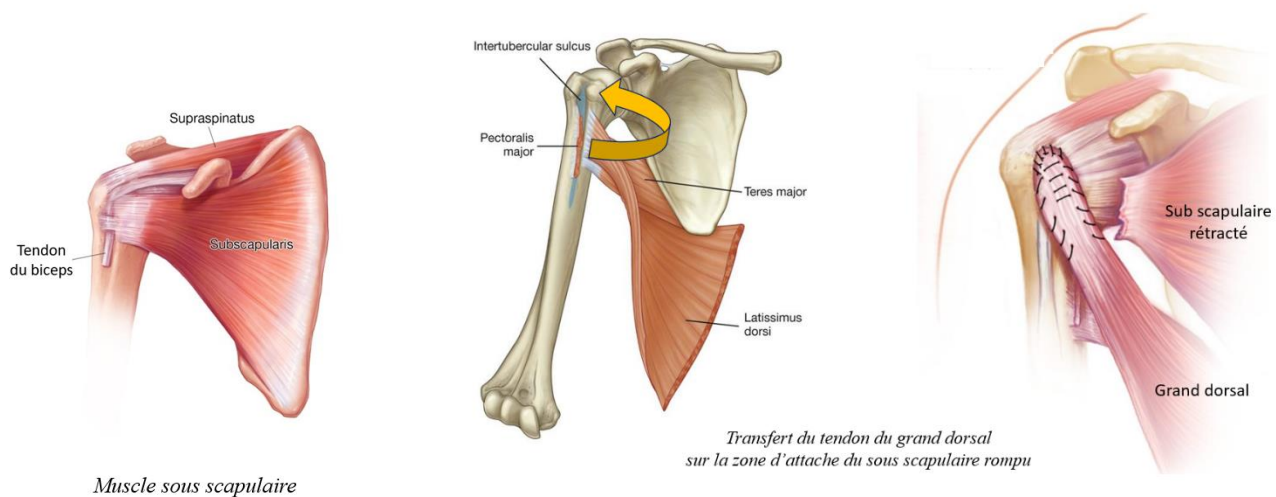


Fiche d'information

**TRANSFERT DU MUSCLE GRAND DORSAL POUR RUPTURE
RETRACTEE DU TENDON SOUS SCAPULAIRE**

POURQUOI CETTE INTERVENTION ?

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. Le tendon sous scapulaire est le tendon situé en avant : il permet de mettre la main dans le dos et contribue à l'élévation du bras ; son rôle est fondamental dans l'équilibre musculaire de l'épaule. Comme les autres tendons de la coiffe des rotateurs, il peut être rompu par usure ou par un traumatisme ; le diagnostic est souvent fait au stade où il est réparable, dans ce cas une suture arthroscopique est réalisée. Mais en cas de diagnostic tardif, le tendon peut être rétracté et surtout son muscle atrophié : dans ce cas, il n'est plus réparable dans de bonnes conditions. Si les conséquences sont néfastes pour l'épaule (douleurs, perte de mobilité et de force), on peut remplacer le tendon usé par un muscle de voisinage qui va prendre le relai : c'est un « transfert tendineux ». Le muscle grand dorsal est le plus approprié :



Le but de la réparation de la coiffe est le soulagement de la douleur et la récupération de la mobilité (la force ne sera que partiellement compensée). Elle permet de plus d'empêcher la dégradation progressive de l'articulation qui se ferait inéluctablement vers l'arthrose.

Il s'agit d'une intervention plus lourde que la réparation arthroscopique des ruptures de coiffe, elle se fera nécessairement par chirurgie « ouverte ».

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 en position semi-assise (beach chair) au moyen d'une incision à la partie antérieure de l'épaule :

- Après avoir écarté les muscles, on repère d'abord l'attache du tendon grand dorsal sur l'humérus, d'où il est détaché puis faufilé par un « laçage » de fil de suture
- Il est alors amené sur la zone d'attache du tendon sous scapulaire où il est solidement fixé au moyen d'ancres intra-osseuses ; il est parfois possible d'y rattacher une partie du sous scapulaire ce qui renforce la réparation.
- Des gestes seront associés à la demande sur les autres tendons : ténodèse du biceps (systématique), réparation du sus épineux, acromioplastie .
- Les muscles superficiels sont rapprochés et la peau suturée sur un drainage.

L'immobilisation consiste en un " coussin d'abduction " qui positionne le bras de façon à éviter toute tension au niveau des sutures tendineuses.

• **Votre départ** se fera le lendemain ou le surlendemain de l'intervention, après avoir réalisé une radiographie de contrôle. Nous vous remettrons 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 3ème mois pour reprendre le volant. La reprise du travail survient en général après le 6ème mois et cela en fonction de votre profession. La reprise d'un travail de bureau peut être envisageable plus précocement 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 reste exceptionnelle. 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 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 neurologiques*** : la dissection du muscle grand dorsal se fait à proximité des gros troncs nerveux de l'épaule (le plexus brachial), certains nerfs peuvent être étirés entraînant des troubles qui en général récupèrent progressivement.

- ***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.
- Le transplant peut cicatriser de manière incomplète ou se rompre secondairement ; comme il s'agit d'un tendon sain, un traumatisme ou une sollicitation trop précoce de l'épaule sont en principe 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.**
- Des douleurs, une limitation de la mobilité ou de la force liée au prélèvement du lambeau sont possibles. Les conséquences fonctionnelles en sont généralement faibles.

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 la chirurgie du transfert de grand dorsal à l'épaule est un geste chirurgical rare. C'est une opération délicate et son résultat sera conditionné par une rééducation de plusieurs mois. Cette chirurgie a 2 finalités : supprimer les douleurs de l'épaule et restaurer une fonction la plus proche possible de la normale. Des douleurs climatiques ou positionnelles peuvent perdurer avec le temps, mais la grande majorité des douleurs préopératoires disparaissent progressivement. La force ne sera jamais complètement restituée car il s'agit d'un tendon déplacé qui perd automatiquement une partie de son action musculaire .

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