

Déchirure de la coiffe des rotateurs

Brochure d'information médicale



La déchirure de la coiffe

ANATOMIE FONCTIONNELLE DE L'ÉPAULE?

L'épaule est l'articulation du corps humain qui possède la plus grande mobilité. Son anatomie lui permet de bouger dans toutes les directions. Sur le plan anatomique, elle se présente du côté de l'omoplate sous la forme d'une assiette légèrement creuse avec en face la tête de l'humérus arrondie qui vient s'appliquer à son contact. Une capsule ligamentaire entoure l'articulation qu'elle stabilise avec l'aide des muscles courts de l'épaule qui coiffent la tête de l'humérus d'où le terme de «coiffe des rotateurs».

La coiffe des rotateurs regroupe les quatre tendons des muscles liants l'omoplate et la tête humérale. Le tendon du sus-épineux (1), le tendon du sous-épineux (2), le tendon du sous-scapulaire (3) et le tendon du petit rond (4). Dans leur trajet, ces muscles passent sous un auvent constitué par l'acromion (5) partie de l'omoplate et le ligament acromio-coracoïdien (6). Chacun de ces muscles a une action différente et complémentaire pour garantir le mouvement dans toutes les directions et potentialiser l'action d'autres muscles satellites de l'épaule.

Cet ensemble est considéré comme le moteur de l'épaule et joue un rôle clé pour la stabilité et le centrage de l'articulation.

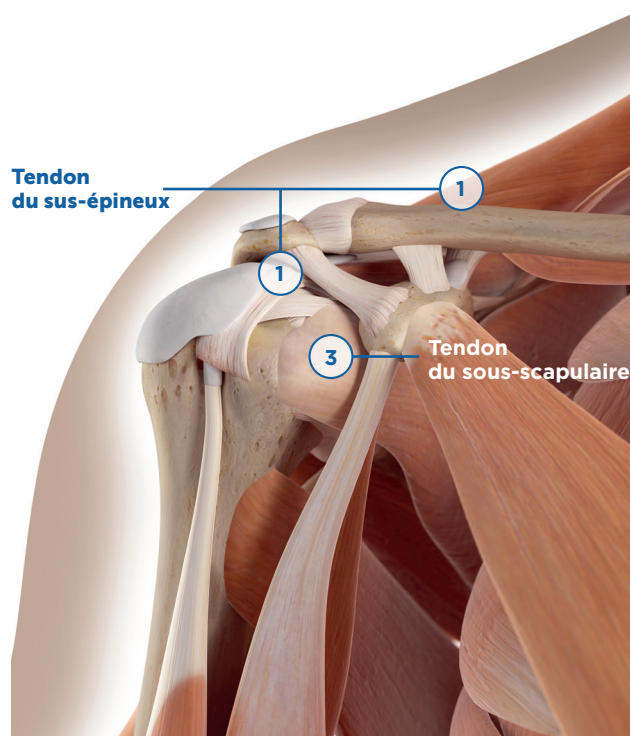
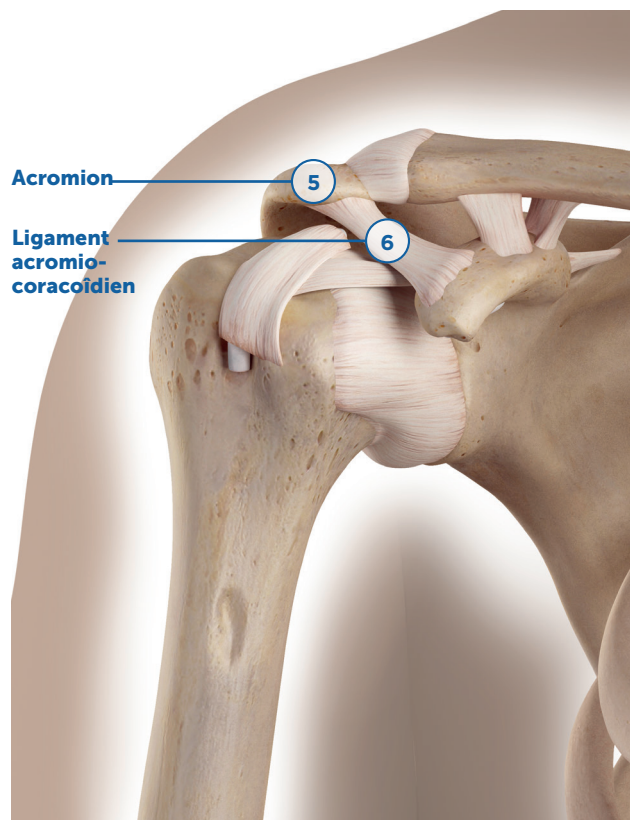
COMMENT LA COIFFE SE DÉCHIRE-T-ELLE?

