

Rupture de la coiffe des rotateurs

La rupture de la coiffe des rotateurs est une pathologie très fréquente. Elle survient chez l'adulte de plus de 40 ans en raison d'une pathologie dégénérative des tendons ou/et d'un traumatisme (choc direct, étirement, luxation). Son diagnostic rapide évite les séquelles douloureuses. Son traitement consiste en une réparation de la lésion par arthroscopie, sous anesthésie généralement locale et au cours d'une hospitalisation très courte (2 à 3 jours).

2 Types de rupture tendineuses peuvent exister :

la rupture traumatique (étirement, luxation de l'épaule, mouvement forcé)

la rupture dégénérative (par usure et vieillissement), en sachant toutefois que ces 2 types sont très souvent liés et intriqués.

La rupture d'un ou de plusieurs tendons se manifeste par une douleur et une baisse de la mobilité active et de la force au niveau de l'épaule. Le bras devient difficile à mobiliser et les gestes de la vie quotidienne sont désormais douloureux voire impossibles.

C'est l'impotence fonctionnelle douloureuse du membre supérieur.

Pourquoi une opération ?

L'évolution naturelle d'une rupture des tendons de l'épaule se fait vers un élargissement progressif de la rupture et donc vers une gêne fonctionnelle de plus en plus importante. De plus, en cas d'attente, la réparation chirurgicale devient plus difficile (rétraction tendineuse majorée) et le résultat de celle-ci plus incertain. Le but de la réparation de la coiffe est le soulagement de la douleur et la récupération de la mobilité ainsi que de la force au niveau de l'épaule. Elle permet de plus d'empêcher la dégradation progressive de l'articulation et de sa fonction.

Cette intervention est donc obligatoire en cas d'impotence fonctionnelle douloureuse prolongée, elle demeure très discutable (au cas par cas) en cas d'indolence ou en cas de récupération fonctionnelle rapide.

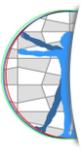
La suture arthroscopique

Une réparation de la coiffe consiste réinsérer le tendon rompu au niveau de son emplacement anatomique afin de restaurer sa fonction. Ce geste est réalisé sous arthroscopie, c'est à dire sans ouvrir l'épaule et en y accédant que par des petits orifices de moins de 5 mm.

L'arthroscopie respecte donc ainsi toutes les structures anatomiques et permet d'accéder à l'articulation sans agresser les muscles et les ligaments. Cette technique présente donc des avantages prouvés par rapport à la chirurgie traditionnelle à « ciel ouvert ».

- **Cicatrices peu ou pas apparentes**
- **Pas de lésions musculaires**
- **Récupération fonctionnelle plus rapide**
- **Peu ou pas de saignement**
- **Risque infectieux moindre.**

Plusieurs petites incisions de 5mm chacune sont réalisées autour de l'épaule. Un arthroscope, c'est à dire une petite caméra, est introduit par l'une d'entre elles pour visualiser l'ensemble de l'articulation et notamment la rupture tendineuse. Des instruments de petite taille sont introduits par les autres incisions pour réaliser le geste chirurgical.



Le geste chirurgical comporte plusieurs éléments : on réalise un nettoyage de l'épaule et une résection des tissus inflammatoires. L'os et le tendon sont avivés et préparés pour la réparation.

Après taraudage une ou plusieurs ancres sont vissées au niveau de l'humérus. Les fils montés sur ces ancres sont passés dans le tendon et noués entre eux afin d'appliquer le tendon à l'os.

Après la suture tendineuse, une résection minimale de l'épaisseur de l'os situé au dessus des tendons (acromion) est faite afin d'éviter tout contact excessif avec la suture tendineuse récente.

L'intervention qui dure en moyenne 45 Minutes. Elle nécessite une hospitalisation de 2 à 3 jours.

Cette intervention est réalisée sous anesthésie loco-régionale ou sous anesthésie générale. C'est votre anesthésiste qui décide avec vous de la meilleure anesthésie en fonction de votre état de santé.

