

La prothèse d'épaule : résultats comparatifs des principales pathologies chroniques

L. Nové-Josserand, G. Walch, Clinique Sainte Anne Lumière -
85, cours Albert Thomas - 69003 Lyon
P. Boileau, Hôpital Archet 2 - CHU Nice - 06000 Nice

Le but de l'étude est d'étudier, en les comparant, les résultats de la prothèse d'épaule mise en place pour des pathologies chroniques dégénératives ou inflammatoires.

Matériel et méthodes : 1 167 épaules opérées d'une prothèse d'épaule par 57 équipes chirurgicales pour une pathologie chronique ont été étudiées. L'étiologie initiale était une omarthrose primitive dans 766 cas, une arthrite rhumatoïde dans 179 cas, une ostéonécrose avasculaire dans 80 cas et une omarthrose excentrée secondaire à une rupture de coiffe dans 142 cas. Chaque épaule a été étudiée sur le plan clinique et radiographique en pré-opératoire. A la révision, le recul minimum était de 2 ans. Un score de Constant brut et pondéré par le sexe et l'âge a été établi pour chaque épaule en post-opératoire.

Les résultats sont rapportés pour chaque étiologie en les comparant et en essayant de dégager les caractéristiques liées aux groupes étiologiques.

Résultats : le meilleur score de Constant brut post-opératoire est obtenu pour l'ostéonécrose avasculaire et l'omarthrose primitive (70 points sur 100), alors que le résultat pondéré est favorable à l'omarthrose primitive (% contre %) du fait d'une moyenne d'âge plus élevée (% contre %). L'élévation antérieure active post-opératoire est de 142° pour l'omarthrose primitive et de 143° pour l'ostéonécrose.

Pour l'omarthrose primitive, les résultats montrent que les femmes (75% de la population) s'opèrent plus tard (69 ans contre 64 ans), sont plus douloureuses en pré-opératoire et présentent plus de ruptures de la coiffe. Cependant, l'existence d'une rupture isolée du supraspinatus n'influe pas sur le résultat final, au contraire de la dégénérescence musculaire de l'infraspinatus. Dans cette étiologie, la prothèse totale d'épaule améliore de façon significative le résultat final, par rapport à la prothèse humérale simple.

L'arthrite rhumatoïde obtient un score inférieur (56 points), correspondant en fait à des situations cliniques très différentes en fonction de l'état clinique et du stade évolutif pré-opératoire. L'élévation antérieure active post-opératoire est de 120°. Les résultats dépendent de la coiffe des rotateurs, qui est souvent déficiente malgré l'absence de rupture dans cette étiologie, et de la destruction articulaire notamment glénoïdienne.

Pour l'omarthrose excentrée secondaire à une rupture de la coiffe, les résultats des prothèses totales inversées (80 cas) sont supérieurs à ceux des prothèses humérales simples (62 cas) : 65 points contre 46 points, alors que les populations pré-opératoires étaient semblables. Tous les paramètres de score de Constant sont améliorés par la prothèse inversée, sauf la rotation externe et interne.

Conclusion : en pathologie chronique, dégénérative ou inflammatoire, la prothèse d'épaule donne des résultats satisfaisants et maintenant fiables, avec un taux de satisfaction oscillant entre 80 et 90%. Toutes étiologies confondues, le gain obtenu est de 35 points, permettant d'améliorer le score de Constant pré-opératoire de 39 points à 64 points en moyenne.

L'analyse détaillée de chaque étiologie permet de préciser les indications et de souligner les facteurs de mauvais pronostic à éviter.