

Informations

Calcifications à l'épaule

DE QUOI S'AGIT-IL ?

La calcification des tendons de l'épaule, ou tendinite calcifiante, est une cause fréquente de douleur de l'épaule avant 40 ans. Cette pathologie concerne essentiellement, les femmes entre 25 et 45 ans, et touche souvent les deux épaules. Elle occasionne parfois des douleurs très intenses. Elle n'a aucun rapport avec l'usure du tendon, l'alimentation ou un éventuel traumatisme.

La coiffe des rotateurs, est l'ensemble des muscles et des tendons qui entourent la tête de l'humérus au niveau de l'articulation de l'épaule. Ces muscles servent à donner la force pour permettre l'élévation du bras et ses diverses rotations, mais participent également à la stabilité de l'épaule. Ces tendons, qu'il s'agisse du sus-épineux, du sous-épineux, ou encore du sous-scapulaire, peuvent être porteurs, à proximité de leur attache sur l'humérus, d'une formation de calcium située à l'intérieur même du tendon. Ce dépôt de calcium est probablement à mettre en rapport avec un manque d'oxygène au niveau de l'attache du tendon. Il n'a aucun rapport avec l'usure, l'hyper-utilisation de l'épaule, une notion de traumatisme, ou encore l'alimentation.



Elle peut être bien individualisée avec une structure qui ressemble à de la craie ou de la pâte dentifrice s'accompagnant d'une inflammation des tendons. Dans d'autres cas, elle prend une forme diffuse au sein du tendon. Elle est alors souvent associée à une irritation du tendon par un acromion épais et agressif constituant parfois un vrai bec osseux.

M....., le/..../.....

Fiche conçue pour fournir un support et/ou un complément à l'information orale délivrée par le chirurgien au cours des consultations précédant la décision opératoire. Seule, l'information orale peut être adaptée à chacun, à sa demande. Elle donne la possibilité de répondre aux questions posées, et constitue l'essentiel de l'information délivrée.

Dr Christian LEONARDI



La calcification de l'épaule se manifeste par une douleur voire une baisse de la mobilité de l'épaule, nécessitant l'utilisation importante d'anti-douleurs et d'anti-inflammatoires par voie orale ou sous forme d'infiltration ainsi qu'une prise en charge kinésithérapique.

Dans un premier temps, cette calcification peut augmenter de volume progressivement, puis pour une raison encore inconnue avoir tendance à disparaître spontanément à l'occasion de douleurs très intenses. En effet, la libération du calcium dans l'articulation provoque une réaction inflammatoire très importante entraînant des douleurs vives et insomniantes. On connaît mal le mécanisme de cette disparition spontanée, et ce moment est imprévisible. Elle peut se résorber spontanément sur plusieurs mois voire plusieurs années. C'est en l'absence d'évolution naturelle favorable et devant la persistance de douleurs rebelles au traitement médical et kinésithérapique que se pose l'indication chirurgicale.

La présence d'une calcification dans un tendon de l'épaule peut passer totalement inaperçue. Mais le plus souvent elle s'accompagne de douleurs évoluant sur deux modes principaux : un mode chronique avec des douleurs quotidiennes, provoquées par le mouvement, ou encore nocturnes de type inflammatoire, un mode aigu, entraînant une crise douloureuse intolérable et des douleurs paroxystiques insomniantes.

AVANT LE TRAITEMENT

Lorsque les douleurs évoluent sur un mode chronique, les symptômes ressemblent beaucoup à ceux d'un conflit sous-acromial. L'examen met en évidence des douleurs de passage, ou un accrochage entre le tendon porteur de la calcification

et l'os sous-jacent.

Une radiographie simple suffit à poser le diagnostic. Les calcifications sont visibles sur la radiographie standard, c'est pour cette raison qu'il faut commencer par pratiquer cet examen en première intention. Elles ne sont pas visibles en IRM. Cet examen est en revanche performant pour visualiser l'ensemble des structures de l'épaule. En effet, les calcifications ne sont jamais, ou quasiment jamais, associées à des ruptures des tendons de la coiffe des rotateurs. En période chronique, la calcification prend un aspect condensé, arrondi, et se situe tout près de l'attache du tendon sur l'humérus.

