



RUPTURE DE LA COIFFE DES ROTATEURS

www.flandre-orthopedie.com

QUELLE PARTIE DU CORPS ?

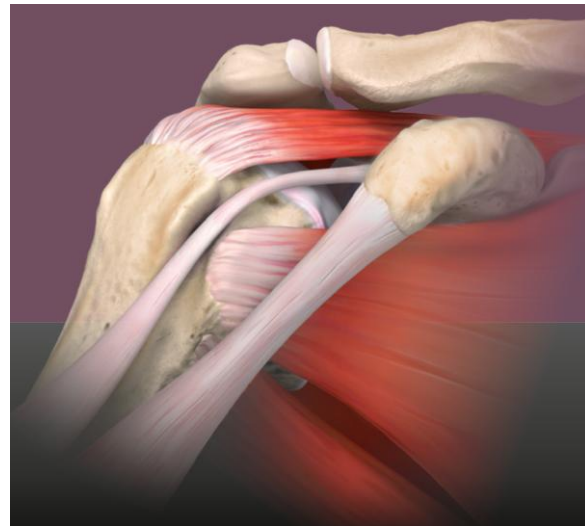
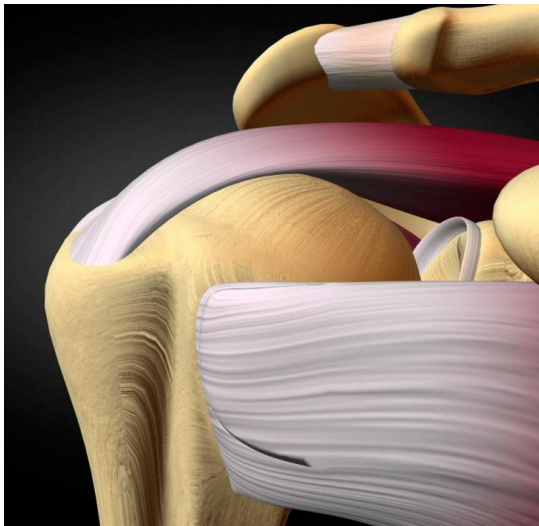
L'affection dont vous êtes atteint touche l'épaule. L'épaule est une articulation importante car elle permet les mouvements du bras et de la main dans toutes les directions.

L'épaule est constituée de la tête de l'os huméral (humérus) qui s'articule avec une partie de l'omoplate appelée "cavité glénoïde". Cette articulation est surplombée par une autre partie de l'omoplate qui s'appelle "l'acromion" et qui forme une voûte osseuse au-dessus de l'articulation.

Lorsque l'on regarde une épaule, on voit des muscles apparents qui en forment le relief et qui contribuent à ses mouvements. A l'intérieur de l'épaule, il y a aussi d'autres muscles qui entourent l'articulation et qui participent aussi à tous ses mouvements.

Ces muscles sont appelés "la coiffe des rotateurs" et ils passent entre la tête de l'humérus et le dessous de l'acromion.

Ces muscles sont nombreux et ils doivent être bien synchronisés pour que l'épaule tourne de manière parfaitement bien centrée, quelle que soit la direction dans laquelle on l'utilise (l'épaule doit tourner rond !). C'est au niveau de ces tendons et de ces muscles de la coiffe des rotateurs que se produisent le plus souvent les phénomènes d'inflammations, de calcifications, de ruptures, ...



POURQUOI FAUT-IL TRAITER ?

