



Épaule du paraplégique

Épaule du paraplégique: rien qu'une nouvelle étiquette?

Association
suisse des paraplégiques
Kantonsstrasse 40
6207 Nottwil
Téléphone 041 939 54 00
Téléfax 041 939 54 39
spv@spv.ch
www.spv.ch

Recherche médicale et scientifique



Paracontact 3/2007

Épaule du paraplégique: rien qu'une nouvelle étiquette?

Depuis plusieurs années déjà, le service d'orthopédie et de chirurgie de la colonne vertébrale du CSP a instauré une consultation dédiée à l'épaule et à l'extrémité supérieure. Les méthodes d'examen les plus modernes, avec étude différenciée de la force et examen clinique standardisé, procédés d'imagerie médicale tels qu'arthro-IRM, ultrasons et radiographies, y sont à disposition. Cette concentration de procédés diagnostiques et thérapeutiques, mais aussi de savoir-faire, contribue à une compréhension toujours plus approfondie de la mécanique de l'articulation de l'épaule, qui constitue la clé de voûte de la locomotion en fauteuil roulant, et des dommages que cette articulation subit.

En effet, la charge exercée par les transferts et par l'utilisation du fauteuil roulant fatigue la musculature de l'épaule et, de ce fait, le centrage dynamique si important de la tête humérale lors du mouvement ne s'opère plus toujours. Nous estimons que, à un stade précoce, se mouvoir en fauteuil roulant favorise beaucoup plus l'apparition d'un dommage au niveau de l'épaule du paraplégique que l'opération de transfert. La charge sur l'articulation due à la rotation extrême du bras vers l'arrière pour saisir la main courante du fauteuil en phase initiale et le glissement renforcé et saccadé de la tête humérale vers l'avant dans la phase finale du mouvement entraînent une altération des structures articulaires, en l'occurrence de la lèvre glénoïde (labrum glénoïdien) et des tendons. Compte tenu du chemin de croix et des hospitalisations prolongées que connaît la personne paralysée et de sa tolérance élevée à la douleur en raison d'affections neuropathiques extrêmes et de la spasticité, celle-ci ne se présente à la consultation dédiée à l'épaule que tardivement.

Malheureusement, à ce moment-là, les douleurs sont déjà permanentes. Elles ont souvent fait l'objet, au préalable, d'infiltrations à la cortisone et ne sont plus maîtrisables. Il n'est pas rare que la personne en fauteuil roulant ne consulte un chirurgien de l'épaule qu'au moment où son autonomie est menacée par l'apparition d'une perte de la fonction musculaire qui représente généralement un obstacle à sa capacité d'effectuer les transferts et la rend dépendante de l'aide de tiers. De cette situation découle l'opinion générale que c'est justement le transfert qui constitue le facteur principal entraînant des dommages à l'épaule des personnes paralysées. Cela s'observe fréquemment lors de résultats souvent insuffisants d'une intervention chirurgicale sur des lésions avancées.

Les raisons d'une consultation tardive résident donc dans le changement du rapport du patient à la douleur ainsi que dans la crainte d'une longue hospitalisation et de la dépendance s'installant dans la phase postopératoire. Cet état de choses a également conduit à une certaine réserve des chirurgiens de l'épaule à pratiquer des interventions dans le cas de petites lésions. Plusieurs facteurs se cumulent: d'une part, une chirurgie reconstructive assez peu importante nécessite néanmoins une hospitalisation prolongée et des soins intenses, qu'il faut justifier auprès des organismes payeurs; d'autre part, on ne sait pas avec certitude combien de temps l'opération tiendra et quand l'épaule, vu les charges subies, s'abîmera à nouveau.

Pour y parer, nous préconisons une reconstruction arthroscopique précoce, avant que ne surviennent des dégâts irréversibles plus tardifs. C'est ce que nous souhaitons expliquer ci-après.

■ Épaule du paraplégique: la lésion du complexe antéro-supérieur

L'examen du mouvement effectué au ralenti montre très nettement le déroulement dysharmonique du mouvement en fauteuil roulant conventionnel, avec une rotation interne extrême et une rotation externe «explosive», par rapport au fauteuil roulant de course constituant un système «fermé» bras-main courante.

