



INFORMATION PREOPERATOIRE

Clinique Universitaire de Chirurgie Orthopédique et
Traumatologie du Sport

Professeur J. TONETTI

REPARATION DE LA COIFFE DES ROTATEURS SOUS ARTHROSCOPIE

QU'EST-CE QUE C'EST ?

Les muscles qui entourent l'omoplate se rejoignent en une nappe tendineuse commune appelée la coiffe qui s'insère sur l'humérus. Son rôle principal est de centrer la tête humérale permettant aux autres muscles (comme le Deltoïde) plus puissants d'effectuer les différents mouvements de l'épaule. Il y a des rotateurs externes (Supra-Epineux, Infa-Epineux et Teres Minor) et un seul rotateur interne (Sous-Scapulaire). La longue portion du biceps, qui a un passage intra-articulaire avant de s'insérer au-dessus de la glène, participe souvent aux phénomènes douloureux. Vous avez une rupture de la coiffe des rotateurs. Ceci peut être responsable de douleurs et d'une diminution de la force. Il s'agit le plus souvent d'un problème dégénératif, où les tendons de la coiffe perdent leurs qualités tissulaires et se rompent sur un traumatisme minime ou progressivement. L'épaule est une articulation « suspendue » à cette coiffe des rotateurs, c'est donc elle qui s'abîme avec l'âge (contrairement aux membres inférieurs, où l'on développe de l'arthrose). Il est difficile de dire si ce « trou » va s'agrandir ou rester tel quel. Par contre, si le tendon ne fonctionne pas durant longtemps, le muscle qui s'y rattache va s'accompagner à terme d'une dégénérescence graisseuse rendant toute réparation inutile si l'on attend trop. Cette évolution est lente dans la plupart des cas sauf pour le muscle sous-scapulaire (seul muscle de la coiffe qui est rotateur interne donc très important à prendre en considération). L'élément prédictif qui peut conduire à la dégénérescence graisseuse irréversible des muscles (donc irréparabilité) est la rétraction tendineuse, observée dans les ruptures traumatiques, et les lésions dégénératives qui s'étendent.

En accord avec votre chirurgien et selon la balance bénéfice-risque, il vous a été proposé une réparation de la coiffe des rotateurs sous arthroscopie. Le chirurgien vous a expliqué les autres alternatives. Il va de soi que votre chirurgien pourra, le cas échéant et en fonction des découvertes peropératoires ou d'une difficulté rencontrée, procéder à une autre technique jugée par lui plus profitable à votre cas spécifique.

AVANT LE TRAITEMENT

Le diagnostic peut être fait par le simple examen clinique, mais une imagerie 2D (IRM, arthro TDM ou arthro IRM) est très souvent réalisée pour confirmer le diagnostic et visualiser la lésion avant de prévoir tout geste chirurgical.

QUEL TRAITEMENT ?

Le but est bien sûr de réparer ce trou garant de la récupération de la force mais aussi de réaliser des gestes qui vous permettront de récupérer l'indolence. Par conséquent, une décompression sous-acromiale visant à débrider tous les tissus inflammatoires et faire de la place à la coiffe réparée, contribuera à cela. La longue portion du biceps est également systématiquement dérivée (geste très efficace sur la douleur). Ce geste est réalisé sous contrôle arthroscopique (sans ouvrir l'épaule) par des mini-incisions : la caméra est introduite dans l'articulation par une incision et les instruments par l'autre incision. Le geste débute par l'exploration de l'articulation. La lésion de la coiffe est ensuite visualisée. Le chirurgien procède à sa réparation. Toute autre lésion visualisée est également traitée

dans le même temps si cela est nécessaire. Il est rare, mais il arrive que le saignement per-opératoire trop important conduise à convertir à ciel ouvert. La chirurgie est réalisée sous anesthésie générale +/- locorégionale. L'hospitalisation est le plus souvent de 48 heures.

APRES LE TRAITEMENT

Les suites post opératoires sont essentielles à la cicatrisation de la coiffe réparée, par conséquent il faut absolument prévoir l'intervention à un moment où vous pouvez vous organiser, sinon vous risquez d'avoir fait tout cela pour rien. Il ne faut surtout pas forcer sur cette épaule pendant 6 mois (ne pas porter plus que le poids d'un verre d'eau). Vous aurez 6 semaines d'attelle avec des séances d'auto-rééducation qui vous seront enseignées lors de votre hospitalisation. En fonction des lésions constatées en per-opératoire et du geste réalisé, les séances de rééducation avec un kinésithérapeute en piscine pourront débuter soit précocement (à 15 jours post-opératoire) soit de façon différée (à 45 jours post-opératoire, en cas de suture sous « tension »). Il faut compter en moyenne 1 mois pour reprendre les gestes usuels de la vie courante (se laver ou s'habiller seul(e)) et 3 mois pour conduire (après récupération d'une élévation active "au dessus de la tête"). Aucun travail de musculation ne doit être entrepris pendant les 6 mois post-opératoires sous peine de risquer une récurrence. La rééducation de l'épaule se résume à de "simples étirements" que vous devrez être amené à faire vous mêmes entrecoupés de contrôles réguliers pour retrouver la souplesse. Tant que l'épaule est raide elle peut rester douloureuse.

LES RÉSULTATS OBTENUS

La cicatrisation tendineuse et la récupération de la force est fonction de l'importance de la rupture de la coiffe (taille), l'importance de la dégénérescence graisseuse des muscles (irréversible), de la qualité des tendons et de votre âge. Il est possible qu'il reste un petit trou voire que la coiffe trop abîmée ne veuille pas cicatriser. Ceci ne s'accompagne pas pour autant d'un mauvais résultat fonctionnel car le débridement des tissus inflammatoires permet de récupérer dans la majorité des cas l'indolence. La récupération de la force est fonction des tendons qui restent insérés sur l'os. Le taux de cicatrisation complète peut atteindre 85% à 6 mois, garant d'un gain en force. La plupart des "non-cicatrisations" surviennent avant 3 mois (10%), après 6 mois les lésions itératives sont exceptionnelles ce qui montre bien la nécessité de bien respecter nos consignes pendant 6 mois.

COMPLICATIONS

➤ Les plus fréquentes

C'est une chirurgie mini-invasive et les risques sont limités et rares. Il y a bien sûr tous les risques liés à l'anesthésie générale et locorégionale (vous en parlerez avec l'anesthésiste lors de la consultation pré-opératoire). La raideur et l'algodystrophie peuvent péjorer le résultat. Tant que vous n'aurez pas récupéré vos amplitudes, vous garderez des douleurs. C'est pour cela que l'essentiel de la rééducation repose sur les étirements. Il est possible que vous observiez une ecchymose qui descend le long du bras car le saignement per-opératoire peut diffuser selon les règles de la pesanteur. La non cicatrisation des tendons est également un risque (20% des réparations de coiffe ne cicatrisent pas). Beaucoup plus rares, citons : l'infection, l'hématome post-opératoire, fracture de matériel d'arthroscopie avec débris laissés à l'intérieur, lésions vasculo-nerveuses... **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.**

POUR CONCLURE

Prenez le temps de réfléchir, c'est rarement une urgence, mais n'attendez pas trop quand même si vous désirez vous faire réparer la coiffe des rotateurs avec de bonnes chances de cicatrisation (idéalement, il faudrait vous opérer dans l'année). Il est impératif que votre épaule soit bien souple

avant l'intervention. Prenez le temps de vous organiser par rapport à vos contraintes professionnelles ou quotidiennes car la rééducation est primordiale pour obtenir un bon résultat.