- [Les éléments du diagnostic.](#)

- **Physiopathologie.**

La douleur de votre épaule peut provenir :

- de l'état des tendons et des muscles qui font bouger cette articulation (inflammation, déchirure, calcifications, ...). Si vos tendons sont abîmés, qu'il y ait eu un traumatisme (chute, accident,...) ou non (les tendons vieillissent aussi !), ils peuvent faire mal. Cette douleur est extrêmement variable, elle dépend de l'importance de l'inflammation, de l'existence ou non d'une déchirure des tendons, de votre âge, du travail effectué chaque jour par votre épaule. Certaines inflammations passagères peuvent faire très mal, alors que de grosses déchirures de tendons peuvent ne pas faire trop mal.
- du mauvais fonctionnement de cette articulation. Ce mauvais fonctionnement peut entraîner des frottements douloureux. Lorsque l'épaule ne fonctionne pas bien, elle ne "tourne pas rond" et la tête de l'humérus a tendance à monter et à coincer les tendons qui se retrouvent ainsi à frotter contre l'os situé juste au-dessus (acromion). Lorsque ces tendons frottent contre l'acromion, cela entraîne bien évidemment des douleurs dans certains mouvements. Vos douleurs sont donc liées à l'état de vos tendons et aux difficultés de fonctionnement de votre articulation.

- **Incidence clinique.**

L'inflammation ou la déchirure des tendons font mal et le frottement est le plus important lorsque vous levez le bras ou la nuit lorsque vous êtes couché dessus.

- **Incidence radiologique.**

La radiographie normale peut montrer l'arthrose, l'existence de crochets sur l'acromion et d'éventuelles calcifications.

Certains aspects sur une radiographie normale permettent d'évoquer l'existence d'une rupture des tendons ou d'autres atteintes de l'épaule.

Une étude plus approfondie de l'état de vos tendons et de vos muscles peut se faire à l'aide de bilans radiographiques plus sophistiqués comme le scanner et l'IRM.

- [Principes de base des traitements médicaux.](#)

- **Les limites du traitement médical.**

Les traitements médicaux ont surtout pour but de diminuer l'inflammation et la douleur. Si l'épaule a un problème de fonctionnement mécanique ou une atteinte de ses éléments justifiant d'une réparation ou d'un geste chirurgical autre, les médicaments vous aideront, mais ne pourront pas supprimer la cause du problème.

La rééducation est toujours importante car elle aide à utiliser au mieux l'articulation et à préserver son fonctionnement. Elle ne peut pas également régler tous les problèmes.

- Quand la chirurgie devient-elle nécessaire ?

La chirurgie devient nécessaire quand les médicaments et/ou la rééducation n'ont pas permis de faire disparaître les douleurs et le handicap et s'il existe une opération adaptée à votre cas précis, qui puisse améliorer votre état.

- [Principes de base des traitements chirurgicaux.](#)

Il existe de nombreuses opérations, certaines se font de manière traditionnelle avec ouverture, d'autres peuvent se pratiquer par endoscopie, c'est-à-dire au moyen de caméras minuscules et de petits instruments passés au travers de vos tissus par des incisions plus petites, d'environ 1 cm. Toutes les opérations ne peuvent se faire par endoscopie.

Les principes de base des opérations en question sont de réparer les tendons et, si cela est possible ou utile, de supprimer la douleur.

La réparation des tendons, s'ils sont déchirés, n'est pas toujours utile et elle ne se fera qu'en fonction de l'évaluation de leur état et de votre âge. En effet, le lâchage de certains de ces tendons fait partie du vieillissement naturel de cette articulation sans que cela entraîne nécessairement douleur ou handicap.

Le traitement de la douleur se fait également en enlevant quelques millimètres d'os sur la partie inférieure de l'os acromial. Cela s'appelle une acromioplastie. Le fait d'enlever ces quelques millimètres permet de diminuer ou de supprimer les frottements entre le rebord inférieur de cet os acromial et les tendons. En supprimant ces frottements, la douleur disparaît le plus souvent. Ce geste peut être fait avec ou sans réparation associée des tendons déchirés.

- Les limites des traitements chirurgicaux.

Chaque patient est différent. Aussi toutes les lésions ne peuvent être réparées. Si elles le sont elles ne peuvent pas toutes être réparées de la même manière. Il faut tenir compte du vieillissement de votre épaule et du type d'activité (travail de force, bureau ?) que vous demanderez à votre épaule. Bien évidemment la rééducation, si votre médecin la juge nécessaire, et votre volonté influenceront sur l'avenir à court et à long terme de votre épaule.