En phase de disparition spontanée, la calcification prend un aspect allongé le long du tendon. L'aspect radiologique est donc évolutif, et une radiographie sera nécessaire à chaque consultation pour évaluer l'état exact de cette calcification. L'échographie peut éventuellement confirmer l'existence de petites calcifications et préciser leur localisation.

On différencie 4 types de calcifications selon l'aspect sur la radiographie standard. La classification la plus connue est celle de la Société Française d'Arthroscopie. On différencie ces différents types de calcifications car elles n'ont pas la même évolution et ne relèvent pas du même traitement.

Type A : calcification homogène à contours nets

Type B : calcification homogène polylobée ou fragmentée à contours nets (les plus fréquentes)

Type C : calcification hétérogène sans contours nets

Type D : enthésopathie calcifiante à l'insertion du tendon sur le trochiter, c'est-à-dire ossification du tendon à son point d'attache sur l'os.

QUELS TRAITEMENTS ?

Au moment d'envisager un traitement, il faut garder à l'esprit qu'il s'agit d'une pathologie bénigne, dont l'évolution est naturellement favorable, d'où la gradation prudente des traitements proposés.

Dans tous les cas, on a recours au traitement des symptômes : Antalgiques, anti-inflammatoires. Si les douleurs persistent plus de 10 à 15 jours : infiltrations de corticoïdes, physiothérapie par ultra-sons.

Une infiltration : c'est l'injection d'un dérivé cortisonique auprès de la calcification. Elle peut être réalisée au cabinet du médecin ou dans un cabinet de radiologie, guidée par la radio ou l'échographie. Il faut signaler au médecin si vous êtes diabétique, si vous prenez des anticoagulants ou de l'aspirine.

Les traitements visant la disparition de la calcification : peuvent être proposés, si ces traitements ne sont pas suffisants, au bout de 2 à 3 mois (ou moins) :

Ponction-lavage-aspiration radio-guidée : Il s'agit d'une manœuvre réalisée sous contrôle radiologique, consistant à ponctionner la calcification à l'aide d'une aiguille et à laver avec du sérum physiologique. La calcification est fragmentée, ramollie et aspirée. On termine le geste par une infiltration de corticoïdes, ou pas selon les indications. Les contre-indications sont les mêmes que pour les infiltrations, les allergies à l'iode et au produit d'anesthésie. Il peut y avoir une réaction douloureuse dans les 48 h qui suivent.

En phase aiguë, la matière calcique prend un aspect quasiment liquide, et la ponction paraît plus simple. Mais cette phase aiguë augure d'une disparition spontanée de la calcification. En conséquence, dans ce cas, même sans ponction, la calcification disparaît seule. Les indications de trituration des tendons sous radio sont donc exceptionnelles. En phase chronique, la matière calcique étant quasiment solide, il est illusoire d'envisager d'ôter la totalité de cette calcification de cette manière. L'aspiration n'est parfois pas complète mais les résultats sont favorables dans 60% des cas environ. Les restes de calcification sont alors source de douleur et sont très difficiles à ôter par la suite chirurgicalement.

Ondes de choc extra-corporelles ou lithotritie : il s'agit d'impacts par des ultra-sons délivrés par des machines de forte puissance, différentes des machines à ultra-sons utilisées par les kinésithérapeutes. Ce traitement nécessite plusieurs séances et est douloureux. Il peut fragmenter la calcification ou provoquer une réaction favorable au sein du tendon. Les résultats doivent encore être confirmés. Il s'agit d'un traitement anti-inflammatoire puissant qui peut apaiser la douleur en phase aiguë ou lorsque la calcification est trop petite pour être enlevée sous endoscopie.

