

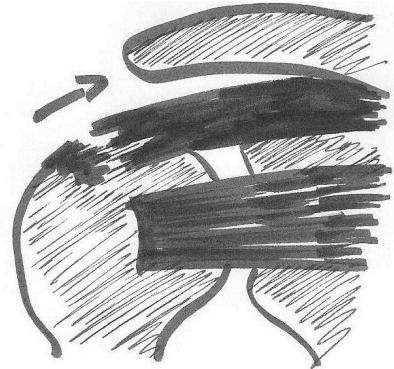
Dr David FORISSIER
janv 2016

LA COIFFE DES ROTATEURS DE L'ÉPAULE

Qu'est-ce que c'est ?

La coiffe des rotateurs de l'épaule est l'ensemble des tendons qui recouvrent la tête de l'humérus et qui assurent le centrage de la tête humérale sur la glène de l'omoplate dans les mouvements d'élévation et de rotations du bras. Elle est soumise aux traumatismes de l'activité de l'épaule qui peuvent entraîner une dégradation progressive avec l'âge.

A l'occasion d'un traumatisme plus violent une décompensation de ces lésions peut entraîner des douleurs ou une raideur.



Il existe plusieurs stades lésionnels :

- La tendinite non rompue : correspond à une inflammation du tendon et se traite médicalement.

- La rupture de la coiffe des rotateurs avec tendons de bonne qualité : nécessite généralement une intervention chirurgicale pour réparer cette lésion et éviter son aggravation. Non réparée la rupture va s'étendre à l'ensemble du tendon. Celui-ci va progressivement se rétracter rendant une chirurgie ultérieure plus délicate et avec des résultats moins satisfaisants.

- La rupture ancienne ou sur tendon de mauvaise qualité :
Un tendon rompu depuis longtemps a tendance à se rétracter et à perdre ses qualités de contraction (dégénérescence graisseuse), cette évolution se faisant progressivement elle peut parfois passer inaperçue.
La mécanique de l'épaule étant modifiée, l'évolution se fera vers l'arthrose.
Des douleurs et/ou une raideur peuvent apparaître suite à un traumatisme bénin.

Le traitement sera d'abord médical et secondairement en cas d'échec une intervention pourra éventuellement être proposée.

Le diagnostic est orienté par l'examen clinique mais des radios simples ainsi qu'un arthroscanner et/ou une IRM sont nécessaires pour préciser le stade lésionnel et affiner le traitement.

Traitements

La tendinite non rompue

La rééducation est indispensable pour diminuer les douleurs, assouplir l'épaule et permettre une guérison qui peut prendre plusieurs mois

Une mise au repos de l'épaule est nécessaire. Des antalgiques sont proposés à la demande. Parfois une infiltration d'anti inflammatoire peut être pratiquée que l'on renouvellera si besoin une à deux fois.

La rupture de la coiffe des rotateurs avec tendons de bonne qualité

Seule la chirurgie permettra de faire cicatriser le tendon en bonne position et limiter le risque de rétraction.

On ne l'envisagera que sur une épaule souple et chez un patient motivé.

L'hospitalisation dure de 1 à 3 jours, l'intervention se déroule sous arthroscopie, l'objectif est de mettre l'extrémité du tendon au contact de l'os par l'intermédiaire de petites ancrs. Seule la cicatrisation permettra de résister aux forces de traction des mouvements actif.

Une attelle coude au corps est à converser pour 45 jours afin de protéger la réparation du tendon et éviter une nouvelle rupture.

Elle doit être portée jour et nuit et n'est enlevée que pour les séances de rééducation.



La rééducation passive où l'épaule est mobilisée par le kinésithérapeute peut débuter dès le lendemain de l'intervention. La rééducation en balnéothérapie débutera à partir de la cicatrisation cutanée sous surveillance du kinésithérapeute.

Le travail actif où vous élèverez de vous-même l'épaule débutera à l'ablation de l'attelle à 45 jours post opératoire.

On ne peut donc pas conduire pendant au moins 6 semaines.

La rééducation se poursuit durant 3 à 6 mois en fonction de l'évolution.