QUELS SONT LES RISQUES SI ON NE TRAITE PAS ?

Si on ne traite pas, la douleur et le handicap risquent de ne pas disparaître ou d'augmenter. Certaines lésions qu'il faudrait réparer (rupture des tendons) risquent de devenir irréparables avec le temps.

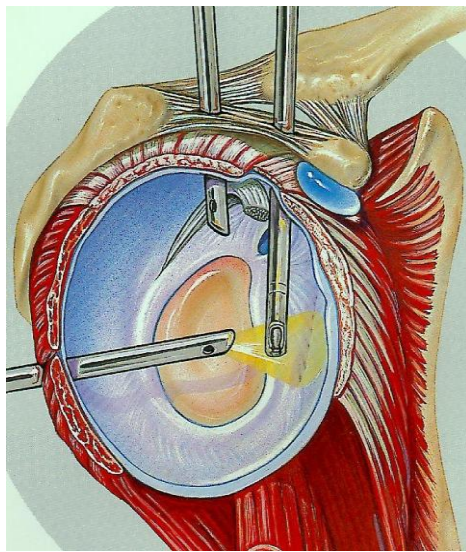
Seul votre praticien peut évaluer le bénéfice de l'opération et ce que vous risquez s'il on opère pas.

REPARATION PAR ARTHROSCOPIE D'UNE RUPTURE DE LA COIFFE DES ROTATEURS

UN GESTE VOUS EST PROPOSE :

- Introduction.

L'intervention qui vous est proposée consiste à réparer le ou les tendons déchirés par technique endoscopique. C'est un geste qui est le plus souvent associé, dans la même opération, à une "acromioplastie" (voir ci-dessous).



- Justification de la thérapeutique proposée.

Vous avez mal à l'épaule et un ou plusieurs de vos tendons sont déchirés. Votre praticien juge indispensable de supprimer cette douleur et de réparer vos tendons. Pour réaliser cette intervention il a choisi la technique endoscopique.

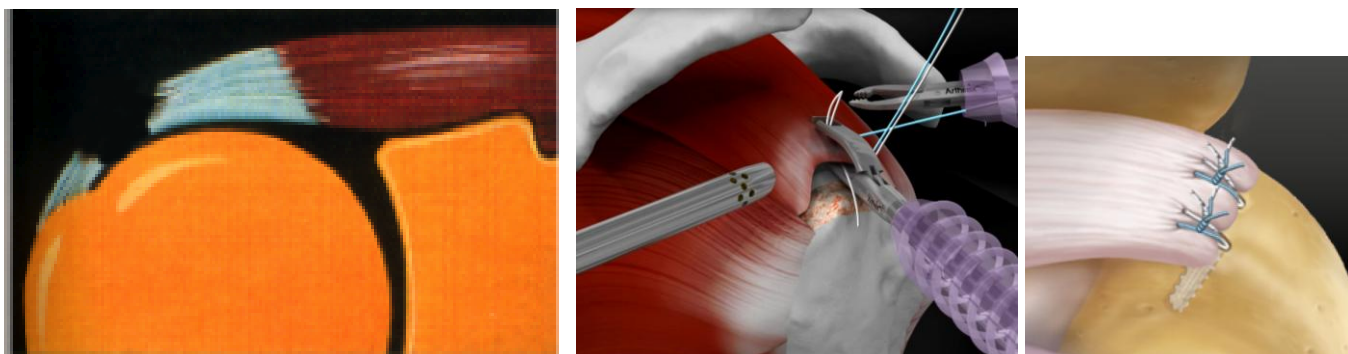
- Quel est le principe technique de l'opération qui vous est proposée :

Votre praticien réalisera deux gestes :

- **une acromioplastie.** L'acromioplastie consiste à enlever quelques millimètres de la partie inférieure de l'acromion, afin de diminuer les frottements entre l'acromion et les tendons entourant la tête de l'humérus. Le but de ce geste est de diminuer ou d'enlever les douleurs.
- **une réparation des tendons déchirés.** La réparation des tendons déchirés peut s'effectuer de manière très variable selon le type de déchirure et la qualité des tendons.

