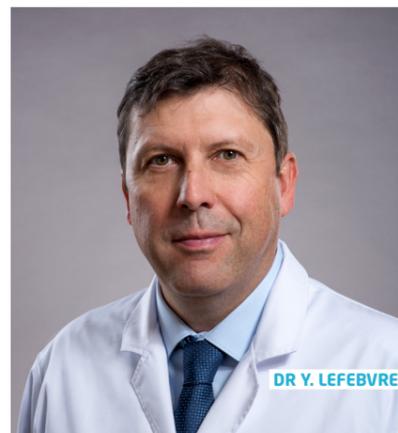


# L'Institut de l'Épaule de Strasbourg

**Réparer les épaules.** L'Institut propose au patient une prise en charge spécialisée pour la chirurgie de l'épaule. Il regroupe une équipe de chirurgiens diplômés de chirurgie orthopédique et traumatologique et un médecin rééducateur, spécialisée dans la prise en charge des pathologies de l'épaule et aguerris aux techniques chirurgicales les plus récentes.



DR Y. LEFEBVRE



DR Y.-P. LE MOULEC



DR P. FROEHLIG

**Marie Brault:** Pouvez-vous nous présenter l'Institut de l'Épaule en quelques mots?

**Yves-Pierre LE MOULEC:** Nous avons créé l'Institut de l'Épaule lorsque j'ai rejoint le Dr Yves LEFEBVRE en 2014. Nous sommes mono articulaire, c'est-à-dire que nous ne faisons que de la chirurgie de l'épaule. Le Dr LEFEBVRE, formé à Strasbourg, s'est installé en 2004 et a rapidement orienté son activité exclusivement vers l'épaule. En 2014, je me suis installé avec lui après mon clinicat à Paris et le Dr Pierre FROEHLIG, notre médecin rééducateur nous a rejoints en 2017 après être passé par le centre Clémenceau puis le CHU.

**MB:** La chirurgie de l'épaule est moins connue que celle de la hanche ou du genou, comment l'expliquer?

**YPLM:** Elle est beaucoup plus récente, moins fréquemment réalisée

que celle du genou ou de la hanche. Elle a longtemps été mise un peu de côté par les orthopédistes car jugée ingrate dans le sens où un patient mettra probablement plus de temps à récupérer que s'il est opéré d'une autre articulation.

**MB:** Comment cela peut-il s'expliquer?

**YPLM:** L'épaule est l'articulation la plus mobile du corps et très sollicitée au quotidien et encore plus dans les métiers physiques. Sa fonction peut donc vite être perturbée avec des douleurs et un enraidissement. Une petite partie de ses lésions peut être prise en charge chirurgicalement mais le reste doit être traité médicalement. C'est là qu'intervient notre médecin rééducateur, le Dr Pierre FROEHLIG, son travail est fondamental. Il propose une prise en charge de la douleur, une rééducation adaptée, éventuellement un

traitement infiltratif et surtout, un suivi sur le long terme ainsi qu'un aide dans les tracasseries administratives (reconnaissance en maladie professionnelle, invalidité...). Il oriente également la discussion avec le médecin du travail en proposant si nécessaire une adaptation du poste de travail souvent en cause dans la genèse des douleurs.

**MB:** Quel genre de prévention peut-on réaliser au quotidien?

**YPLM:** Il faut garder un bon tonus postural, s'étirer, aller nager, penser à l'ergonomie de son lieu de travail: avoir un fauteuil adapté, l'écran de l'ordinateur à hauteur des yeux... De plus en plus de kinésithérapeutes passent dans les entreprises pour améliorer l'ergonomie. Les douleurs des épaules sont souvent liées aux douleurs du dos. Hormis le coût direct (arrêt de travail), ces douleurs chroniques ont

aussi des répercussions indirectes sur l'économie.

En France, cela représente 2 % du produit intérieur brut (PIB).

**MB:** N'est-ce pas parfois lassant de ne s'occuper que d'une articulation?

**YPLM:** Effectivement on pourrait le penser! Mais en fait il n'en est rien... L'orthopédie moderne nous oblige à être performants et nous pousse à l'hyperspécialisation à l'instar de beaucoup de praticiens de la clinique. De plus, nous continuons à progresser chaque année en améliorant notre prise en charge chirurgicale, rééducative et de gestion de la douleur post opératoire en collaboration avec l'équipe d'anesthésie qui est très impliquée. Cela nous a permis, le 21 juin 2018, de faire avec succès la première prothèse d'épaule en ambulatoire en Alsace.

