

Complications des Prothèses inversées, à propos de 2 cas

Lluís Puig

Kinésithérapeute Hospital Esperit Sant

Membre de la SFRE

Le sujet de la présentation concerne deux cas de patients qui nous feront réfléchir et nous sortiront un peu des cas habituels.

En premier lieu, nous allons revoir quelles sont les indications pour le placement d'une prothèse inversée :

Indications relatives :

- L'arthrose scapulo-humérale primaire ou post-traumatique associée à une déchirure massive de la coiffe des rotateurs non réparable,
- Épaule pseudo-paralytique secondaire à une rupture massive non réparable de la coiffe des rotateurs,
- Révision arthroplastique de l'épaule associée avec des ruptures de la coiffe.
- Résection oncologique des tumeurs proximales de l'humérus incluant la coiffe des rotateurs qui ne sont pas reconstituable avec des transferts de tendon ni avec allogreffe osseuse.

Indications relatives :

- Arthrose scapulo-humérale secondaire à la polyarthrite rhumatoïde : l'état des blessures de la coiffe des rotateurs ou sa possible lésion dans le future sont une contrindication a la pose d'une prothèse scapulo-humérale anatomique.
- Les fractures de l'humérus proximal chez les patients de plus de 75 ans:
 - Fracture et fracture/luxation de quatre fragments avec tubérosités ostéoporotiques et comminutive et une coiffe des rotateurs atrophique avec dégénérescence graisseuse.
 - Les fractures comminutives avec la destruction de la surface articulaire de plus de 40% et la coiffe des rotateurs atrophiques avec dégénérescence graisseuse.
 - Echec d'ostéosynthèse des fractures ou des fracture-luxations irréductibles et en cas de cals vicieux des tubérosités.

Les cas cliniques :

Le premier cas est une vieille dame de 67 ans qui présente une ostéoporose importante, elle se fracture l'humérus et on lui installe une prothèse inversée. 3 semaines après l'intervention quand elle arrive au service pour commencer le traitement, la prothèse est luxée. En analysant avec le chirurgien nous arrivons à la conclusion que cela pourrait être dû à deux facteurs: le principale, une mauvaise position de l'attelle d'immobilisation, et le deuxième, durant l'intervention ils ne se sont pas rendu compte

que le prothèse était disposée trop médialement. Une seconde opération aura donc lieu durant laquelle un polyéthylène plus gros sera installé et une immobilisation correcte effectuée. Et vous pourrez constater que l'évolution a été satisfaisante.

Le deuxième cas est un patient âgé de 54 ans hémiplégique, qui se fracture le bras côté sain. De plus, ce patient présente un problème supplémentaire, il ne parle pas correctement. Donc, à cause de son âge, les chirurgiens optent pour la mise en place d'une plaque phyllos. Au bout de 15 mois nous constatons chez ce patient une nécrose et réabsorption de la tête humérale. Nous avons donc opté pour le placement prothèse inversée. Et même avec le handicap que présentait le patient nous obtiendrons un résultat fonctionnel, ce qui était notre objectif. Cet épisode a pris fin le 25/03/11 et récemment il y a un mois ce patient est tombé et s'est fracturé le fémur de la jambe du côté hémiplégique ainsi que le bras précédemment opéré dans la région proche de la prothèse. Aujourd'hui, pendant que je fais ce résumé, ils l'ont opéré du fémur et la semaine prochaine ils l'opèreront du bras. Je serai en mesure de vous montrer son évolution.

En conclusion, nous pouvons dire que nous devons prendre en compte tous les petits détails, car nous voyons qu'une bonne intervention, suivie d'une mauvaise immobilisation génère grande une complication. Ou dans le second cas où se complique la consolidation de la fracture avec une plaque et dans lequel on opte pour une prothèse inversée pour donner au patient un minimum de fonctionnalité due à son hémiplégie.

Bibliographie

1. Bohsali KI, Wirth MA, Rockwood CA, Jr. Complications of total shoulder arthroplasty. *J Bone Joint Surg Am* 2006;88(10): 2279-92.
2. Boileau P, Watkinson DJ, Hatzidakis AM, et al. Grammont reverse prosthesis: design, rationale, and biomechanics. *J Shoulder Elbow Surg.* 2005; 14: (Suppl 1)S 147-61.
3. De Wilde L, Mombert M, Valpetegem P, et al. Revision of shoulder replacement with a reversed shoulder prosthesis (Delta III): Report of five cases. *Acta Orthop Belg* 2001;67: 348-53.
4. Frankle M, Siegal S, Pupello D, et al. The Reverse Shoulder Prosthesis for glenohumeral arthritis associated with severe rotator cuff deficiency. A minimum two-year follow-up study of sixty patients. *J Bone Joint Surg Am* 2005;87(8): 1697-705
5. Franklin JL, Barrett WP, Jackins SE, et al. Glenoid loosening in total shoulder arthroplasty. Association with rotator cuff deficiency. *J Arthroplasty* 1988;3(1): 39-46.
6. Grammont P, Trouilloud P., Laffay JP, et al. Etude et réalisation d'une nouvelle prothèse d'épaule. *Rhumatologie* 1987; 39(10): 407-18.
7. Hamada K, Fukuda H, Mikasa M, et al. Roentgenographic findings in massive rotator cuff tears. A long-term observation. *Clin Orthop Relat Res* 1990 (254): 92-6
8. Kats D, O'Tolle G, Cosgwell L, et al. A history of the reverse shoulder prosthesis. *Int J Shoulder Surg.* 2007;1(4): 108-13

9. Neer CS2nd, Craig EV, Fukuda H. Cuff tear arthropathy. *J Bone Joint Surg Am* 1983;65: 1232-44.

10. Sirveaux F, Favard L, Oudet D, et al. Grammont inverted total shoulder arthroplasty in the treatment of glenohumeral osteoarthritis with massive rupture of the cuff. Results of a multicenter study of 80 shoulders. *J Bone Joint Surg Br* 2004;86(3): 388-95.

11. Valenti P. Décompression sous acromiale sous arthroscopie. *Chir. Main* 2006;25(Suppl.1)S22-8.

12. Valenti P, Boutens D, Nerot C. Delta 3 reversed prosthesis for arthritis with massive rotator cuff tear: long term results (>5 years). En Walch G, Boileau P, Mole´ D, eds. *2000 shoulder prostheses 2 to 10 year follow up*. Montpellier; Sauramps Medical; 2000. p. 253-59.

13. Wirth MA, Rockwood CA, Jr. Complications of total shoulder-replacement arthroplasty. *J Bone Joint Surg Am* 1996; 78(4): 603-16.