

Relecture scientifique
Société française de
chirurgie orthopédique et
traumatologique (SOFCOT)

Relecture juridique
Médecins experts SOFCOT

Relecture déontologique
Médecins Conseil national de
l'ordre des médecins (CNOM)

Relecture des patients
Collectif inter associatif
sur la santé (CISS)
Association française de lutte
anti-rhumatismale (AFLAR)



Persomed
7 rue Ste Odile BP 62
67 302 Schiltigheim
tél.: 03 89 41 39 94
fax : 03 89 29 05 94

Traitement endoscopique des calcifications de l'épaule



**Fonds documentaire
d'information patient**

Persomed



Tous droits réservés
ISBN 2-35305-082-4

**Chirurgie
orthopédique**

2006

www.persomed.com

Rédaction : D. Gosset

Illustration : J. Dasic

*Code de la Santé Publique
Article L1111-2*

*Toute personne a le droit d'être informée
sur son état de santé.*

*Cette information porte sur les différentes
investigations, traitements ou actions
de prévention qui sont proposées, leur
utilité, leur urgence éventuelle, leurs
conséquences, les risques fréquents ou
graves normalement prévisibles qu'ils
comportent ainsi que sur les autres
solutions possibles et sur les conséquences
prévisibles en cas de refus.*

Madame, Monsieur,

L'objectif de ce document est de vous donner
les réponses aux questions que vous vous
posez.

Il ne présente cependant que des généralités.
Il ne remplace pas les informations que vous
donne votre médecin sur votre propre état de
santé.

Quelle partie du corps?

Utilité de cette partie du corps ?

Une **articulation** est l'endroit où plusieurs os sont reliés tout en pouvant bouger les uns par rapport aux autres dans certaines directions.

L'**épaule** est une articulation qui relie le bras au reste du squelette. Elle permet les mouvements du bras et de la main dans toutes les directions.

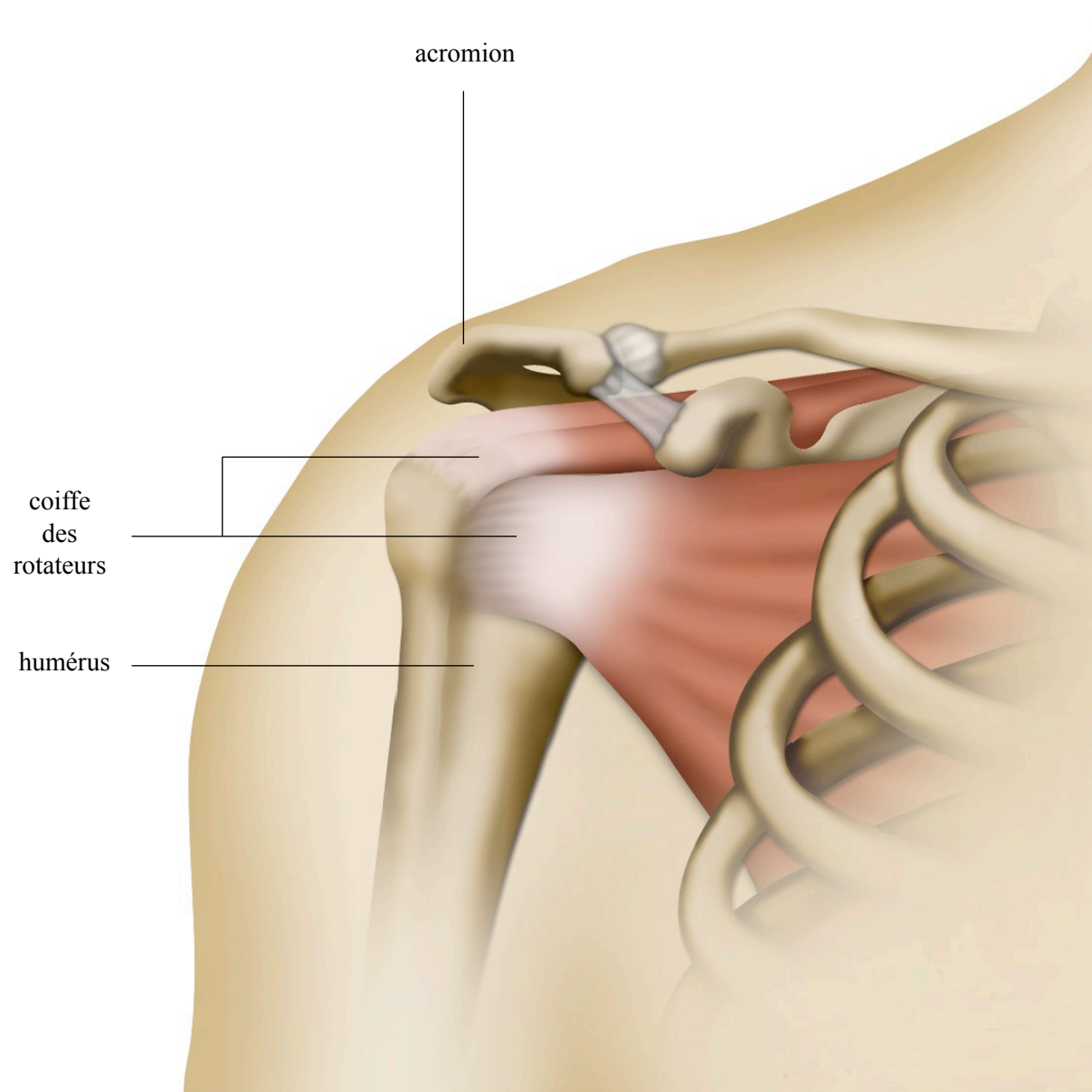
De quoi est-elle constituée ?

