



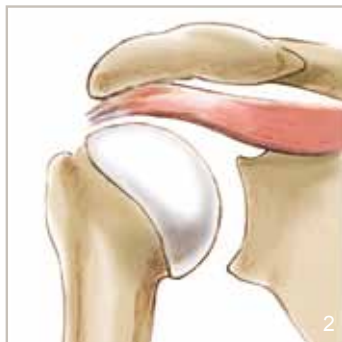
## RÉPARATION DES TENDONS DE LA COIFFE



### LE PROBLÈME : RUPTURE DES TENDONS DE LA COIFFE

L'épaule correspond à l'articulation entre l'omoplate et l'humérus. La partie supérieure de l'humérus constitue une tête qui pivote dans un creux de l'omoplate qui est la glène. L'acromion est une partie de l'omoplate qui forme avec le Ligament Acromio-Coracoïdien une voûte au dessus de l'articulation. Les tendons de la coiffe relient les muscles à l'os. Ils s'insèrent autour de la tête de l'humérus, coulissent entre la tête et l'acromion et participent aux mouvements de l'épaule (figure 1).

Un acromion épais avec une forme courbe constitue parfois un vrai bec osseux qui réduit l'espace de glissement et irrite les tendons. Le conflit sous acromial est un contact excessif et répété entre les tendons et l'acromion. Il engendre une inflammation des tendons et peut aboutir à leur rupture (figure 2).



La rupture d'un ou de plusieurs tendons se manifeste par une douleur voire une baisse de la mobilité ou de la force au niveau de l'épaule et une difficulté à lever le bras. L'évolution naturelle se fait vers un élargissement progressif de la rupture et donc une gêne de plus en plus importante, une réparation plus difficile et un résultat plus incertain.

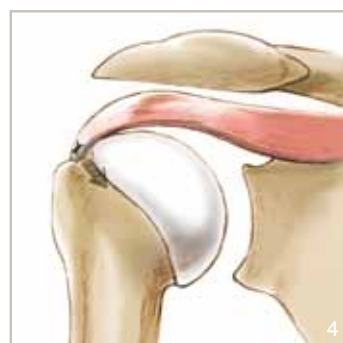
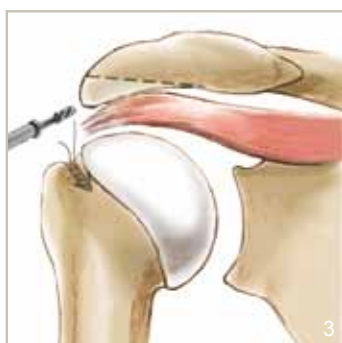
Le but de l'intervention est d'amarrer le tendon rompu à son emplacement naturel et d'élargir son espace de glissement en rabotant l'acromion. Elle permet alors de soulager la douleur, récupérer la mobilité et la force au niveau de l'épaule, et limiter la dégradation progressive de l'articulation.

### L'INTERVENTION : RÉPARATION DES TENDONS DE LA COIFFE

L'intervention est réalisée sous arthroscopie, c'est à dire sans ouvrir l'articulation. Deux ou trois petites incisions de 5 mm chacune sont réalisées autour de l'épaule. Une petite caméra est introduite par l'une d'entre elles pour visualiser l'articulation. Des petits instruments sont introduits par les autres incisions pour réaliser le geste chirurgical.

L'os et le tendon sont avivés et préparés pour la réparation. Une ou plusieurs ancrs sont vissées au niveau de l'humérus (figure 3). Les fils montés sur ces ancrs sont passés dans le tendon et noués entre eux afin d'appliquer le tendon à l'os (figures 5, 6 et 7).

La partie agressive de l'acromion responsable du conflit est délimitée, puis réséquée à l'aide d'une fraise motorisée qui rabote et aspire les débris osseux (figure 4). En fin d'intervention, on vérifie que l'acromion est plat et que le conflit est levé (figure 6).



L'intervention est réalisée sous anesthésie générale. Une anesthésie loco-régionale peut y être associée.