Une évaluation clinique de nos consultations montre un résultat typique chez les personnes en fauteuil roulant paralysées présentant depuis peu des douleurs de l'épaule: ces douleurs sont localisées à l'avant; elles apparaissent lorsque ces personnes soulèvent à bout de bras des objets (par exemple lors du chargement du fauteuil roulant) ou lors d'un transfert en hauteur. Lors de l'examen, le fait de soulever le bras vers l'avant ou latéralement ainsi que d'effectuer une rotation interne s'avère douloureux. L'examen par IRM révèle régulièrement une lésion des





mêmes structures, à savoir du tendon du long biceps, de la lèvre glénoïde (du labrum glénoïdien), de la partie antérieure du tendon des rotateurs (coiffe des rotateurs), ou une arthrose claviculaire. Le dépistage et le traitement précoces présentent l'avantage non seulement de réparer le dommage initial, mais aussi de pouvoir véritablement le supprimer par une reconstruction faisant appel à une arthroscopie minimalement invasive.



Épaule stabilisée par arthroscopie. Le labrum glénoïdien (lèvre glénoïde) a été refixé.

Tous les patients ayant subi une reconstruction du labrum glénoïdien et du tendon sous-épaule à un stade précoce présentent une amélioration significative de leurs maux. Une épaule stable, non douloureuse, constitue la meilleure condition pour une correction différenciée des mouvements par l'ergothérapie et physiothérapie ainsi que pour un renforcement ciblé de la musculature.

Éléments clés à observer:

1. La reconstruction des stabilisateurs passifs constitue une condition préalable au centrage de la tête humérale sur la glénoïde (cavité)
2. Nouvelle compréhension de l'anatomie et de la fonction pour le patient concerné
3. Sensibilisation du personnel médical à la problématique de l'épaule

Entre-temps, nos résultats indiquent que même les ruptures de la coiffe des rotateurs, considérées jusqu'ici comme irréparables, peuvent être traitées par une technique de couverture recourant au tendon du quadriceps et qu'il en résulte une réduction appréciable des douleurs ainsi qu'une amélioration de la fonction de l'articulation de l'épaule.

Le traitement arthroscopique minimalement invasif est assurément l'un des atouts de la chirurgie moderne de l'épaule, car il permet de ne pas devoir sectionner la couche musculaire externe.

■ Résumé

But de l'étude: Il s'exerce au quotidien une surcharge inévitable sur l'épaule d'une personne en fauteuil roulant, notamment lorsqu'elle effectue des transferts, mais il n'existe pas de protocoles thérapeutiques standardisés pour les lésions des articulations. Cela se reflète dans les résultats décevants du traitement chirurgical des lésions avancées. Nous estimons que, au un stade précoce, le déplacement en fauteuil roulant joue un rôle plus important dans l'apparition d'une «épaule de paraplégique» que l'opération de transfert. Selon notre hypothèse, le déplacement en fauteuil roulant entraîne une lésion qui se concentre au niveau du complexe antéro-supérieur (labrum glénoïdien, ligament gléno-huméral supérieur, muscle sous-épaule), ceci en raison même du mouvement exécuté par le bras (déplacement antéro-supérieur de la tête de l'humérus plus fréquent). C'est pourquoi nous recommandons une reconstruction arthroscopique précoce, avant l'apparition de dégâts irréversibles. Le but de cette étude est d'exposer la pathogenèse et le traitement chirurgical de «l'épaule du paraplégique».

Méthode: Lors du traitement arthroscopique de paraplégiques présentant des douleurs à l'épaule durant la période de janvier 2005 à décembre 2005, nous avons trouvé un groupe de 16 patients avec une lésion du complexe antéro-supérieur (14 paraplégiques et 2 tétraplégiques; 10 hommes et 6 femmes; âge moyen: 35,7 ans). L'imagerie arthro-MRT a été effectuée avant l'opération; en préopératoire et postopératoire, le score de Constant ainsi que le score ASES ont été utilisés. Des examens de suivi ont lieu tous les trois mois la première année, puis tous les six mois. En moyenne, la postobservation dure actuellement six mois.

Résultats: Au stade précoce, les examens par arthro-IRM ont tous révélé le même type de lésion située au niveau de la lèvre glénoïde, du tendon du long biceps et de son appareil de soutien ainsi que du tendon du muscle de torsion interne, ce qui a été confirmé par l'arthroscopie de l'épaule. Dans tous les cas, une opération reconstructive de refixation des structures a été effectuée.

Conclusion: Tous les patients ayant subi une reconstruction d'une lésion précoce présentent une amélioration significative de leurs maux. Une épaule stable, non douloureuse, constitue la meilleure condition pour une correction différenciée des mouvements par l'ergothérapie et physiothérapie ainsi que pour un renforcement ciblé de la musculature.

*Dr méd. Jacek Krzycki,
médecin-chef Orthopédie CSP*