

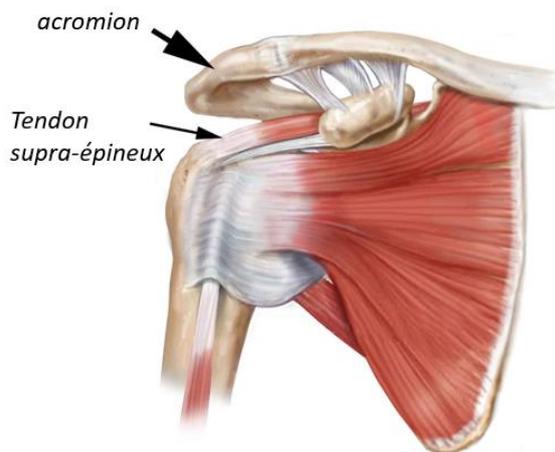
Fiche d'information

REPARATION ARTHROSCOPIQUE DES RUPTURES DE LA COIFFE

POURQUOI CETTE INTERVENTION ?

L'opération de réparation de la coiffe des rotateurs consiste à réparer les tendons de votre épaule qui se sont détachés de leur insertion osseuse, soit de manière spontanée, soit à la suite de traumatismes aigus ou chroniques.

Les tendons de la coiffe des rotateurs s'insèrent autour de la tête de l'humérus et participent aux mouvements d'élévation du bras et de rotation de l'épaule. Lorsque le bras monte, les tendons viennent se cogner et frotter sur une saillie de l'acromion qui constitue parfois un vrai bec osseux. Ce contact répété peut aboutir à la rupture des tendons.



Rupture du supra épineux

L'évolution naturelle d'une rupture des tendons de l'épaule 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 la réparation de la coiffe est le soulagement de la douleur et la récupération de la mobilité ainsi que de la force au niveau de l'épaule. Elle permet de plus d'empêcher la dégradation progressive de l'articulation.

COMMENT SE DERoule L'INTERVENTION ?

L'intervention :

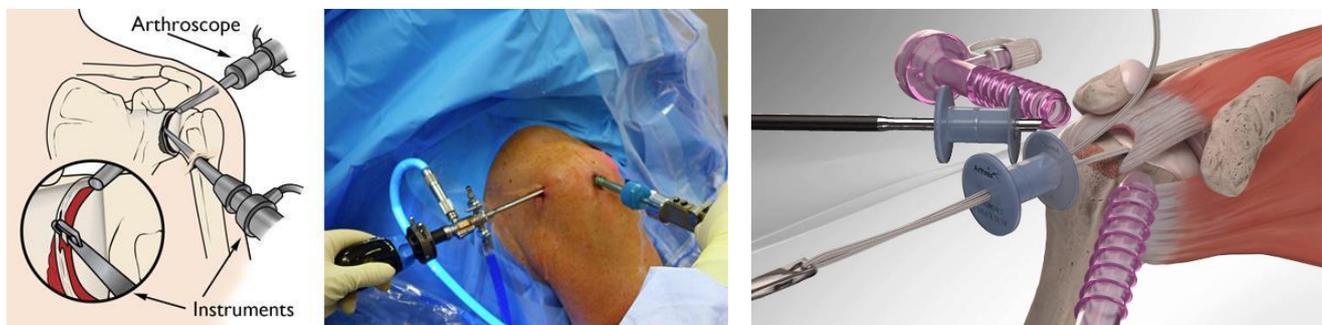
• **L'hospitalisation** : elle se fera la veille ou le jour même selon l'ordre du programme opératoire. Vous resterez hospitalisé la nuit qui suivra l'intervention afin de contrôler au mieux d'éventuelles douleurs post-opératoires.

• **L'anesthésie** : elle combinera une anesthésie locorégionale (bloc interscalénique) qui garantira une indolence complète de votre membre opéré dans les heures qui suivront l'intervention, et une anesthésie générale durant le geste opératoire.

• **Le geste chirurgical** : il est réalisé par arthroscopie, en position semi-assise (beach chair) au moyen de petites incisions de 5 mm :

– On va d'abord examiner la cavité articulaire, faire le bilan des lésions. On réalisera quasi systématiquement une ténodèse ou une ténotomie du biceps, et on réparera une éventuelle rupture du tendon sous-scapulaire.

– Puis l'arthroscope est passé au-dessus des tendons, l'étendue de la rupture est précisée. On réalise l'acromioplastie et très souvent une résection du centimètre externe de la clavicule. On va alors réparer la rupture par un montage utilisant des fils (ou des bandelettes) fixés sur l'os par de petits implants, qui va plaquer les tendons sur toute leur zone d'attache sur l'humérus.



– Un drainage est mis en place et les petites incisions sont fermées par un point. L'immobilisation consiste en un " coussin d'abduction " qui positionne le bras de façon à éviter toute tension au niveau des sutures tendineuses.



Rupture



Rupture réparée



coussin d'immobilisation

• **Votre départ** se fera le lendemain de l'intervention, après avoir réalisé une radiographie de contrôle. Nous vous remettons les différents documents et ordonnances nécessaires, ainsi qu'un arrêt de travail et un rendez-vous de contrôle fixé au bout de 6 semaines.