L'épaule correspond à l'endroit où la partie haute de l'os du bras (**humérus**) s'emboîte dans un creux (la **glène**) situé dans un autre os (l'**omoplate**).

Une autre partie de l'omoplate, l'**acromion**, forme une voûte au-dessus de l'articulation. (C'est la petite bosse que l'on peut sentir en passant la main sur le dessus de l'épaule).

De nombreux muscles, liés aux os par des tendons, entourent l'articulation et permettent ses mouvements. Parmi ces muscles, ceux appelés **coiffe des rotateurs** passent entre le haut de l'humérus et le dessous de l'acromion.

Ces muscles doivent fonctionner de manière bien coordonnée pour que l'épaule tourne correctement et reste bien centrée, quelle que soit la direction dans laquelle on l'utilise.



Pourquoi faut-il traiter ?

Quel est le problème ?

Dans votre épaule, sur les **tendons de la coiffe des rotateurs** se trouvent de petits dépôts semblables à de la craie. Ils sont constitués de **calcium** : ce sont des **calcifications**.

On ne sait pas encore bien expliquer l'origine de cette maladie ni la façon dont elle évolue.

Pour une raison souvent inconnue, le tendon forme une calcification. Cette calcification peut être très grosse ou très petite. Quelquefois il y en a plusieurs.

Au début cela ne fait pas mal du tout. Vous ne vous en rendez pas compte, parfois même pendant plusieurs années.

Puis, au bout d'un temps variable, le tendon « digère » cette calcification car il ne la supporte plus.

Le processus peut être très rapide (quelques jours) ou très long (plusieurs années).

Généralement, le tendon parvient à éliminer l'ensemble de la calcification.

Quelles sont ses conséquences ?

