

V31

L'arthroplastie d'épaule chez les patients de moins de 60 ans. Analyse des facteurs de survie de 1331 épaules avec un recul minimum de 2 ans.

Luc Favard, G. Bacle, C. Agout, J. Berhouet (Tours)

Introduction :

Les arthroplasties d'épaule chez les sujets jeunes ont un risque plus élevé de reprises chirurgicales.

Objectif :

Evaluer le taux de reprise des arthroplasties d'épaule de première intention chez les patients de moins de 60 ans. Notre hypothèse est que l'étiologie et le type d'arthroplastie sont les principaux facteurs influençant ce taux de reprise.

Matériel et Méthodes :

Il s'agit d'une étude multicentrique incluant toutes les arthroplasties de première intention implantées avant 2015 et revues avec un minimum de 2 ans. Il y avait 1331 épaules chez 1046 patients (47% de femmes, âge moyen de 51 ans) avec 47% d'hémiarthroplasties (Hémi), 38% de prothèses totales anatomiques (PTEA) et 15% de prothèse totales inversées (PTEI). Il y a eu 28 patients décédés avant 2 ans de recul, 162 perdus de vues et 205 changements. Les courbes de survie ont été établies selon Kaplan Meier.

Résultats :

A part 35 cas de tumeurs (avec un taux de survie de 58% à 10 ans) et quelques rares étiologies, le taux global de survie à 10 ans étaient de 81% pour les hémi et les PTEA et 96% pour les PTEI. Le taux de survie à 10 ans des hémi, était de 82% pour les fractures, 96% pour les nécroses (ONTH), 88% pour les polyarthrites rhumatoïdes (PR) et 78% pour les séquelles de fracture (FS). Après 10 ans, ce taux varie peu. Le taux de survie à 10 ans des PTEA, était de 82% pour les arthroses primitives (AP), 86% pour les arthropathies post instabilité (API), 86% pour les PR et 83% pour les FS mais respectivement de 65%, 44%, 75% et 60% à 15 ans. Pour les PTEI le taux était de 100% pour les ruptures massives de coiffe avec ou sans arthrose et 100% pour les PR. Pour les OP, les API et les PR le taux de survie après 12 ans, était meilleur avec les hémis qu'avec les PTEA.

Conclusion :

Quand le cartilage glénoïdien est intact (fracture, ONTH) l'hémi est la meilleure indication. Quand la coiffe est non fonctionnelle, la PTEI est la meilleure indication. Pour les OP, les OPI, la PR et les FS, la PTEA a un bon taux de survie à 10 ans mais beaucoup moins ensuite à l'opposé des hémis. S'agissant de patients jeunes l'indication dans ces étiologies, doit prendre en compte ces notions.