Les suites de l'intervention :

- **votre attelle** devra être conservée durant les 6 semaines qui suivent l'intervention, ce qui correspond à la période où les tendons cicatrisent sur l'os. Elle pourra être enlevée pour s'habiller, se laver et faire les séances de rééducation mais sera conservée la nuit.
- **la rééducation** débutera dès les jours suivant l'intervention à raison de trois séances par semaine. Elle sera faite si possible en balnéothérapie, le principe sera d'entretenir la mobilité articulaire durant cette période. Vous réaliserez également tous les jours des exercices d'automobilisation.
- **Reprise d'activités** : après la 6ème 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. Le travail avec votre kinésithérapeute aura pour but de récupérer la mobilité active (c'est à dire la capacité de lever vous-même votre bras) puis la force musculaire de l'épaule, au-delà du 3^e mois post-opératoire. Pour vous permettre de renouer avec la vie quotidienne et le sport, il entraînera progressivement les muscles réparés.
Il faut souvent attendre le 2ème mois pour reprendre le volant. La reprise du travail survient en général entre le 3ème et le 6ème mois et cela en fonction de votre profession. La reprise d'un travail de bureau peut être envisageable rapidement après l'intervention.

QUELS SONT LES RISQUES DE L'INTERVENTION ?

- **Des risques non spécifiques :**

- un hématome peut survenir, qui se résorbe en général tout seul. Il peut exceptionnellement nécessiter une ponction évacuatrice ou un drainage chirurgical.

- L'infection profonde est exceptionnelle puisque le geste chirurgical est réalisé sous arthroscopie. Cette complication nécessite un lavage de l'épaule et la mise sous antibiotiques plus ou moins longue avec éventuellement une reprise chirurgicale. Il vous est fortement déconseillé de fumer pendant la période de cicatrisation, le tabagisme augmentant de manière significative le taux d'infection.

Plus fréquemment, il peut exister une inflammation ou un retard de cicatrisation sur les petites cicatrices ce qui ne signifie pas nécessairement une infection.

- L'algodystrophie est un phénomène douloureux et inflammatoire encore mal compris. Elle est traitée médicalement et peut durer plusieurs mois (voire parfois des années), entraînant une prise en charge spécifique avec rééducation adaptée, bilans complémentaires et parfois une prise en charge spécifique de la douleur. Elle est imprévisible dans sa survenue comme dans son évolution et ses séquelles potentielles.

- **La capsulite rétractile** est une rétraction des ligaments de l'articulation entraînant une diminution douloureuse de la mobilité passive et active de l'épaule. Elle est d'origine neurologique réflexe et s'apparente à l'algodystrophie ; elle récupère en un an environ mais peut parfois entraîner une raideur partielle séquellaire.

Indépendamment de la capsulite, une raideur - qui est inévitable au début – peut évoluer de manière prolongée et nécessiter une rééducation longue. Elle n'est pas toujours proportionnelle à l'importance de la rupture.

- **Les complications mécaniques :**

- Un implant peut se desserrer (souvent par fragilité de l'os) et entraîner un conflit mécanique qui nécessitera de l'enlever secondairement.

- La réparation peut cicatriser de manière incomplète ou se rompre secondairement ; la cause la plus fréquente est la mauvaise qualité des tendons au moment de la réparation, mais un traumatisme ou une sollicitation trop précoce de l'épaule sont également impliqués. **On insiste beaucoup sur le rôle du tabagisme et de la prise prolongée d'anti-inflammatoires après l'intervention qui perturbent la cicatrisation tendineuse : leur arrêt est impératif une fois l'épaule opérée.**

La liste n'est pas exhaustive et une complication particulièrement exceptionnelle peut survenir, liée à l'état local ou à une variabilité technique. Toutes les complications ne peuvent être précisées, ce que vous avez compris et accepté.

EN RÉSUMÉ cette chirurgie a 2 finalités : supprimer les douleurs de l'épaule et restaurer une fonction la plus proche possible de la normale pour votre âge. Des douleurs climatiques ou positionnelles peuvent perdurer avec le temps, mais la grande majorité des douleurs préopératoires disparaissent progressivement. En fonction de l'âge et du type de lésion, il n'est pas rare d'obtenir une cicatrisation partielle voire pas de cicatrisation des tendons. Cette absence de cicatrisation est connue, et peut être bien tolérée par les patients, surtout avec l'âge avançant. Les résultats de cette technique restent néanmoins très encourageants puisqu'on retrouve un soulagement de la douleur et une amélioration de la fonction au niveau de l'épaule dans plus de 90% des cas. Le délai de la disparition des douleurs est très variable. La récupération complète de la mobilité et de la force musculaire survient en général entre 3 et 6 mois.

QUELQUES QUESTIONS QUE VOUS DEVEZ VOUS POSER OU POSER À VOTRE CHIRURGIEN AVANT DE VOUS DÉCIDER POUR UNE INTERVENTION :

Pourquoi me recommandez-vous cette chirurgie particulièrement ?

Y a-t-il d'autres solutions chirurgicales pour mon cas et pourquoi ne me les recommandez-vous pas ?

Si je ne me fais pas opérer, mon état va-t-il se dégrader ?

Comment se passe l'acte chirurgical et en avez-vous l'expérience ?

Quel est le temps opératoire ? Quelle est la durée de l'hospitalisation ?

Aurai-je beaucoup de douleurs et comment la traiter ?

Quels sont les risques et/ou complications encourus pour cette chirurgie ?

Quels sont les bénéfices pour moi à être opéré et quel résultat final puis-je espérer ?

Au bout de combien de temps pourrai-je reprendre mon travail ou mes activités sportives et quelle sera la durée totale de ma convalescence ?

Me recommandez-vous un second avis ?

Date de remise du document au patient (e) :

Date et signature du patient (e) :

Pages précédentes à parapher