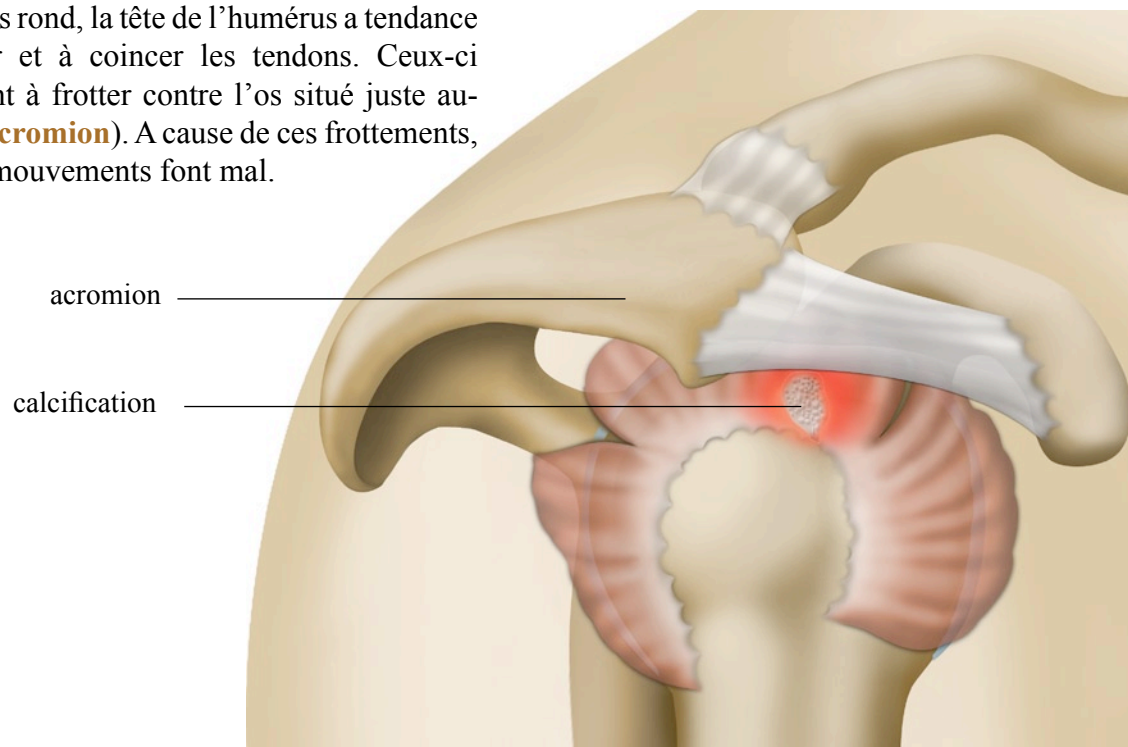
Cette « digestion » entraîne une irritation douloureuse (**inflammation**) du tendon. Selon les cas, cela fait plus ou moins mal, pendant plus ou moins longtemps. La douleur peut venir par crises, de jour comme de nuit. Elle dépend aussi de votre âge, de l'état de vos muscles et de vos tendons et du travail effectué chaque jour par votre épaule. Cela n'a rien à voir avec la gravité du problème.

Un mauvais fonctionnement de l'épaule peut aggraver les douleurs. Si l'articulation ne tourne pas rond, la tête de l'humérus a tendance à monter et à coincer les tendons. Ceux-ci se mettent à frotter contre l'os situé juste au-dessus (**acromion**). A cause de ces frottements, certains mouvements font mal.

Quels examens faut-il passer ?

Votre médecin vous fait passer des radiographies de l'épaule, à intervalles réguliers. Cette technique utilise des rayons (les **rayons X**) pour visualiser l'intérieur du corps. Elle permet de voir les calcifications. Leur taille et leur aspect sont très variables.

C'est en observant leur apparence et leur évolution dans le temps que l'on obtient des informations sur le stade de digestion des calcifications, sa rapidité, et leur éventuelle disparition.



Les différents traitements

Les traitements médicaux...

Les médicaments luttent contre la douleur et l'irritation (**inflammation**) pendant les phases difficiles.

La réalisation d'une **infiltration** dans l'épaule est parfois utile. Il s'agit de faire passer, grâce à une seringue, un produit contre l'inflammation directement dans l'articulation.

Si vous évitez d'utiliser votre épaule parce que celle-ci vous fait mal, elle risque de devenir raide. C'est pourquoi des exercices (**rééducation**) réalisés auprès d'un spécialiste du mouvement (**kinésithérapeute**) sont utiles pour préserver la souplesse de l'articulation et diminuer la douleur.

... et leurs limites

Le traitement médical est là pour vous aider jusqu'à la disparition des calcifications, mais ce n'est pas lui qui les élimine.

Il limite simplement la douleur et les difficultés pour bouger l'épaule en attendant que le problème soit résolu.

