

## TENDINITE DE LA COIFFE DES ROTATEURS

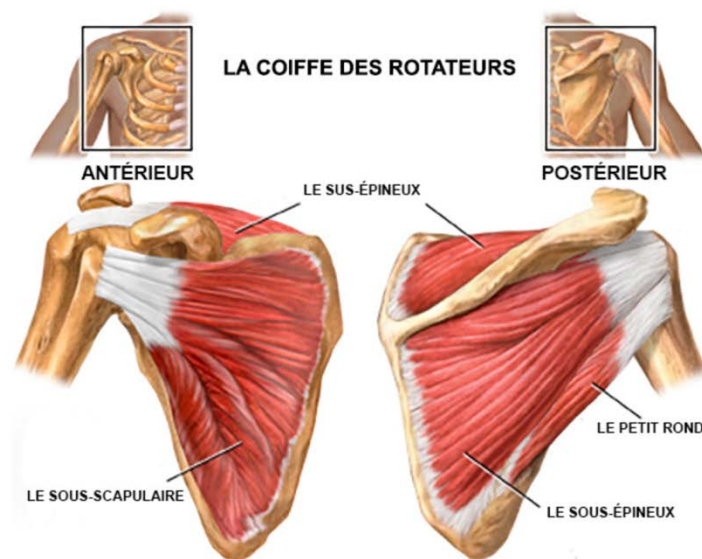
### RUPTURE DE COIFFE

*Ecrit par le Dr Blandine Marion et le Dr Florence Aim, chirurgiens, le 1<sup>er</sup> juillet 2018*

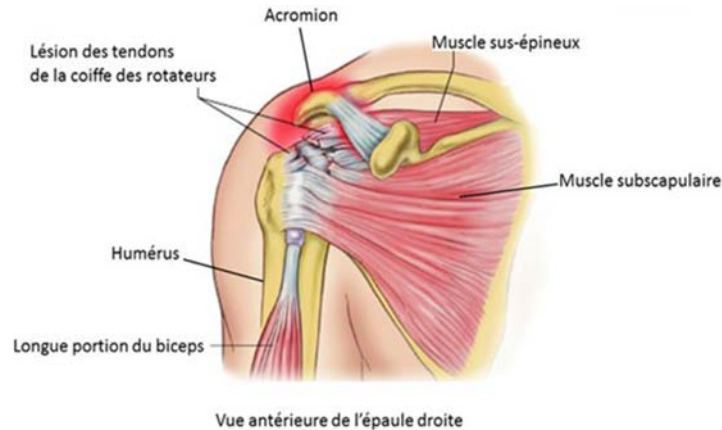
#### De quoi s'agit-il ?

---

La coiffe des rotateurs est un ensemble de tendons qui entourent l'épaule. Elle est constituée en avant du tendon du muscle sous-scapulaire, en haut de celui du muscle sus-épineux, en arrière du tendon du muscle sous-épineux, et en intra-articulaire entre le sus-épineux et le sous-scapulaire, du tendon de la longue portion du biceps.



Ces tendons peuvent être affectés par une hyper sollicitation, la dégénérescence naturelle ou un traumatisme. L'hyper sollicitation entraîne une inflammation appelée tendinite. Le vieillissement naturel, associé parfois à des facteurs favorisants anatomiques, aboutit à l'usure progressive du tendon jusqu'à la rupture complète irréparable responsable d'une arthrose secondaire.



Il n'y a pas toujours de corrélation entre les lésions anatomiques et l'importance de la symptomatologie : un patient peut avoir une coiffe totalement rompue et n'avoir jamais eu aucune douleur.

Une épaule devient parfois douloureuse à l'occasion d'un traumatisme. Ce traumatisme n'entraîne pas forcément de rupture directe de la coiffe, mais décompense sous une forme douloureuse un état pathologique préexistant qui était parfaitement bien toléré et compensé par l'action des muscles environnant et notamment du deltoïde.

Les patients souffrent habituellement de douleurs de l'épaule (souvent nocturne et irradiant vers le coude et les cervicales), d'une diminution de la mobilité articulaire et d'une baisse de force. L'examen clinique est très informatif et permet le plus souvent de faire un bilan relativement complet des tendons touchés par la maladie. Les radiographies classiques permettent de visualiser une calcification, des reliefs osseux agressifs (« bec acromial »), une arthrose ou une excentration de la tête. L'échographie est un examen de dépistage permettant de mettre en évidence une inflammation locale ou une rupture tendineuse partielle ou complète. Un arthro scanner ou une IRM permettent de visualiser précisément l'état des tendons et des muscles.