**MB:** Le 17 mars 2018, à la clinique Rhéna, a eu lieu une chirurgie de l'épaule en direct, avez-vous eu des retours?

**YPLM:** Oui, ils sont excellents! Plus de 150 participants et une formation interactive permettant de poser des questions en direct lorsqu'Yves et moi étions en train d'opérer. Je profite de l'occasion pour remercier l'équipe du bloc et les infirmières du B3 et de l'ambulatoire qui démontrent au quotidien leur attachement à la chirurgie de l'épaule. Grâce à eux les retours des patients opérés sont excellents.

**MB:** Avez-vous d'autres activités autour de l'épaule?

**YPLM:** Yves et moi essayons d'avoir une activité scientifique en marge de notre activité clinique. Nous participons à des réunions scientifiques avec la Société Française d'Arthroscopie et avons publié un article dans une revue américaine en fin d'année dernière. Cela a pour but de prendre du recul sur l'activité opératoire, analyser les échecs pour améliorer nos pratiques.

**MB:** Quelques mots sur l'histoire de l'orthopédie?

**YPLM:** La chirurgie orthopédique est une chirurgie récente. Elle s'est individualisée en France après la deuxième guerre mondiale.

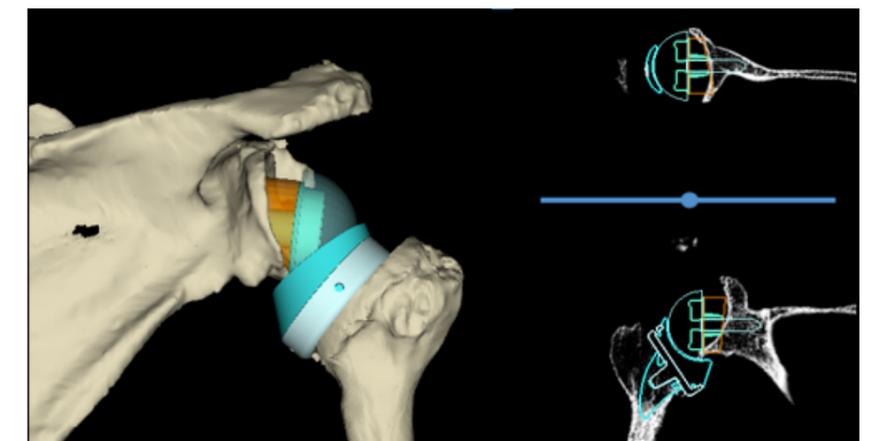
Les traumatismes de l'appareil locomoteur ont été de tout temps une préoccupation majeure, notamment dans le cadre des guerres où certains chirurgiens se sont illustrés tout particulièrement. Ambroise Paré (1510-1590), le père de la chirurgie française, au XVI<sup>ème</sup> siècle décrit avec minutie les moyens de réduire les luxations, les fractures et les appareils qui permettent de contenir les os en bonne place. Une fracture ouverte à cette époque est souvent synonyme de gangrène et de mort. Amboise Paré reste célèbre pour son travail sur les amputations. Il a été le premier à abandonner sur les champs de bataille la cautérisation des moignons avec de l'huile bouillante, pour faire une ligature des vaisseaux et des pansements avec de l'eau seule, et il a immédiatement constaté le bénéfice sur la cicatrisation et la douleur de ces traitements. Au XIX<sup>ème</sup> siècle, Guillaume Dupuytren (1777-1835) est une figure chirurgicale illustre. Unanimement reconnu par ses qualités d'orateur et d'opérateur, il n'a pas connu, cependant, l'anesthésie! Celle-ci constitue une véritable révolution.