On peut soit refermer l'orifice par une suture simple, soit refixer le bord du tendon sur l'os de la tête de l'humérus, là où il était normalement attaché.

La fixation peut se faire directement sur l'os ou au fond d'une tranchée que le chirurgien creuse dans l'os de la tête de l'humérus.



COMMENT SE PASSE L'INTERVENTION ?

Dans la pratique :

- Les différents types d'anesthésie ?

L'anesthésie peut être générale (anesthésie générale : vous dormez) ou loco-régionale (anesthésie loco-régionale: l'épaule est endormie mais vous restez éveillé) c'est-à-dire limitée à la région de l'épaule. Les deux anesthésies peuvent aussi être réalisées ensemble. Chaque technique a ses avantages et ses inconvénients.

- Faut-il une transfusion ?

Il s'agit d'une opération à très faible risque de saignement, aucune transfusion n'est habituellement nécessaire, sauf en cas d'accident.

- L'encadrement médical et anesthésiologique.

L'intervention ne peut être réalisée que par des praticiens autorisés avec un encadrement médical et anesthésiologique codifié par des textes de loi précis. Pendant toute l'opération vous serez étroitement surveillé.

- Où se passe l'intervention ?

L'intervention se pratique dans un bloc chirurgical correspondant à des normes d'hygiène et de sécurité règlementées par des textes de loi précis.

- Comment se passe l'intervention ?

Il existe de nombreuses variantes possibles à chaque phase de l'intervention. Chacune a fait la démonstration de ses avantages et de ses inconvénients respectifs. Seul votre praticien pourra faire le choix de celle qu'il estime être la mieux adaptée à votre cas.

- **L'installation au bloc opératoire.**

Vous serez installé soit sur le côté, soit assis sur la table d'opération. Des draps stériles permettant de travailler de manière parfaitement propre entoureront la zone de l'ouverture de la peau.

- **La voie d'abord (l'ouverture).**

En général, une ou deux ouvertures sont pratiquées pour mettre en place la caméra qui servira à visualiser la zone de travail. Une ou deux autres incisions seront également nécessaires pour introduire les instruments qui permettront de compléter le bilan visuel de l'articulation et de réaliser l'opération (vidéo endoscopie). Selon la taille de la déchirure à réparer et la méthode de refixation des tendons utilisés, plusieurs autres petites incisions pourront être utiles.

- **Le geste principal.**

La réparation du ou des tendons se fait en général en refixant le tendon à son endroit d'origine au moyen de fil, d'ancre, de vis ou de toute autre méthode prévue pour être réalisée par arthroscopie. La difficulté du geste est liée à la taille de la rupture et à la qualité du tendon.

Il existe dans la pratique de très nombreuses méthodes pour fixer le tendon (fil, matériel, ..). Toutes ces méthodes ont fait leur preuve. Elles ont toutes des avantages et des inconvénients que seul votre praticien saura apprécier en fonction de votre cas. La fixation des tendons n'est en fait utile que les premières semaines jusqu'à l'obtention d'une bonne cicatrisation naturelle du tendon.

Parfois, il n'est pas possible de réparer toute la rupture et seule la partie réparable sera refixée. Parfois, le chirurgien juge utile lorsque la rupture n'est pas réparable, de refermer l'orifice restant par un muscle ou un tendon voisin (technique des lambeaux musculaires). Ceci rend l'intervention plus complexe et impossible par technique endoscopique.