Elle devra être effectuée régulièrement selon les consignes de votre chirurgien pour limiter les risques de raideur ou de rupture itérative. La reprise des activités physiques lourdes peut être compromise.

la rupture ancienne :

Le tendon étant rétracté ou ayant perdu ses qualités de contraction une réparation anatomique de la coiffe des rotateurs n'est plus possible. Lorsque l'épaule est raide une rééducation est nécessaire pour l'assouplir.

Si les douleurs persistent malgré les antalgiques et une rééducation bien suivie, un nettoyage de l'articulation sous arthroscopie (acromioplastie, ténotomie du long biceps) peut être proposé.

L'hospitalisation est de 1 à 3 jours. Une attelle simple est à conserver uniquement à visée antalgique et peut être enlevée à la demande.

La rééducation active et passive débute dès le lendemain.

Le but de l'intervention sera d'améliorer les douleurs, elle n'empêchera pas l'évolution vers l'arthrose de l'épaule.

La chirurgie en ambulatoire (une journée) nécessite de bien récupérer ses antalgiques, de programmer ses soins infirmiers et de kinésithérapie avant l'intervention. Un accompagnant est indispensable pour sortir de la clinique.

Cette intervention peut être annulée le jour même en cas de circonstances exceptionnelles.

Il n'existe pas d'acte chirurgical sans **risque de complications secondaires** :

- **Saignement et hématome** : généralement résolutif en quelques jours, d'autant plus fréquent qu'il existe une prise d'anticoagulants

- **La récurrence** est possible d'autant plus que les tendons étaient fragiles ou que les consignes du port de l'orthèse et de rééducation n'ont pas été correctement suivies.

- **Le décrochage du long biceps** : lorsque le long biceps commence à souffrir on est amené à le sectionner de son insertion sur l'omoplate pour le fixer sur l'humérus. Cette fixation n'est pas systématique pour tous les chirurgiens.

Je la pratique car elle a l'avantage de conserver un aspect plus esthétique du bras. Parfois cependant, soit parce que le tendon est trop fragile, soit après un faux mouvement avant la cicatrisation ; le long biceps peut se décrocher. Un hématome apparaît sur le bras et le relief du muscle est plus visible vers le coude faisant un bras à la « popeye ».

La force et la fonction de l'épaule seront cependant identiques. Des crampes peuvent persister quelques semaines.

Cette désinsertion n'est pas un signe de rupture de la réparation des tendons principaux.

- **Retard de cicatrice** : le risque est augmenté par le diabète les problèmes artériels ou veineux et le tabagisme.
- **Infection post-opératoire** : douleurs anormales, pulsatiles ; gonflement et rougeur importante ; fièvre, pouvant nécessiter des soins locaux ; la prise d'antibiotique. Une ré-intervention est toujours possible. Pour limiter ce risque, le pansement doit rester sec et propre, il doit être renouvelé régulièrement selon les consignes, par un professionnel.
- **Algodystrophie** : une main gonflée, douloureuse, avec transpiration, puis raideur est rare mais préoccupante (L'évolution est traînante de plusieurs mois à 2 ans, des séquelles sont possibles (douleurs résiduelles, raideurs des doigts et/ou du poignet parfois même de l'épaule).
- **Lésions nerveuses**: baisse de sensibilité, fourmillements dans les doigts qui disparaissent généralement en quelques mois, en cas de plaie d'un nerf nécessitant une ré-intervention, des séquelles peuvent persister.
- **Déplacement du matériel** : en cas de mouvement actif intempestif avant la cicatrisation tendineuse, les ancrages peuvent être arraché par l'effort de contraction du tendon et nécessiter une reprise chirurgicale dans des conditions moins favorable que la première fois.
- **Réactions allergiques** : au latex, aux antibiotiques, au matériel implanté, aux pansements... il est important de bien signaler vos antécédents allergiques.
- Complications **anesthésiques et au traitement médical** post opératoire pouvant engager le pronostic vital.

Pour lutter contre ces complications une intervention est toujours possible. Cette intervention peut être annulée le jour même en cas de circonstances exceptionnelles.

Votre chirurgien est le mieux placé pour répondre à toutes les questions que vous vous poseriez avant ou après votre intervention. N'hésitez pas à lui en reparler avant de prendre votre décision.