Elle dure en moyenne une heure et nécessite une hospitalisation d'environ 3 jours.

Après l'opération, un pansement stérile ainsi qu'une attelle sont mis en place.

Le traitement de la douleur sera mis en place, surveillé et adapté de manière très rapprochée dans la période post-opératoire.

Pendant les 3 premières semaines après l'opération, vous effectuez vous même une mobilisation passive modérée de l'épaule en réalisant des mouvement pendulaires plusieurs fois par jour.

De la 3<sup>ème</sup> à la 6<sup>ème</sup> semaine post-opératoire, c'est votre Kinésithérapeute qui mettra en route un programme de rééducation passive de l'épaule : c'est lui qui vous fera bouger le bras.

Après la 6<sup>ème</sup> semaine post-opératoire et la visite de contrôle chez votre chirurgien, vous pouvez enlever définitivement votre attelle et commencer la mobilisation active de l'épaule.

La reprise du volant est envisageable après le 2<sup>ème</sup> mois. Celle du travail survient en général entre le 3<sup>ème</sup> et le 6<sup>ème</sup> mois et cela en fonction de votre profession, une activité de bureau pouvant être plus précoce. La reprise des activités sportives ne sollicitant pas l'épaule est envisageable au 3<sup>ème</sup> mois. Il faut attendre le 6<sup>ème</sup> mois pour reprendre les sports sollicitant votre épaule.

### LES RISQUES ET LES COMPLICATIONS

En plus des risques communs à toute intervention chirurgicale et des risques liés à l'anesthésie, notons quelques risques plus spécifiques à cette chirurgie :

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 exacerbées correspondent parfois à une algodystrophie. Cette complication bien que rare, reste très longue à guérir. Cependant, de nouveaux traitements existent et permettent de la gérer plus facilement.

La survenue d'une infection reste exceptionnelle. Cette complication connue nécessite un lavage du site opératoire et la mise sous antibiotiques plus ou moins longue avec éventuellement une reprise chirurgicale.

Il est possible que la zone opérée saigne après l'intervention et qu'il se forme un hématome. En fonction de son importance, une évacuation peut s'avérer nécessaire.

Les nerfs qui entourent l'épaule peuvent être accidentellement blessés. Cette complication très exceptionnelle peut occasionner une douleur et une perte de la sensibilité de certaines parties du bras.

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

Dans les formes individualisées, la récupération complète survient en général entre 3 et 6 mois. Le résultat final dépend de l'importance de l'exérèse. Celle ci est jugée satisfaisante dans plus de 90% des cas.

Dans les formes diffuses, l'exérèse complète est plus difficile à obtenir et la disparition de la calcification se fait progressivement avec le temps. Le délai de récupération peut alors être plus long.

Les résultats de cette chirurgie sont cependant très encourageants puisqu'on retrouve une disparition des douleurs dans plus de 85% des cas ainsi qu'une récupération fonctionnelle satisfaisante dans plus de 95% des cas. Ces résultats sont maintenus dans le temps puisqu'on note une rupture du tendon dans moins de 5% des cas et un risque de récurrence quasi nul.

## DR JULIEN ROUÉ

Chirurgien du membre inférieur et du membre supérieur  
Arthroscopie, Prothèse articulaire, Chirurgie du sport

Ancien interne des hôpitaux de Paris  
Ancien Chef de Clinique des hôpitaux de Paris  
Praticien attaché à l'hôpital Cochin

Membre de la Société Française de Chirurgie Orthopédique  
Membre du Collège Français des Chirurgiens Orthopédistes  
Membre de la Société Française d'Arthroscopie

### CLINIQUE DES LILAS

41-49, avenue du Maréchal Juin  
93260 Les Lilas

Secrétariat : 06 48 37 46 45 - 01 43 62 21 28  
Fax : 01 43 62 22 28

email : [secretariat.docteur.roue@gmail.com](mailto:secretariat.docteur.roue@gmail.com)  
[www.julien-roue.fr](http://www.julien-roue.fr)

