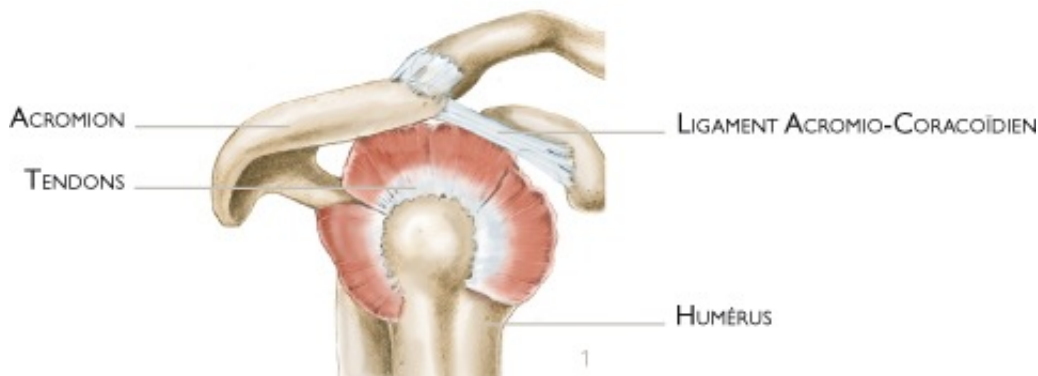


Acromioplastie

Le problème : Conflit sous acromial

L'épaule correspond à l'articulation entre l'omoplate et l'humérus. La partie supérieure de l'humérus constitue une tête qui pivote dans un creux de l'omoplate qui est la glène. L'acromion est une partie de l'omoplate qui forme avec le Ligament Acromio-Coracoïdien une voûte au dessus de l'articulation. Les tendons de la coiffe relient les muscles à l'os. Ils s'insèrent autour de la tête de l'humérus et coulissent entre la tête et l'acromion lors des mouvements de l'épaule (figure 1).



Un acromion épais avec une forme courbe constitue parfois un vrai bec osseux qui réduit l'espace de glissement et irrite les tendons (figures 2 et 5). Le conflit sous acromial est un contact excessif et répété entre les tendons et l'acromion. Il engendre une inflammation des tendons et peut aboutir à leur rupture. Il se manifeste par une douleur voire une baisse de la mobilité ou une difficulté à lever le bras.

Le traitement médical associe anti-douleurs et anti-inflammatoires. Une infiltration peut être proposée visant à diminuer l'inflammation des tendons. Enfin, la kinésithérapie aura pour but de diminuer le frottement en abaissant la tête de l'humérus.

En cas d'évolution défavorable avec ces différents traitements, se pose alors la question d'une intervention. Elle consiste à raboter l'acromion et élargir l'espace de glissement pour lever le conflit. L'inflammation tendineuse va alors diminuer, ce qui conduit au soulagement de la douleur et à la récupération de la mobilité et l'utilisation normale du bras.

L'intervention : Acromioplastie

L'intervention est réalisée sous arthroscopie, c'est à dire sans ouvrir l'articulation. Deux ou trois petites incisions de 5 mm chacune sont réalisées autour de l'épaule. Une petite caméra est introduite par l'une d'entre elles pour visualiser l'articulation. Des petits instruments sont introduits par les autres incisions pour réaliser le geste chirurgical.

L'acromion et le Ligament Acromio-Coracoïdien sont individualisés. Le Ligament Acromio-Coracoïdien est détaché de l'acromion (figure 3). La partie agressive de l'acromion responsable du conflit est délimitée, puis réséquée à l'aide d'une fraise motorisée qui rabote et aspire les débris osseux (figure 4).

En fin d'intervention, on vérifie que l'acromion est plat et que le conflit est levé (figures 6 et 7).

En cas de rupture tendineuse découverte lors de l'intervention, elle sera réparée dans le même temps opératoire.

L'intervention est réalisée sous anesthésie générale. Une anesthésie loco-régionale peut y être associée. Elle dure en moyenne une demie-heure et nécessite une hospitalisation d'environ 2 jours. Après l'opération, un pansement stérile ainsi qu'une attelle sont mis en place.

Le traitement de la douleur sera mis en place, surveillé et adapté de manière très rapprochée dans la période post-opératoire.

La rééducation post-opératoire et la reprise des activités

Le lendemain de l'intervention, le kinésithérapeute vous aide à mobiliser votre épaule. L'attelle est rapidement abandonnée en quelques jours. La rééducation se fait chez votre kinésithérapeute.

La reprise du volant est envisageable vers le 15ème jour. Celle du travail survient en général pendant le 2ème mois et cela en fonction de votre profession, une activité de bureau pouvant être plus précoce.

La reprise des activités sportives ne sollicitant pas l'épaule est envisageable au 2ème mois. Il faut souvent attendre le 4ème mois pour reprendre tous les sports notamment ceux sollicitant votre épaule.

Les risques et les complications

En plus des risques communs à toute intervention chirurgicale et des risques liés à l'anesthésie, notons quelques risques plus spécifiques à cette chirurgie :

Une raideur articulaire peut se développer si la rééducation post-opératoire n'est pas bien prise en charge.

Des réactions inflammatoires post-opératoires peuvent occasionner des douleurs importantes et un ralentissement de la rééducation. Ces réactions exacerbées correspondent parfois à une algodystrophie. Cette complication bien que rare, reste très longue à guérir. Cependant, de nouveaux traitements existent et permettent de la gérer plus facilement.

La survenue d'une infection reste exceptionnelle. Cette complication connue nécessite un lavage du site opératoire et la mise sous antibiotiques plus ou moins longue avec éventuellement une reprise chirurgicale.

Il est possible que la zone opérée saigne après l'intervention et qu'il se forme un hématome. En fonction de son importance, une évacuation peut s'avérer nécessaire.

Les nerfs qui entourent l'épaule peuvent être accidentellement blessés. Cette complication très exceptionnelle peut occasionner une douleur et une perte de la sensibilité de certaines parties du bras.

Les risques énumérés ne constituent pas une liste exhaustive. Votre chirurgien donnera toute explication complémentaire et se tiendra à votre disposition pour évoquer avec vous chaque cas particulier avec les avantages, les inconvénients et les risques de l'intervention.

Les résultats

Le délai de la disparition des douleurs est variable. La récupération complète survient en général entre 3 et 6 mois.

Le résultat final dépend surtout de l'ancienneté des douleurs et de l'état des tendons. Les souffrances anciennes sur tendons abimés procurent les moins bons résultats.

Plus de 85% des patients sont néanmoins satisfaits de leur intervention. L'amélioration concerne les douleurs et la fonction de l'épaule. Les résultats sont maintenus dans le temps et une intervention sur les tendons s'avère nécessaire dans moins de 10% des cas après 25 ans.