- **Les gestes associés.**

Le plus souvent, le chirurgien enlève quelques millimètres de la partie inférieure de l'os acromial afin de diminuer les frottements avec les tendons ("acromioplastie").

- **La fermeture.**

La fermeture des petites cicatrices peut se faire par un pansement simple, des petites bandes adhésives (Stéristrip) ou des fils. Un tuyau d'aspiration peut parfois être mis en place les premières heures.

- **Combien de temps dure l'intervention ?**

La durée de l'opération est très variable. Tout dépendra du temps nécessaire au nettoyage des zones de travail, ce qui peut être plus ou moins long selon l'importance de l'inflammation et des adhérences en place. Ensuite, la réalisation de l'acromioplastie dépend de la technique utilisée, de l'importance du bec osseux et de la consistance de votre os.

Puis le temps nécessaire à la réparation des tendons est lié à la taille de la rupture, à son ancienneté, à la qualité de vos tendons et au type de technique utilisé.

L'intervention peut parfois durer près de 2 heures sans que pour autant il y ait eu de problème particulier.

QUE SE PASSE-T-IL APRES L'INTERVENTION ?

- Comment se passent les premiers jours ?

En général, après réparation des tendons, une immobilisation partielle ou complète est nécessaire afin de protéger les zones réparées.

Seul votre chirurgien connaîtra la solidité de la réparation et la qualité de vos tendons. Lui seul pourra donc définir les modalités de mobilisation de votre épaule après l'opération (écharpe, attelle, ...).

On admet en général que le bras ne doit pas être mobilisé activement par le patient les premières semaines, c'est-à-dire que vous ne devez pas essayer par vous-même de lever le bras au risque de déchirer la réparation.

Par contre, il faut préserver la souplesse de l'articulation et un rééducateur ou certains appareils pourront ainsi être utilisés pour mobiliser l'épaule sans que vous ayez besoin par vous-même de faire travailler les muscles réparés.

Le mode d'immobilisation (écharpe, attelle, bras libre, ...) et de rééducation (passive, active aidée, ...) sera décidé au mieux par votre chirurgien.

La douleur peut disparaître assez rapidement ou mettre du temps à diminuer sans que cela ne remette en cause la réussite de l'opération.



- Quand puis-je rentrer chez moi ?

Tout dépend de l'organisation de votre établissement et les habitudes de votre praticien. Vous pourrez ainsi rentrer chez vous (ou parfois aller en centre de rééducation lorsque votre médecin le jugera nécessaire) le jour même (ambulatoire) ou le lendemain de l'opération. Il n'y a pas de règle précise, tout se décide au cas par cas.

- **Comment se passe le suivi après l'intervention ?**

Le protocole de rééducation, ses modalités (auto-rééducation par vous-même, kinésithérapeute, centre de rééducation,...) seront définis avec vous par votre praticien avant votre départ de l'établissement.

Les suivis de consultations seront également décidés par votre praticien en fonction de ses habitudes, de votre atteinte et de la technique qu'il a utilisée. Il faut suivre scrupuleusement les consignes données par votre praticien, en particulier les consignes de prudence et de rééducation. Il faut également vous présenter aux visites de contrôle qu'il vous aura programmées. Votre praticien vous précisera les modalités de votre suivi (délai de rendez-vous de consultations, bilan radiographique éventuel, etc...).

QUELS SONT LES RESULTATS ATTENDUS ?

- **Douleur ?**

Il n'y a aucune règle. Certaines douleurs disparaissent rapidement, d'autres durent parfois plusieurs mois sans qu'il soit toujours possible d'expliquer pourquoi (contractures, petite raideur, problèmes cervicaux associés, ...).

A terme, le but est d'avoir une épaule qui ne fait plus mal du tout quelle que soit l'activité souhaitée par le patient.

Cela n'est pas toujours possible compte-tenu de l'état des tendons, du type de rupture, de l'âge du patient, et du type d'activité. Un travailleur de force sollicitera beaucoup plus son épaule qu'un patient sédentaire.