Exérèse chirurgicale de la calcification sous arthroscopie

: Apparaît comme le traitement à envisager après échec des méthodes précédentes. Ce traitement permet de retirer la calcification et parfois, selon les cas, d'augmenter l'espace sous acromial pour améliorer le passage des tendons lors de l'élévation du bras en réalisant une acromioplastie.

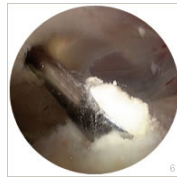
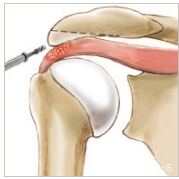
L'intervention est réalisée sous anesthésie générale. Une anesthésie loco-régionale peut

y être associée. Elle dure en moyenne une demie-heure.

Elle est réalisée sous arthroscopie, c'est à dire sans ouvrir l'articulation. Deux ou trois petites incisions de 5 mm chacune sont réalisées autour de l'épaule. Une petite caméra est introduite par l'une d'entre elles pour visualiser l'articulation. Des petits instruments sont introduits par les autres incisions pour réaliser le geste chirurgical.

La calcification n'apparaît pas à la partie superficielle du tendon, mais se situe à l'intérieur même de l'épaisseur de ce tendon. La localisation exacte de la calcification est repérée à l'aide d'une aiguille. Le tendon est alors incisé à minima dans le sens des fibres tendineuses pour permettre une bonne cicatrisation après l'opération. La calcification est par la suite évacuée à l'aide d'une curette ou en utilisant un instrument motorisé qui détruit et aspire la calcification en même temps.

Pour une calcification diffuse, l'exérèse est incomplète. Le geste est complété éventuellement par la résection de la partie agressive de l'acromion.



Et après ?

- Après l'opération, un pansement stérile ainsi qu'une attelle sont mis en place.
- Le traitement de la douleur sera mis en place, surveillé et adapté de manière très rapprochée dans la période post-opératoire.
- Le lendemain de l'intervention, le kinésithérapeute vous aide à mobiliser votre épaule. L'attelle est rapidement abandonnée en quelques jours.
- La rééducation se fait chez votre kinésithérapeute. Elle est extrêmement simple. Le bras est libre et ne porte ni écharpe, ni attelle. Elle sera menée le plus souvent par le patient lui-même. L'exercice principal consiste, en position allongée, à mobiliser le bras opéré, en s'aidant de l'autre bras comme moteur (mouvement passif), et en utilisant un bâton. La mobilisation du bras ne doit jamais être douloureuse. L'objectif est tout simplement de récupérer sa mobilité sans jamais forcer. Les douleurs disparaissent

progressivement dans les 3 à 6 mois qui l'intervention.

- Sur les radiographies, on retrouve souvent dans les semaines qui suivent l'intervention des traces de calcification qui disparaissent avec le temps. Une fois la calcification complètement disparue, la guérison est complète et définitive puisque le tendon ne présente aucun caractère d'usure dans cette pathologie.
- La reprise du volant est envisageable vers le 15^{ème} jour.
- La reprise du travail survient en général pendant le 2^{ème} mois et cela en fonction de votre profession, une activité de bureau pouvant être plus précoce.
- La reprise des activités sportives ne sollicitant pas l'épaule est envisageable au 2^{ème} mois.
- Il faut souvent attendre le 4^{ème} mois pour reprendre tous les sports notamment ceux sollicitant votre épaule.

QUELLES SONT LES COMPLICATIONS ?

Les complications sont heureusement rares, mais il faut avoir conscience des risques, aussi minimes soient-ils. En effet, la survenue d'une complication rallonge souvent la récupération, compromet souvent le résultat attendu. Un traitement complémentaire, spécifique est souvent nécessaire. Si la plupart des complications guérissent avec des séquelles mineures, certaines peuvent laisser un handicap lourd, très important.

La liste n'est pas exhaustive et une complication particulièrement exceptionnelle peut survenir, liée à l'état local ou à une variabilité technique. Toutes les complications ne peuvent être précisées, ce que vous avez compris et accepté. En plus des risques communs à toute intervention chirurgicale et des risques liés à l'anesthésie, voici celles qui sont le plus couramment rencontrées, plus spécifiques à cette chirurgie et pour lesquelles nous réalisons une prévention active :

Quels sont les principaux inconvénients et risques précoces éventuels de l'intervention ?

