

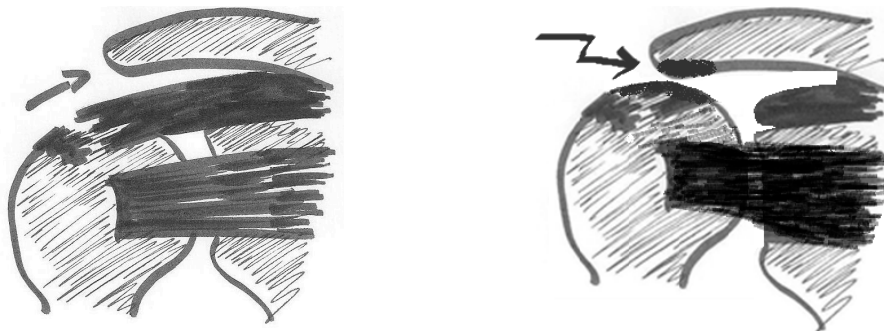
## TRANSFERT DU GRAND DORSAL POUR RUPTURE DE LA COIFFE DES ROTATEURS DE L'ÉPAULE

### La coiffe des rotateurs de l'épaule

C'est l'ensemble des tendons 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. Non réparée la rupture va s'étendre à l'ensemble du tendon.

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, la tête de l'humérus va s'élever et aura tendance à plus frotter contre l'omoplate. A terme 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 : rééducation, antalgique infiltrations.

En cas d'échec une intervention pourra éventuellement être proposée.

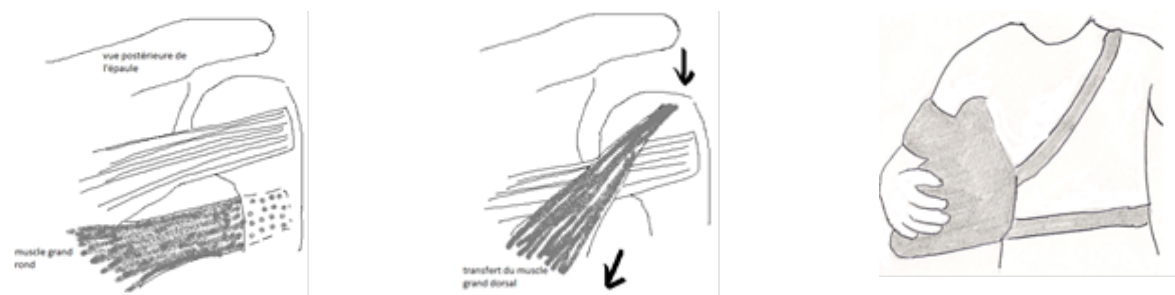
Le diagnostic est orienté par l'examen clinique mais des radios simples ainsi qu'un arthroscanner et/ou une IRM sont nécessaires pour préciser le stade lésionnel et affiner le traitement.

Le tendon étant rétracté ou ayant perdu ses qualités de contraction une réparation anatomique de la coiffe des rotateurs n'est plus possible de façon satisfaisante ou durable. Il faut donc envisager une intervention palliative pour améliorer les douleurs.

## L'intervention

L'hospitalisation est d'environ 3 jours. L'opération sous anesthésie générale consiste à modifier la position d'un puissant tendon (le grand dorsal) pour qu'il effectue une traction qui va abaisser la tête de l'humérus dans l'objectif de diminuer le frottement sur l'omoplate.

Deux ouvertures sont nécessaires : une sur le dessus de l'épaule, l'autre sous l'aisselle.



Une attelle en abduction est à conserver pour 45 jours afin de protéger la cicatrisation du tendon et éviter une 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, en maintenant le bras en abduction.

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.

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

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

- **saignement et hématome** : sur le bord du thorax ou l'épaule sont possible d'autant plus qu'un traitement anticoagulant est prescrit pour des problèmes de circulation ou cardiaque, ils sont en général spontanément résolutif et nécessite exceptionnellement un nouveau geste chirurgical.

- **retard de cicatrice** : le risque est augmenté par le diabète les problèmes artériels ou veineux et le tabagisme.

- **l'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.

- **l'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).

- **les lésions nerveuses**: baisse de sensibilité, fourmillements dans les doigts qui disparaissent généralement en quelques mois, en cas de plaie du nerf nécessitant une ré-intervention, des séquelles peuvent persister.

- **les lésions tendineuses** : une rupture du tendon peut survenir avant pendant ou après l'intervention, par lésion avec un outil chirurgical ou par le traumatisme initial qui peut fragiliser le tendon ou le rompre secondairement

- **le déplacement du matériel** : en cas de plaque, vis, broches ou fixateur...

- **Les 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.

Votre 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*