Il se peut que vous continuiez à avoir mal malgré tout. Il est alors parfois souhaitable d'envisager un geste, chirurgical ou non.

Les traitements chirurgicaux...

Le but du traitement chirurgical est d'enlever le plus possible de la calcification. Parmi les multiples méthodes possibles, votre médecin vous propose celle qu'il juge la mieux adaptée à votre situation.

Ce fascicule présente le traitement des calcifications de l'épaule par **arthroscopie** (ou **endoscopie**). Il s'agit de faire de petits trous dans votre épaule et d'y introduire un dispositif pour regarder à l'intérieur puis des instruments chirurgicaux, sans véritablement ouvrir l'articulation.

... et leurs limites

L'opération ne permet pas toujours d'enlever toutes les calcifications : certaines sont inaccessibles et d'autres ne peuvent pas être complètement retirées.

Les risques si on ne traite pas

Votre médecin est le mieux placé pour évaluer ce que vous risquez en l'absence de traitement. N'hésitez pas à en discuter avec lui.

La douleur peut persister, rendant les mouvements difficiles. Si vous ne bougez pas assez votre épaule celle-ci risque de devenir raide.

Quand faut-il opérer ?

Souvent le tendon arrive à faire disparaître la calcification, même si cela se produit sur une durée très longue (parfois plusieurs années). Il n'est alors pas nécessaire d'opérer.

Mais lorsque le tendon n'arrive pas à faire disparaître la calcification, ou lorsque de nouvelles calcifications apparaissent, la douleur et les problèmes pour bouger l'épaule persistent et deviennent difficiles à supporter.

Il arrive aussi que la calcification soit éliminée sans que le mauvais fonctionnement de l'épaule et la douleur disparaissent pour autant.

Dans tous ces cas, votre médecin peut vous proposer un geste. Il en existe de nombreux (**évacuation du calcium sous contrôle radiologique, désintégration par appareil externe**, etc.). Ils ont tous des avantages et des inconvénients que votre médecin est en mesure de vous expliquer.

Seul le chirurgien est en mesure de savoir si une intervention est vraiment nécessaire. Certains patients pensent avoir absolument besoin d'être opérés car ils ont très mal et de grosses difficultés pour bouger l'épaule. Or, si la calcification est en train de disparaître, ce n'est pas forcément le moment.

L'opération qui vous est proposée

Introduction

Il s'agit d'enlever des dépôts semblables à de la craie (**calcifications**) sur les tendons de votre épaule.

Il existe de nombreuses méthodes. La technique présentée ici (**technique endoscopique** ou **arthroscopie**) est considérée comme efficace et peu agressive.

Avant l'opération

Il faut essayer de préserver la souplesse de votre épaule et de renforcer ses muscles, même si les mouvements vous font un peu mal.

L'anesthésie

Avant l'opération, vous prenez rendez-vous avec le **médecin anesthésiste-réanimateur** qui vous examine, propose une méthode adaptée pour vous insensibiliser et vous donne des consignes à respecter.

Au cours de l'intervention soit vous dormez complètement (**anesthésie générale**), soit on n'insensibilise que votre épaule (**anesthésie loco-régionale du membre supérieur**).

L'installation

L'intervention se pratique dans une série de pièces (le **bloc opératoire**) conformes à des normes très strictes de propreté et de sécurité.

Vous êtes installé sur la table d'opération, soit assis, soit allongé sur le côté.

Il existe des variantes techniques parmi lesquelles votre chirurgien choisit en fonction de votre cas et de son savoir-faire.

Au cours de l'opération, il doit s'adapter et éventuellement faire des gestes supplémentaires qui rallongent l'opération sans qu'elle soit pour autant plus difficile ou plus risquée.