L'épanchement de sang dans l'articulation ou hémarthrose ou la collection de sang dans les tissus situés autour de l'articulation (hématome). Cet épanchement peut être minime et bien soulagé par le « glaçage » de la zone opérée. Il peut être excessif et nécessiter une ponction, voire une intervention pour l'évacuer. Ce risque est prévenu par une coagulation vasculaire soigneuse pendant l'intervention, dans certains cas, par la mise en place de drains lors de la fermeture de la plaie

opératoire (pour aspirer et évacuer le sang). Une hémorragie pendant l'opération qui nécessiterait un grand nombre de transfusions et une intervention vasculaire est exceptionnelle.

Les infections. Ce sont les complications graves après une chirurgie. L'infection profonde est rare. Toutefois, une infection est une complication très sérieuse lorsqu'elle survient, pouvant laisser des séquelles importantes, et nécessitant un traitement long et fastidieux. La clé réside donc dans la prévention.

Un certain nombre de situations « à risque » ont été identifiées, justifiant alors un dépistage ciblé. On peut citer, sans être bien sûr exhaustif : les antécédents d'infection ; le diabète insulino-requérant ; l'hémodialyse ; les situations d'immunosuppression pathologique ou iatrogène ; l'éthylisme chronique, la toxicomanie ; les lésions cutanées chroniques ; les sinusites récidivantes ; un séjour récent en service de réanimation ; une hospitalisation prolongée, même en service de soins standard ; une hospitalisation récente en service de long ou moyen séjour ; le port d'une sonde urinaire à demeure ; l'utilisation récente d'antibiotiques à large spectre ; le diabète et le tabagisme. Il vous est fortement déconseillé de fumer pendant la période de cicatrisation, le tabagisme augmentant de manière significative le taux d'infection.

Peut-on réduire le risque d'infection ? La préparation pré-opératoire du patient est une étape probablement primordiale, car les infections postopératoires sont le plus souvent d'origine endogène, et principalement cutanée et muqueuse. La flore résidente du patient peut être introduite dans l'organisme lors de toute effraction cutanée, et notamment d'une incision chirurgicale. Cette flore ne peut jamais être supprimée totalement, et toutes les mesures de prévention ne peuvent que diminuer le nombre de bactéries présentes. Un état d'hygiène irréprochable du patient lorsqu'il entre dans le bloc opératoire est souhaitable. Pendant l'intervention, toutes les précautions seront prises pour limiter le risque infectieux. L'intervention se déroule selon un protocole précis, formalisé et connu de tous les intervenants et des contrôles de qualité sont fréquemment réalisés. Il faut souligner l'importance de la qualité de la décontamination de la salle d'opération décontaminée, des règles de préparation des instruments, des vêtements stériles et à usage unique, du comportement du personnel, de l'aseptie des mains Votre peau sera de nouveau désinfectée selon un protocole précis et vous pouvez recevoir également des antibiotiques pendant l'intervention selon le protocole du CLIN (comité de lutte contre les infections nosocomiales) de l'établissement.

Le diagnostic de l'infection peut-être difficile. Il

n'existe pas de tableau clinique spécifique de l'infection. Il existe toutefois des éléments qui doivent mettre la puce à l'oreille (fistule cutanée, troubles de cicatrisation, syndrome douloureux anormal dans sa durée et dans son intensité, fièvre, signes locaux habituels de l'inflammation : rougeur, chaleur, gonflement, douleurs . . .). Il n'existe pas non plus de tableau biologique spécifique (élévation de la vitesse de sédimentation et de la CRP). Les radiographies standards peuvent être intéressantes. Il est possible de réaliser une échographie, un scanner ou même une IRM : ces examens n'ont d'intérêt que pour rechercher une collection profonde et en réaliser la ponction. L'imagerie nucléaire est régulièrement évoquée, mais son apport diagnostique est souvent décevant. Au total, ce sont les prélèvements au niveau du site, avec analyse bactériologique qui restent l'étalon-or de la démarche diagnostique.