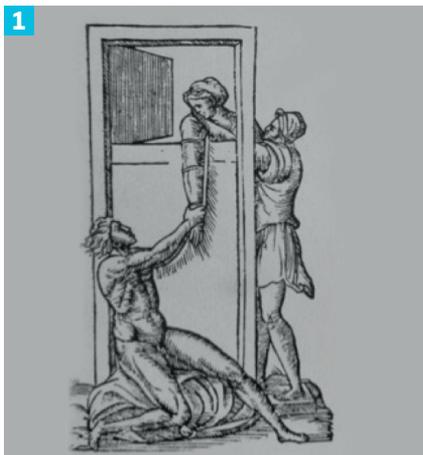
Première prothèse de hanche en acrylique, Pr Judet (1946)



Prothèse anatomique d'épaule moderne en pyrocarbone (2018)



Planification 3D d'une prothèse inversée avant son implantation (2018)



**1** *Traité chirurgical du XVI<sup>ème</sup> siècle: Réduction d'une luxation de l'épaule à l'aide d'une porte en guise de contre appui.*



**2** *Ambroise Paré (1510-1590), le père de la chirurgie moderne.*

La chirurgie orthopédique avait besoin pour exister de quatre bases fondamentales : l'anesthésie, l'asepsie, la connaissance des matériaux implantables et l'imagerie. Ce n'est que très progressivement avec l'ère industrielle et scientifique du XIX<sup>ème</sup> siècle, que tout cela a permis l'essor de l'orthopédie.

Ainsi, l'anesthésie, qui apparaît vers 1837, n'a pas fait l'unanimité à ses débuts. Certains considéraient que l'usage de l'anesthésie était comparable à l'usage de drogues, avant de changer d'avis, et considéraient la douleur comme un phénomène inséparable de l'acte opératoire.

À cette époque l'infection est un cauchemar qui ne sera pas résolu avant le début du XX<sup>ème</sup> siècle. La découverte des agents microbiens par Pasteur, l'apparition de l'antisepsie puis de l'asepsie conduiront au début du siècle à la construction des blocs opératoires comme nous les connaissons aujourd'hui.

La grande guerre révèle une chirurgie de toutes les audaces, notamment avec les « gueules cassées » qui entraîneront un essor prodigieux de la chirurgie plastique. La radiographie, mise au point par Röntgen, permet enfin de visualiser exactement les fractures, leur réduction et la consolidation ainsi que toutes les pathologies osseuses. Une fracture du fémur, un fracas du

genou, surtout en temps de guerre, sont des lésions gravissimes qui ont ouvert un vaste champ de réflexion avec une amélioration constante des techniques chirurgicales et des moyens mis à disposition.

Après la deuxième guerre, la chirurgie moderne est propulsée en avant par l'apparition de matériels d'ostéosynthèse très sophistiqués et une meilleure connaissance de la physiologie osseuse, en particulier sous l'impulsion d'un chirurgien Suisse, le Pr Muller. La découverte des antibiotiques facilite les audaces chirurgicales et bon nombre de fractures, autrefois plâtrées, sont opérées.

*La chirurgie orthopédique avait besoin pour exister de quatre bases fondamentales : l'anesthésie, l'asepsie, la connaissance des matériaux implantables et l'imagerie.*

En parallèle au développement du traitement des fractures des membres ou de la colonne vertébrale, quelles qu'elles soient, apparaissent les prothèses articulaires. On doit à Robert Judet, un premier modèle de prothèse acrylique pour le remplacement de la hanche. Très vite, cette arthroplastie est supplantée par l'apparition d'une prothèse totale voisine de nos prothèses ac-

tuelles. C'est John Charnley, un chirurgien anglais, qui est à l'origine de ce formidable bouleversement.

Ensuite, c'est l'arthroscopie qui a bouleversé notre profession. Elle a permis, au début timidement, de retirer les ménisques, puis, aujourd'hui d'intervenir dans toutes les articulations pour faire des plasties ligamentaires au niveau du genou, des réparations de rupture de tendon au niveau de l'épaule ou des stabilisations d'épaules instables avec une remarquable précision.

Cette révolution chirurgicale tient largement au progrès de la physique et de la connaissance des matériaux.

**MB:** Et quelles pourraient être les évolutions liées à l'innovation ?

**YPLM:** Dans le futur, on peut imaginer avoir des aides biologiques (cellules souches, greffes biologiques) pour faire cicatriser des lésions. D'un point de vue chirurgical, l'opérateur sera aidé pendant l'intervention par une technologie qui lui permettra, en temps réel, d'adapter son geste en fonction des lésions. Les « datas » ou données, c'est-à-dire l'accumulation des connaissances sur des millions de patients grâce à la technologie nous permettra forcément d'améliorer notre pratique et cela dans de nombreux domaines.

PROPOS RECUEILLIS PAR MARIE BRAULT