L'ouverture

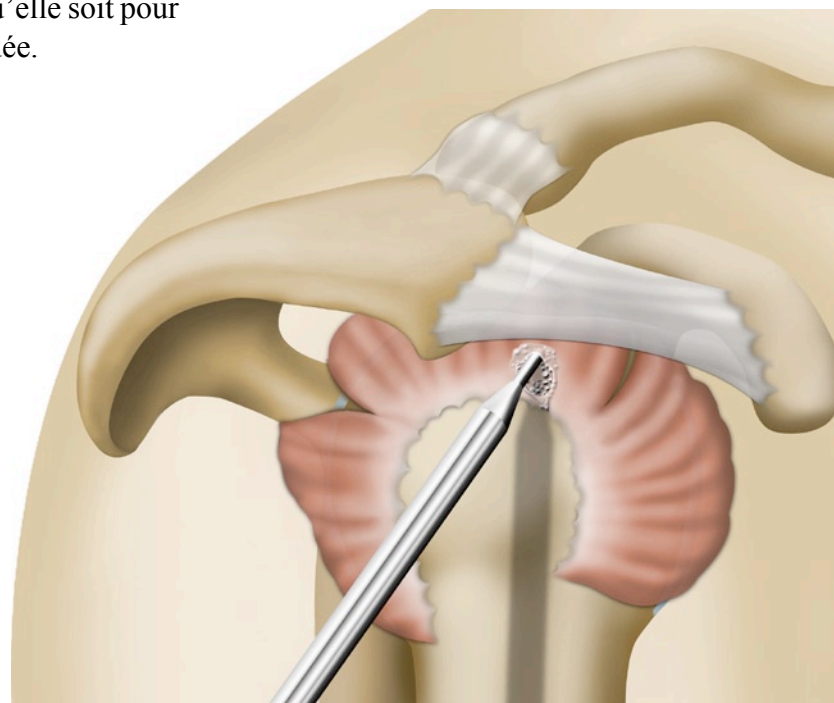
Votre médecin utilise un petit câble (**fibre optique**) relié à une caméra vidéo pour regarder à l'intérieur de votre épaule (**arthroscopie**).

Pour le faire passer, ainsi que ses instruments, il doit faire deux à quatre ouvertures. Les cicatrices après l'opération sont toutes petites.

Le geste principal

Le chirurgien examine l'intérieur de votre épaule. Il vérifie ainsi l'état de l'ensemble de l'articulation, et localise la (ou les) calcification(s). Celle-ci est enveloppée dans une sorte de poche qu'il ouvre et vide au maximum. La consistance de la calcification est très variable : elle peut être pâteuse, former de petits cristaux, ou les deux à la fois.

Un liquide de lavage permet de nettoyer la zone opérée et d'évacuer la plupart des petits fragments de calcium.



Les gestes associés

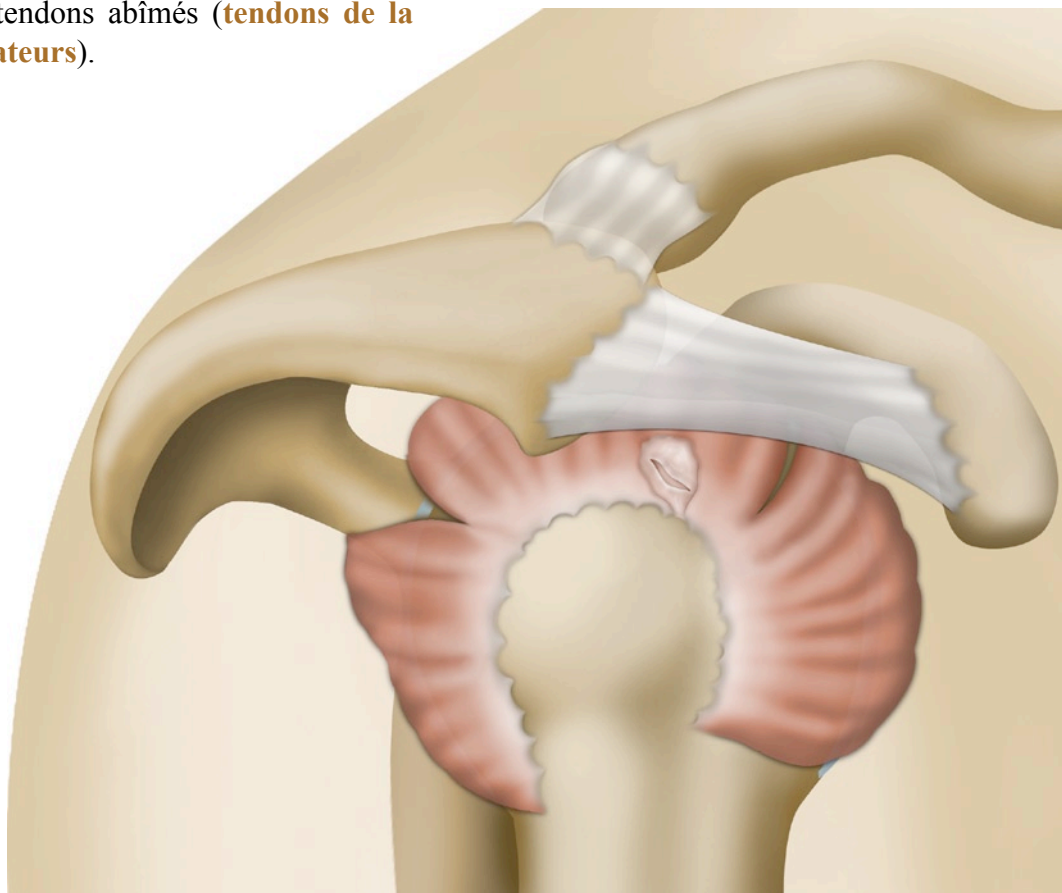
Si nécessaire, votre chirurgien peut aussi :