Le traitement repose sur une antibiothérapie adaptée à la documentation bactériologique. La durée du traitement est souvent prolongée, adaptée au cas par cas. Il faut y associer une ré-intervention pour nettoyer la zone opérée. Cela nécessite un caractère complet de l'excision, préalable à la guérison, et provoque souvent des sacrifices tant osseux que périphériques importants, même si cela doit compliquer les suites ou le geste de reconstruction. Quand elle est détectée rapidement, un simple lavage de la zone opératoire et une mise sous antibiotiques peuvent être suffisants. Elle peut survenir même très longtemps après la chirurgie et peut provenir d'une infection à distance de l'épaule, comme une infection dentaire ou urinaire. Il faudra donc surveiller attentivement, traiter les infections toute votre vie et prendre bien soin de votre peau en évitant toute plaie qui constituerait une porte d'entrée pour les bactéries.

Les ennuis cicatriciels : désunion de la cicatrice, nécrose (mort de la peau) sont rares. L'évolution est très souvent favorable avec la poursuite des pansements. Ils peuvent nécessiter une nouvelle intervention pour reprendre la cicatrice et réaliser une nouvelle suture, voire, dans certains cas, une greffe de peau (plastie cutanée). Cette complication est plus ou moins grave en fonction de son étendue et de sa localisation. Elle doit être traitée rapidement pour éviter l'infection.

La paralysie nerveuse. Il s'agit d'une complication très rare, qui touche les nerfs situés près de la zone opérée (nerf axillaire ou musculo cutané surtout) et qui peuvent souffrir lors des manipulations. Cette complication très exceptionnelle peut occasionner une douleur et une perte de la sensibilité de certaines parties du bras. Les lésions permanentes sont rares, pouvant nécessiter une nouvelle opération et laisser des séquelles. Habituellement, la pa-

ralysie régresse, mais la récupération peut demander plusieurs mois.

Un œdème. Il se peut que le membre opéré soit enflé pendant les premières semaines qui suivent la chirurgie. Pour aider à réduire l'enflure, élevez le membre opéré dans la mesure du possible.

Les complications veineuses aux membres supérieurs sont exceptionnelles. La phlébite (inflammation d'une veine) qui peut se compliquer d'une thrombose veineuse (caillot dans la veine) est favorisée par l'immobilisation. Un fragment du caillot peut parfois se détacher et migrer vers les poumons : c'est l'embolie pulmonaire, ce qui entraînerait de graves risques pour votre santé. Les risques de thrombose sont devenus rares grâce aux exercices pour stimuler le retour veineux. Dans des très rares cas particuliers où les facteurs de risques sont importants, il peut être prescrit un traitement anticoagulant (qui fluidifie le sang).

Les complications générales.

- ☞ **Les complications cardiovasculaires.** Les deux complications cardiaques postopératoires les plus courantes sont la crise cardiaque et l'insuffisance cardiaque. Le stress de la chirurgie peut causer une crise cardiaque chez les personnes atteintes d'une maladie coronarienne, laquelle peut avoir entraîné ou non des symptômes avant la chirurgie. Assurez-vous de parler de votre santé cardiovasculaire au chirurgien et à l'anesthésiste et de suivre leurs directives.
- ☞ **Un délire postopératoire.** Parfois, les personnes âgées vivent une période de confusion ou de délire après une chirurgie. Il se peut qu'elles agissent ou qu'elles parlent de façon anormale. Par exemple, il est possible qu'elles commencent à oublier des choses, qu'elles soient confuses, ou encore qu'elles voient, qu'elles entendent ou qu'elles croient des choses qui n'ont aucun sens. Le délire disparaît généralement en quelques jours, mais, à l'occasion, il subsiste pendant quelques semaines. De façon générale, il est attribuable à plus d'une cause. Les effets secondaires des anesthésiques et des médicaments, le manque de sommeil, la douleur, l'infection, le sevrage d'alcool, la constipation et un faible taux d'oxygène font partie des causes courantes de délire. L'équipe soignante cherche et corrige la cause du délire dans la mesure du possible.
- ☞ **Une rétention urinaire.** L'incapacité à uriner est un problème très fréquent après tout type de chirurgie. On règle le problème en insérant une