Après l'intervention nous accordons une importance toute particulière à l'absence de douleur. Vous aurez systématiquement une seringue électrique diffusant automatiquement un ensemble de substances antalgiques à l'efficacité prouvée.

Les soins post-opératoires

Vous aurez au niveau de votre épaule 2 à 3 petits abords de moins de 5 mm.

Le pansement sera systématiquement refait une fois à la clinique. Après votre sortie à domicile, il est impératif qu'une infirmière vienne surveiller vos plaies et refaire vos pansements tous les 2 jours.

Une consultation chirurgicale est programmée à la 3ème semaine post-opératoire. **En cas de nécessité celle-ci peut être plus rapide sur un simple appel de votre part.**

Rééducation et reprise de l'activité

Pendant les 3 premières semaines après l'opération, votre épaule sera immobilisée dans une attelle spéciale. Celle-ci est amovible et vous pourrez vous même mobiliser votre coude et votre poignet selon les consignes qui vous aurons été données par le kinésithérapeute de la clinique.

A partir de la 4ème semaine post opératoire, c'est votre Kinésithérapeute qui mettra en route un programme plus intensif de rééducation ; c'est lui qui vous fera bouger le bras selon les consignes spécifiques de votre chirurgien.

L'attelle est généralement enlevée totalement et définitivement à partir de la 6ème semaine post-opératoire.

Une auto-rééducation complémentaire peut-être entreprise par vos soins

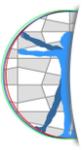
Les risques et complications

En plus des risques communs à toute intervention chirurgicale et des risques liés à l'anesthésie, il existe quelques risques plus spécifiques à l'articulation de l'épaule :

- Une raideur articulaire peut se développer si la rééducation post opératoire n'est pas bien prise en charge.

- Des réactions inflammatoires post opératoires peuvent occasionner des douleurs importantes et un ralentissement de la rééducation. Ces réactions enraidissantes exacerbées correspondent soit à une algodystrophie, soit à une capsulite. Ces complications restent longues à guérir. Cependant, de nouveaux traitements existent et permettent de les gérer plus facilement quand le diagnostic est fait rapidement.

- La survenue d'une infection de l'articulation reste exceptionnelle puisque le geste chirurgical est réalisé sous lavage arthroscopique. Cette complication connue nécessite un lavage de l'épaule et une antibiothérapie dont la prescription et la durée du traitement dépendent du germe en cause. Un suivi dans le service de médecine infectieuse du Pr Dellamonica sera alors impératif.



- La persistance des douleurs articulaires ou la non cicatrisation des tendons à l'os sont aussi des possibilités à envisager bien qu'elles soient inhérentes à la pathologie initiale.

Les risques énumérés ne constituent pas une liste exhaustive. Votre chirurgien donnera toute explication complémentaire et se tiendra à votre disposition pour évoquer avec vous chaque cas particulier avec les avantages, les inconvénients et les risques de l'intervention.

Les résultats attendus de votre opération

La cicatrisation du tendon à l'os n'est pas obtenue dans tous les cas, elle est de l'ordre de 60 à 80% des cas. Cette cicatrisation dépend de plusieurs facteurs comme la taille et l'ancienneté de la rupture, la qualité du tendon ou encore l'âge.

En cas de non cicatrisation du tendon à l'os, le résultat sur la douleur n'est pas forcément altéré, mais la récupération de la force au niveau de l'épaule n'est pas complète toutefois le résultat est souvent quand même satisfaisant par rapport à l'état clinique initial.

Les résultats de cette technique sont reconnus comme très bénéfiques puisqu'on retrouve un soulagement de la douleur et une amélioration de la fonction au niveau de l'épaule dans plus de 90% des cas.

Le délai de la disparition des douleurs est très variable en fonction de l'état pré-opératoire et des différents types de rupture tendineuse.

La récupération complète de la mobilité et de la force musculaire surviennent en général entre 3 et 6 mois.