- fermer la poche qui contenait les calcifications une fois celle-ci vidée. Ce n'est pas systématique mais c'est parfois utile.
- enlever quelques millimètres à la partie inférieure de l'os acromion pour diminuer les risques de frottement avec les tendons (**acromioplastie**).
- réparer des tendons abîmés (**tendons de la coiffe des rotateurs**).

La fermeture

Pour refermer, le chirurgien utilise des fils, de petites bandes collantes ou un simple pansement.

Il est normal que la zone opérée produise des liquides (sang...). Si c'est nécessaire pour qu'elle reste saine, on met en place un système (drainage), par exemple un petit tuyau, afin que ces fluides s'évacuent après l'intervention. Vous ne le gardez que quelques heures.



La durée de l'opération

La durée de cette opération peut varier beaucoup sans que son déroulement pose un problème particulier, car elle dépend de nombreux facteurs (la méthode utilisée, le nombre de gestes associés...).

Habituellement, elle dure entre vingt minutes et une heure. Il faut compter en plus le temps de la préparation, du réveil...

Faut-il une transfusion?

Non, c'est une intervention pendant laquelle le patient saigne très peu. Il n'est habituellement pas nécessaire de redonner du sang (**transfusion**).

Dans les jours qui suivent...

Douleur

Chaque organisme perçoit différemment la douleur. Habituellement, elle est légère et des traitements adaptés permettent de la contrôler.

Si recommencez rapidement à bouger votre épaule, cela fait plus mal, mais c'est aussi ce qui diminue le risque de raideur de l'articulation.

Si la douleur vous paraît trop importante, n'hésitez pas à en parler à l'équipe médicale qui s'occupe de vous, il existe toujours une solution.

Fonction

Selon votre cas, vous pouvez être immédiatement autorisé à bouger l'épaule, ou au contraire avoir votre bras immobilisé quelque temps, par exemple dans une écharpe.

Autonomie

Il n'y a aucune règle en ce qui concerne la rapidité de la récupération. Certains patients peuvent lever le bras dans les jours qui suivent, tandis que d'autres mettent plusieurs semaines sans que cela remette en cause la réussite de l'opération.

Retour à domicile

En général l'hospitalisation dure un à trois jours. Cela dépend de l'établissement dans lequel vous êtes soigné mais surtout de votre cas et de votre état de santé.

Le suivi

Il faut suivre rigoureusement les consignes de votre médecin. Allez aux rendez-vous qu'il vous programme, et passez les examens qu'il vous propose. C'est important.

Souvent, on fait une **radiographie** pour contrôler le résultat de l'opération. Il reste parfois une image de calcification. Ne vous inquiétez pas, c'est parce qu'il y a encore de petits morceaux de calcification dans les creux du tendon. Ce n'est pas un problème, le tendon finit le nettoyage tout seul.