sonde dans la vessie pour évacuer l'urine. Il peut rester en place pendant plusieurs jours ou être retiré immédiatement après qu'on ait vidé la vessie.

- ☞ **Des nausées.** Si les nausées et les vomissements persistent, un médicament peut être administré.
- ☞ **Des réactions allergiques.** Les médicaments que l'on vous a prescrits peuvent causer des réactions allergiques. Les réactions à la pénicilline, aux sulfamides et à la codéine sont les plus courantes. Elles peuvent varier d'une éruption cutanée légère à une réaction grave. N'oubliez pas d'avertir votre médecin si vous avez déjà présenté une réaction allergique. Si vous croyez que vous avez une réaction allergique, informez-en le médecin immédiatement.

Quels sont les principaux inconvénients et risques tardifs éventuels de l'intervention ?

L'infection tardive survient soit par voie sanguine à partir d'un foyer infectieux (peau, urines, bronches, vésicule, sinus, etc.) soit du fait d'une contamination opératoire passée inaperçue, évoluant à bas bruit.

L'algodystrophie est un phénomène douloureux et inflammatoire encore mal compris. C'est un « dérèglement » du système nerveux qui commande les vaisseaux, responsable de douleurs, de gonflement et pouvant aboutir à une raideur de l'articulation. Elle est traitée médicalement et peut durer plusieurs mois (voire parfois des années), entraînant une prise en charge spécifique avec rééducation adaptée, bilans complémentaires et parfois prise en charge spécifique de la douleur. Elle est imprévisible dans sa survenue comme dans son évolution et ses séquelles potentielles.

La raideur articulaire peut se développer si la rééducation post-opératoire n'est pas bien prise en charge. Elle est due à la présence d'adhérences qui limitent la mobilité (les tissus mous sont « collés »). Elle peut être prévenue par la mobilisation douce et précoce de votre articulation, mobilisation passive ou à l'aide d'un appareillage.

La capsulite rétractile est une rétraction de la capsule de l'articulation entraînant une diminution de la mobilité passive et active de l'épaule. D'origine mal connue, elle récupère en un an environ mais peut parfois entraîner une raideur partielle séquellaire. Les lésions nerveuses sont exceptionnelles.

Les calcifications peuvent récidiver.

Des douleurs en regard du membre opéré, peuvent persister dans certains cas. Certaines personnes peuvent continuer à souffrir alors qu'il n'y a pas d'explication mécanique aux douleurs et que tout est satisfaisant sur les radiographies. Des réactions inflammatoires post-opératoires peuvent occasionner des douleurs importantes et un ralentissement de la rééducation.

Les cicatrices sont inévitables, définitives et indélébiles. La cicatrisation est un processus qui évolue pendant plusieurs mois. La cicatrisation doit être protégée du soleil. La cicatrice reste un mystère. En fait, l'aspect définitif d'une cicatrice est entièrement imprévisible. Dans certaines régions du corps, il existe des tensions importantes de la peau lors des mouvements, et les cicatrices y sont souvent très larges, malgré toutes les précautions prises lors de la suture. Lorsque la cicatrice est anormalement boursoufflée, on parle de cicatrice « hypertrophique » et de cicatrice « chéloïde ». La première s'améliore très lentement mais sûrement. La seconde n'a aucune tendance spontanée à s'améliorer. Finalement, la Nature prend son temps, et il faut avoir la patience d'attendre le résultat, car elle améliore généralement beaucoup les choses. Jusqu'à ce jour, aucune crème, aucune pommade, aucun produit, aucun procédé n'a fait la preuve scientifique de son efficacité pour accélérer le processus de la cicatrisation ou pour améliorer l'aspect d'une cicatrice.