## Faut-il toujours opérer ?

---

Un traitement médical bien conduit comprenant notamment une infiltration de corticoïdes dans l'épaule, des anti-inflammatoires, des antalgiques et une bonne rééducation donne régulièrement des bons résultats et permet d'éviter une opération. Ce premier temps de traitement médical indispensable avant d'envisager une intervention.

La rééducation est primordiale. Son objectif est de soulager la coiffe des rotateurs en faisant fonctionner l'épaule grâce au muscle deltoïde et aux muscles qui tirent la tête humérale vers le bas afin d'empêcher la tête humérale de remonter. Cette rééducation en décoaptation inférieure permet à la coiffe des rotateurs de fonctionner sans frottement avec l'acromion, afin de diminuer le conflit sous acromial.

L'inefficacité du traitement médical, la persistance de douleurs et d'une gêne dans les activités quotidiennes, de loisir ou professionnelle doit faire envisager un traitement chirurgical.

## Comment se déroule l'intervention ?

---

L'intervention se déroule sous anesthésie générale et loco régionale suivi d'une hospitalisation de 12 à 24h.

Elle est réalisée sous arthroscopie (vidéo chirurgie) au travers de petites incisions sur l'épaule.

En cas de rupture récente, avec un muscle de bonne qualité, les tendons sont progressivement libérés et ramenés au contact de l'os (humérus) puis rattaché à celui-ci par des ancrés.

En cas de rupture ancienne, les muscles se rétractent et se transforment en graisse. Il est alors impossible de les réparer. On peut proposer parfois une intervention sous arthroscopie pour soulager les douleurs.

En cas de tendinite chronique, un nettoyage articulaire et le rabotage de l'acromion permettent de soulager les douleurs.

Les solutions chirurgicales sont envisagées lors de la consultation au cas par cas, en fonction des symptômes et des caractéristiques anatomiques des lésions tendineuses.

## Quelles sont les suites d'une intervention ?

---

Le délai de récupération dépend du geste réalisé.

En l'absence de réparation tendineuse, c'est la douleur qui guide la reprise des activités, sur un délai moyen de 6 semaines.

En cas de réparation tendineuse, une immobilisation d'un mois associée à une rééducation douce est mise en place. La récupération des mobilités, de la force et d'une épaule indolore s'effectue sur plusieurs mois (6 à 9 mois en moyenne). Une rééducation régulière et des exercices d'auto rééducation seront nécessaires pour accompagner la récupération articulaire.

Nous vous remettons lors de la consultation un livret récapitulant les exercices d'auto rééducation à effectuer dès le lendemain de l'intervention.

## Quels sont les risques ?

---

Tout acte chirurgical expose à un risque de complication qu'il faut mettre en balance avec les risques d'absence de traitement et ses bénéfices.

Les risques communs à toute chirurgie sont l'infection postopératoire (<1%), l'hématome, les troubles de cicatrisation et l'algodystrophie. Cette complication rare donne un membre supérieur gonflé, douloureux avec transpiration pendant plusieurs mois, et peut laisser des séquelles à type de douleurs résiduelles, de raideur des doigts ou du poignet.

Plus spécifiquement on notera l'éventualité d'une récurrence de rupture portant sur un ou plusieurs de tendons réparés, d'une absence de cicatrisation et de survenue de raideur articulaire secondaire à une capsulite (épaule gelée).

Les résultats sur la douleur, la mobilité et la récupération de la force musculaire dépendent du geste réalisé et des caractéristiques de la lésion initiale. Certains patients bénéficient d'une récupération complète de leur articulation tandis que d'autres peuvent n'avoir qu'un résultat partiel.

Le tabac augmente le risque d'infection et diminue les chances de cicatrisation tendineuse. Une abstinence est recommandée 6 semaines avant et après l'intervention.

Au total, il ne faut pas surévaluer les risques, mais simplement prendre conscience qu'une intervention chirurgicale, comporte toujours une petite part d'aléas.

*Votre chirurgien est le mieux placé pour répondre aux questions que vous vous poseriez avant ou après votre intervention. N'hésitez pas à lui en parler.*