Habituellement l'essentiel des douleurs disparaît au cours des premières semaines.

- **Fonction ?**

Le but est d'obtenir une épaule apte à tout type d'activité, sans handicap. Cette notion est cependant variable car tout dépend, comme précisé ci-dessus, de l'état des tendons, du type de rupture, de l'âge du patient et du type d'activité.

On estime habituellement qu'il faut 2 à 3 mois pour récupérer une mobilisation à peu près normale de l'épaule et environ six mois pour une récupération musculaire suffisante.

- **Autonomie ?**

Ceci dépendra de votre âge et de la rapidité de récupération de la fonction de votre épaule.

- **Principaux soins ?**

Habituellement les Stéristrips ou les fils sont enlevés après une dizaine de jours.

QUELS SONT LES RISQUES ?

Tout ce qui se passe avant, pendant et après l'intervention est parfaitement codifié, que ce soit l'installation sur la table d'opération ou la technique opératoire. Tous ces éléments sont définis à l'avance et chaque point a fait l'objet d'études préalables approfondies parfaitement connues de votre praticien. Malgré la meilleure attention possible, des complications peuvent parfois survenir.

Il n'est pas possible de faire la liste des complications possibles tellement les cas de figures envisageables sont nombreux. On peut néanmoins citer de manière non exhaustive :

- **Liste type des principales complications possibles dans toute chirurgie de l'épaule.**

- **Pendant l'intervention**

- Un traumatisme des muscles et des tendons non prévus dans le geste opératoire pouvant entraîner la réalisation d'un geste chirurgical supplémentaire.
- Une lésion des vaisseaux sanguins pouvant nécessiter une transfusion ou un geste chirurgical non prévu.
- Une lésion des nerfs peut survenir et entraîner, malgré un traitement chirurgical adapté, des lésions définitives du ou des nerfs atteints (paralysie, handicap fonctionnel, ...). –
- Des zones de compression variables selon votre installation sur la table d'opération peuvent entraîner des lésions de la peau, voire des nerfs et des vaisseaux sous-jacents. Ces lésions disparaissent habituellement mais peuvent parfois persister.
- Des lésions de la peau peuvent également survenir par l'utilisation des produits de nettoyage, des collages de draps de protection stériles ainsi que de tout autre élément collé. Les zones de conduction de bistouri électrique peuvent également entraîner des lésions.

Tous les risques ci-dessus peuvent nécessiter des gestes complémentaires voire une nouvelle intervention. En cas de transfusion, une infection par le virus de l'hépatite et/ou du Sida est toujours à craindre. Néanmoins en théorie, les nombreux tests effectués sur les produits de transfusion doivent permettre d'éviter tout risque.

- **Après l'intervention**

- Saignement et hématome (poche de sang) qui peuvent nécessiter un traitement complémentaire.
- Infection. L'infection peut être diagnostiquée dans les jours ou les semaines qui suivent l'opération. Son traitement médical peut être très long et parfois un nouveau geste chirurgical peut être nécessaire. L'infection peut entraîner une raideur de l'articulation. De manière exceptionnelle, elle peut atteindre l'os et devenir chronique.
- Des caillots sanguins pouvant donner des phlébites. Ces caillots peuvent partir dans la circulation et entraîner des embolies par exemple par obstruction des vaisseaux des poumons.
- Atteintes des vaisseaux et des nerfs causés par des matériaux mis en place pendant l'opération. Ces atteintes peuvent entraîner des saignements et des lésions de nerfs.