Une insuffisance de récupération musculaire une perte de force, une amyotrophie de l'épaule peuvent persister. Cela peut être source de maladresse, de gêne pour certaines situations (soulever du poids, ...).

Risques liés au tabagisme. Il est établi que le tabagisme multiplie par 2 à 4 le risque de complications postopératoires, et en particulier celui d'infection et de nécrose cutanée. Cette majoration du risque disparaît lorsque le tabac est arrêté complètement pendant les 6 à 8 semaines qui précèdent l'intervention, et les 2 à 4 semaines qui la suivent. Nous déconseillons fortement l'usage du tabac pendant cette période.

Court-on un risque vital ? Toute opération chirurgicale comporte un tel risque, si minime soit-il. Si votre état général est bon, ce risque est minime. Cependant si votre état général est moins bon (grand âge, maladies graves du cœur, du poumon, obésité, etc.), le risque peut être plus ou moins impor-

tant. Le risque de décès après une prothèse du membre inférieur est actuellement évalué à 0,5 %. De toute façon, un bilan de votre état de santé global sera fait avant de vous opérer (généralement lors de la consultation avec le médecin anesthésiste). À son issue, vous serez informé(e) des risques et invité(e) à poser toutes les questions nécessaires et à bien réfléchir avant de prendre votre décision. Dans de rares cas, l'intervention pourra même vous être formellement déconseillée, si le risque encouru est supérieur au bénéfice de l'intervention.

RASSUREZ-VOUS! Votre médecin connaît bien ces complications et met tout en œuvre pour les éviter. En cas de problème, ou si vous constatez quelque chose d'anormal après l'opération, n'hésitez pas en parler votre chirurgien. Il est en mesure de vous aider au mieux puisqu'il connaît précisément votre cas.

LES RÉSULTATS ATTENDUS

Dans les formes individualisées, la récupération complète survient en général entre 3 et 6 mois. Le résultat final dépend de l'importance de l'exérèse. Celle-ci est jugée satisfaisante dans plus de 90% des cas.

Dans les formes diffuses, l'exérèse complète est plus difficile à obtenir et la disparition de la calcification se fait progressivement avec le temps. Le délai de récupération peut alors être plus long.

Les résultats de cette chirurgie sont cependant très encourageants puisqu'on retrouve une disparition des douleurs dans la majorité des cas ainsi qu'une récupération fonctionnelle satisfaisante dans plus de 90% des cas. Ces résultats sont maintenus dans le temps puisqu'on note une rupture du tendon dans moins de 5% des cas et un risque de récidive faible.

EN RÉSUMÉ

La tendinite calcifiante de l'épaule est une pathologie fréquente chez les sujets jeunes, occasionnant parfois des douleurs très intenses, et n'est quasiment jamais associée à une usure ou à une rupture des tendons de la coiffe des rotateurs. Le traitement dépend de l'importance de la gêne et de l'aspect radiologique de la calcification au moment de la consultation. Une calcification occasionnant une douleur importante peut être ôtée sous endoscopie

Quelques questions que vous devez vous poser ou demander à votre chirurgien avant de vous décider

Pourquoi recommandez-vous cette chirurgie?
Y a-t-il d'autres solutions pour mon cas et pourquoi ne me les recommandez-vous pas?
Si je ne me fais pas opérer, mon état va-t-il se dégrader?
Comment se passe l'acte chirurgical et en avez-vous l'expérience? Quel est le temps opératoire? Quelle est la durée de l'hospitalisation?
Aurai-je beaucoup de douleurs? Comment la traiter?
Quels sont les risques et/ou complications encourus?

Quels sont mes bénéfices à être opéré et quel résultat final puis-je espérer?

Au bout de combien de temps pourrai-je reprendre mon travail ou mes activités sportives?
Quelle sera la durée de ma convalescence?

Me recommandez-vous un second avis?

Date et signature du patient (e) :