Principaux soins

Les fils (ou bandes collantes) sont enlevés au bout d'une dizaine de jours.

Un spécialiste (**kinésithérapeute**) (ou votre médecin) vous apprend des mouvements à faire avec votre épaule (**rééducation**). Pour que l'opération donne un bon résultat, il est essentiel de suivre ses recommandations et de bien faire vos exercices, sans quoi votre épaule risque de devenir raide et de rester douloureuse plus longtemps.

Le résultat

Fonction

L'objectif est de vous permettre de bouger normalement l'épaule sans douleur. Mais les bénéfices de l'opération peuvent être limités par l'état de votre articulation et de vos tendons (qui peuvent avoir été abîmés par une chute ou tout simplement par le vieillissement).

En général, vous pouvez bouger normalement votre épaule, si son état le permet, un à trois mois après l'intervention.

Douleur

Même pour une opération parfaitement réussie, le moment où la douleur diminue et disparaît varie beaucoup selon les patients.

Certains se disent soulagés en quelques jours, d'autres ne sont pleinement satisfaits qu'au bout de plusieurs mois.

Autonomie

Tout dépend de votre âge et de la vitesse à laquelle votre articulation récupère. Votre médecin est le mieux placé pour indiquer quand reprendre vos activités et les risques qu'elles représentent.

Les risques

L'équipe médicale qui s'occupe de vous prend toutes les précautions possibles pour limiter les risques, mais des problèmes peuvent toujours arriver.

Nous ne listons ici que les plus fréquents ou les plus graves parmi ceux qui sont spécifiques de cette intervention.

Pour les risques communs à toutes les opérations, reportez-vous à la fiche « les risques d'une intervention chirurgicale ».

Les risques liés à l'anesthésie sont indiqués dans le fascicule « anesthésie ».

En cas de problème...

Si vous constatez quelque chose d'anormal après l'opération (douleur, décoloration de la peau, sensations bizarres...), n'hésitez pas à en parler à votre chirurgien, même si cela vous semble peu important.

Il est en mesure de vous aider au mieux puisqu'il connaît précisément votre cas.

Pendant l'intervention

Des muscles, des tendons, des ligaments, des nerfs ou des vaisseaux sanguins peuvent être abîmés accidentellement, avec pour conséquence :

- des saignements importants (**hémorragie**) ou la formation d'une poche de sang (**hématome**) ;

- un risque de paralysie ou de perte de sensibilité de certaines parties du bras si on ne parvient pas à réparer les nerfs.

Parfois, on ne s'en aperçoit qu'après l'intervention. Heureusement cela reste exceptionnel.

Certaines de ces complications peuvent nécessiter des gestes complémentaires ou une nouvelle opération. Rassurez-vous, votre chirurgien les connaît bien et met tout en œuvre pour les éviter.

En fonction de votre état de santé, vous êtes plus ou moins exposé à l'un ou l'autre de ces risques.

Après l'intervention

L'invasion de la zone opérée par des microbes (**infection**) est extrêmement rare. Elle peut être très longue à traiter, entraîner une raideur de l'articulation, ou atteindre l'os et revenir régulièrement (**infection chronique**).

Rassurez-vous, c'est tout à fait exceptionnel. Pour éviter ce risque, il ne faut pas être malade (porteur de microbes) dans la période qui entoure l'opération.

Des petits bouts de sang solidifié (**caillots**) peuvent se former et se coincer dans les veines du bras (**phlébite**), ou des poumons (**embolie**). Quand le médecin juge que ce risque est important il vous donne un traitement pour l'éviter.

Si votre épaule est immobilisée après l'opération, elle reste parfois un peu raide quelque temps.

Dans le pire des cas, il y a une réaction de l'os et de l'ensemble du bras qui enfle, devient raide et rouge (**algodystrophie**). Rassurez-vous, ce genre de problème, parfois très long à guérir, est exceptionnel. Il peut arriver après tout traumatisme du bras, pas uniquement après une opération.

De nouvelles calcifications peuvent apparaître par la suite, mais c'est très rare.