- Déplacement après l'opération de matériaux mis en place pendant l'opération et pouvant endommager les vaisseaux et les nerfs ou tout autre élément anatomique. Ces déplacements peuvent nécessiter une nouvelle opération.
- Rupture des sutures (point de fixation), des tendons, des muscles, de la peau ou de tout autre élément sur lequel le chirurgien a travaillé. La mobilisation post-opératoire doit être adaptée à la solidité des sutures réalisées. Il est important de suivre les recommandations de votre chirurgien.
- Cicatrice de mauvaise qualité (adhérence, aspect épais de la peau, ...). Tout dépend de la qualité de votre peau. Des facteurs génétiques interviennent. En cas d'infection la cicatrisation est de moins bonne qualité.
- Raideur prolongée. Après l'opération, l'épaule peut être raide pendant un temps variable avec limitation des mouvements et perte de la force. Au pire, la raideur peut entraîner des réactions de l'os et de l'ensemble des tissus du membre supérieur. Cela s'appelle alors une "algodystrophie". Ces complications sont exceptionnelles mais peuvent être très longues à guérir.

- **Risques plus particuliers à cette intervention.**

Après réparation de la coiffe, le risque d'une nouvelle déchirure de la totalité ou d'une partie des tendons réparés ne peut jamais être formellement écartée que ce soit après réparation endoscopique ou après réparation conventionnelle ouverte.

Le risque est d'autant plus important en cas de faux mouvements, de travail de force, d'accident. Le vieillissement naturel des tendons augmente également leur fragilité avec les années.

Le lâchage de l'ensemble ou d'une partie des tendons réparés ne signifie pas nécessairement un échec de l'intervention dans la mesure où la douleur ne réapparaît pas et où l'ensemble des tendons restants permet un vieillissement normal de cette épaule sans handicap, même si elle est moins forte que si la réparation avait tenue.

- **Que faire en cas de problème (s) ?**

Il est indispensable de prévenir votre praticien en cas de survenue de douleur, de sensation anormale, de décoloration de la peau, même si cela vous semble peu important.

Il peut s'agir de problèmes de vaisseaux ou de nerfs que seul votre praticien pourra évaluer correctement.

- **Faudra-t-il enlever les matériaux mis en place pendant l'opération ?**

Habituellement, les implants sont laissés en place. Votre praticien sera seul juge avec vous de la conduite à tenir.

MON ETAT DE SANTE PEUT-IL INFLUER SUR LES RISQUES ?

Même si l'arthroscopie de l'épaule est considérée comme une opération à faible risque, toute atteinte du coeur, du poumon, de la circulation, du système nerveux peut augmenter les risques liés à une procédure chirurgicale.

Le bilan systématique par l'anesthésiste avant l'intervention aura permis de faire une évaluation précise de ces risques compte-tenu de l'opération prévue.

La qualité d'un résultat thérapeutique est toujours liée à l'état de santé général du patient. En termes de chirurgie de l'épaule, la qualité de vos muscles et la capacité que vous aurez à bien participer à la rééducation, c'est-à-dire à la remise en route de votre articulation seront capitales. Selon les cas, les exercices de rééducation pratiqués par vous-même ou avec un rééducateur avant l'opération peuvent faciliter la récupération après celle-ci.

QUE PUIS-JE FAIRE ?

- **Avant l'opération :**

Essayer, dans la limite des douleurs tolérables de préserver la souplesse et les muscles de votre épaule.

- **Après l'intervention :**

Il faut suivre les conseils de votre praticien et s'impliquer au maximum dans la rééducation qu'il vous aura prescrite.

Il est important de toujours faire confiance à votre praticien même si l'évolution après l'opération vous déçoit un peu ou que l'un ou l'autre de vos conseillers personnels remet en cause la réussite de l'opération.

Seul votre praticien peut évaluer le résultat de manière objective car lui seul connaît précisément les lésions qu'il a trouvées et les gestes qu'il a réalisés.

Si les choses ne vont pas comme vous l'auriez souhaité, ou comme vous aviez compris qu'elles devraient aller, c'est à lui en premier lieu à qui vous devez en parler.

Votre praticien connaît les limites de votre intervention et il sera le plus souvent le mieux placé pour adapter votre prise en charge afin d'arriver au meilleur résultat possible dans votre cas particulier.