioplastie arthroscopique
Devant une rupture de la coiffe non réparable, il est possible le plus souvent de proposer un geste limité sous arthroscopie, purement palliatif vis-à-vis de la douleur, en cas d'échec du traitement médical. Débridement tendineux avec en particulier la ténotomie du long biceps et acromioplastie sont discutés en fonction de la lésion.
- 1-3- Les indications rares : transfert tendineux du grand dorsal
Devant un déficit de rotation externe actif, véritable handicap dans la vie quotidienne (impossibilité de manger et boire), il est possible de proposer un transfert du grand dorsal dans certaines conditions très précises. L'objectif est de récupérer l'indolence et la rotation externe active (partiellement) mais le manque de force est définitif.

2- L'arthrose gléno-humérale

- 2-1- L'omarthrose centrée
Il s'agit d'une arthrose gléno-humérale avec une coiffe saine. Dans près de la moitié des cas, l'usure de la glène est asymétrique, postérieure. La prothèse totale anatomique donne des résultats fiables et réguliers. L'indolence est obtenue et la fonction améliorée autorisant la reprise d'une vie active raisonnée (golf, etc.). Les facteurs de mauvais pronostic sont une usure asymétrique importante associée à une subluxation humérale postérieure, une rupture de coiffe significative avec dégénérescence musculaire.

2-2- L'omarthrose excentrée

Il s'agit d'une arthrose avec rupture de coiffe étendue dont la conséquence est une excentration de la tête humérale soit frontale avec pincement sous-acromial (parfois véritable arthrose sous-acromiale), soit horizontale. La « cuff tear arthropathy » ou épaule sénile hémorragique est l'évolution ultime défavorable de cette pathologie. Dans ce contexte qui représentait auparavant une impasse thérapeutique, la prothèse totale inversée donne d'excellents résultats aujourd'hui fiabilisés. L'indolence est obtenue et la fonction améliorée permettant la reprise d'une vie quotidienne confortable mais limitée (manque de force définitif, limitation de certaines amplitudes articulaires). Réservée aujourd'hui aux plus âgés, cette intervention soulage et permet d'éviter la dépendance. Le principe repose sur une deltoïde fonctionnel qui devient le moteur de l'épaule quelque soit l'état de la coiffe des rotateurs.