

INDICATIONS CHIRURGICALES

LE SYNDROME D'ACCROCHAGE D'ÉPAULE

La **bourse** est un tissu normal situé entre l'articulation de l'épaule et l'acromion, dans l'espace sous acromial. La bourse aide aux tendons de la coiffe de glisser sous l'acromion sans frotter. Le syndrome d'accrochage d'épaule décrit la condition quand les tendons de la coiffe des rotateurs (le sus épineux, sous épineux et parfois même le petit rond) **frottent trop fortement contre la surface inférieure de l'acromion et cause la bourse de grossir et devenir douloureuse.**

La bursite répond très bien au traitement non opératoire et la plupart des patients vont voir leur douleur s'améliorer de beaucoup après **quatre à six mois de ce traitement.**

Le traitement non opératoire consiste en éviter les activités douloureuses, l'utilisation occasionnelle de la glace et les anti-inflammatoires (advil, motrin), les traitements de physiothérapie et l'injection de cortisone (1 à 3 fois) (qui peut diminuer et guérir la bursite).

L'opération est réservée aux patients qui :

Ont **échoué le traitement conservateur et ont des symptômes sévères.** Il est aussi suggéré pour ceux qui doivent éviter presque toute activité physique afin d'obtenir le confort.

Les **symptômes sévères** sont la douleur au repos, la douleur qui empêche le sommeil et/ou le travail. Elle est typiquement de plus ou égale à 5/10 en intensité et interfère avec beaucoup d'activités quotidiennes.

Il est plus prudent de ne pas opérer ceux qui ont des douleurs mineur (0-3/10) et/ou inféquentes étant donné que la douleur de ce type n'est souvent pas soulagée par l'opération et pourrait même être légèrement empirée.

L'opération consiste à enlever une partie de la surface inférieure de l'acromion pour augmenter l'espace entre l'acromion et la coiffe—c'est à dire faire une acromioplastie.

LA TENDINITE CALCIFIANTE

La tendinite calcifiante décrit la situation quand les tendons de la coiffe se calcifient avec sur utilisation. La calcification peut faire mal, peut augmenter la taille du tendon et peut contribuer au ou créer un syndrome d'accrochage. La tendinite calcifiante est souvent associée à la bursite. Le traitement conservateur consiste à traiter la bursite (voir ici-haut) et parfois à la résection du calcium par **lavage calcique** (un traitement fait en radiologie si le calcium douloureux est d'une taille plus grosse qu'un centimètre). Souvent la tendinite calcifiante n'est pas douloureuse et ne mène pas au syndrome d'accrochage. Elle est donc laissée sans traitement dans ces cas, car le calcium est temporaire et/ou non endommageant en général.

L'opération est réservée à ceux qui ont les symptômes importants et on échoué le traitement non opératoire, et consiste en l'acromioplastie plus ou moins résection de calcium concomitant.

L'ARTHROSE ACROMIO-CLAVICULAIRE

L'articulation acromio-claviculaire peut devenir douloureuse avec la sur-utilisation ou suite à un trauma (luxation). Le traitement non opératoire est le même que le syndrome d'accrochage et fonctionne également dans la majorité des cas. L'opération, réservée à l'échec du traitement conservateur, consiste en résection de la clavicule distale. On rajoute une stabilisation par greffe tendineuse si l'articulation est douloureuse post luxation.

LA DÉCHIRURE DE COIFFE

La déchirure de coiffe complète représente un trou dans le tendon de la coiffe. La plus part du temps ce trou est petit et ne cause aucun problème dans la vie du patient (L'équivalent d'un trou dans une poche de pantalon qui est petit, est situé haut dans la poche et ne cause aucun objet de tomber). Parfois il est douloureux et mène à une bursite et parfois le trou est causé ou associé à un syndrome d'accrochage.

Le traitement initial est le même que celui de l'accrochage et fonctionne lui aussi dans la majorité du temps. La chirurgie est réservée à ceux qui ont eu un échec au traitement non opératoire et consiste à la réparation du tendon à l'os. L'acromioplastie est ajoutée s'il y a des signes que le frottement est aussi un problème. Plus le patient est actif physiquement (l'activité physique plus intense est souvent associée à un âge inférieure à 60 ans) surtout avec les activités en haut des épaules, et plus le trou est gros, plus fortes sont les chances que le traitement non opératoire aidera mais ne sera pas assez efficace pour éviter la chirurgie.

Une déchirure complète chez le patient de moins de 40 ans doit être suivie par une deuxième résonance magnétique, espacé d'un an de la première, afin de s'assurer que le trou ne grandit pas de façon rapide. Les déchirures qui agrandissent même si asymptomatiques, devraient probablement être réparées.

DÉCHIRURE DE LABRUM SUPÉRIEUR (SLAP)

Le labrum est un mur fibrocartilagineux situé autour de la glène dans l'épaule. Il sert à stabiliser l'épaule entre autre. En supérieur, le labrum fonctionne surtout comme site d'insertion du long tendon du biceps. Parfois le labrum peut déchirer suite à la sur-utilisation ou suite au trauma et faire mal. Le traitement non opératoire de l'accrochage de l'épaule fonctionne aussi pour la majorité des déchirures de labrum. L'opération consiste à réattacher le labrum ou à faire une tenodèse du biceps mais ne fonctionne bien qu'avec certaines sub-populations. Seulement la déchirure avec une instabilité associée, et/ou un kyste paralabral, et/ou chez un patient de moins de 40 ans répond bien au traitement chirurgical à l'instant.

ÉPAULE INSTABLE

L'épaule qui disloque une fois, une fois réduite répond bien au traitement conservateur d'immobilisation pour 1 semaine suivi par la physiothérapie.

L'épaule qui fait encore mal deux mois après la luxation mérite une évaluation par un orthopédiste et une arthro-résonance. **L'épaule qui reluxe une deuxième fois dans un temps rapproché (ex. un à deux ans) mérite une arthro-résonance et une opération pour la stabiliser.**