Les tendons de la coiffe des rotateurs peuvent être lésés en raison de surcharges mécaniques endurées par des efforts répétés ou lors d'un traumatisme (chute ou luxation de l'épaule).

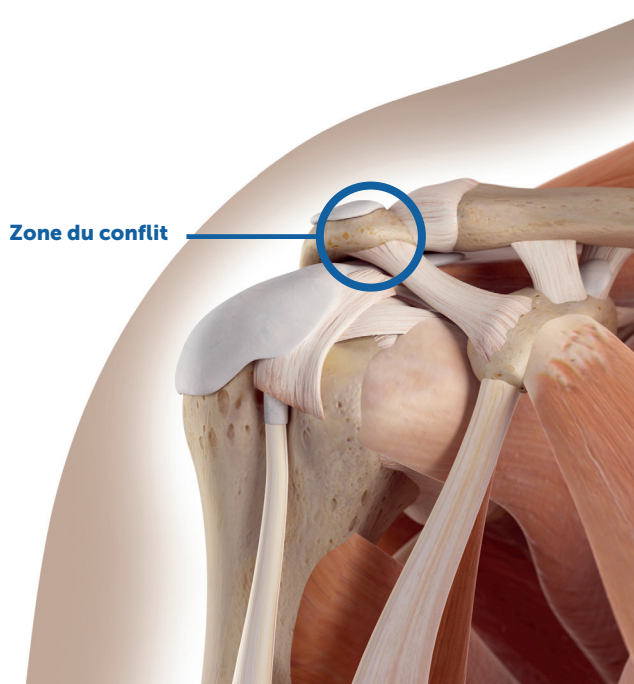
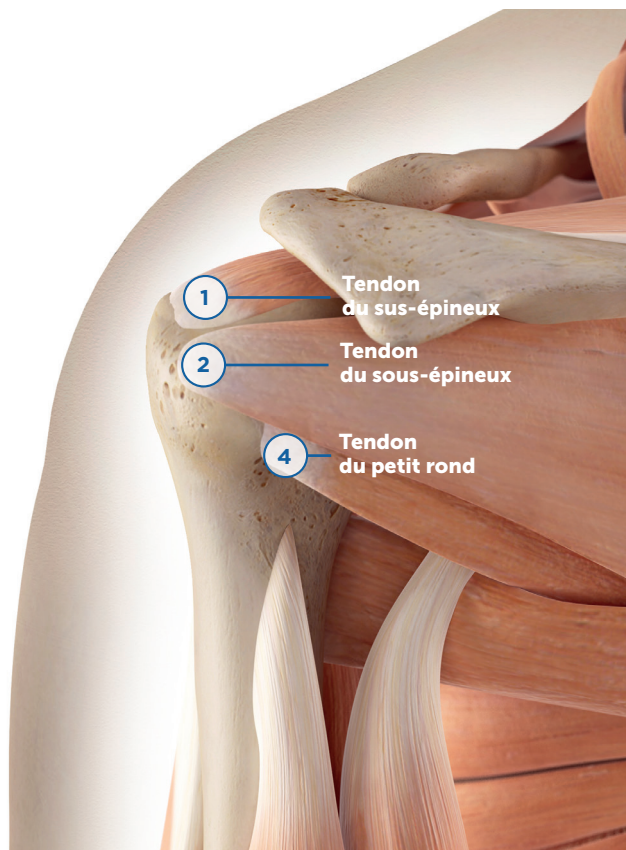
Le conflit sous-acromial prédispose aux douleurs de l'épaule. Il s'agit d'un frottement exagéré entre l'acromion (partie de l'omoplate) et l'humérus. Lorsqu'il existe un conflit, la bourse devient inflammatoire (bursite) et le tendon du sus-épineux peut être le siège d'une tendinite voire d'une usure prématurée en surface qui peut conduire à une déchirure.

Les traumatismes constituent la majorité des déchirures tendineuses. Il peut s'agir d'une chute sur l'épaule ou d'un mouvement contrarié ou encore d'un effort inapproprié, en soulevant une charge par exemple. La répétition des traumatismes est aussi source de lésions.

Épaule droite, vue antérieure



Vue postérieure



POURQUOI FAUT-IL TRAITER?

La rupture de la coiffe des rotateurs nécessite une réparation chirurgicale dans la plupart des cas quel que soit l'âge de sa survenue. Plusieurs études ont montré l'avantage d'une réparation pour éviter l'extension des lésions et l'atrophie du muscle dont le tendon est déchiré. En l'absence de traitement efficace, la situation se détériore avec une aggravation des douleurs, de la raideur et du handicap fonctionnel.

En attendant la chirurgie, une physiothérapie est mise en place pour conserver autant que possible la mobilité de l'articulation et la force musculaire. Des antalgiques et des anti-inflammatoires sont prescrits pour contrôler les douleurs.

QUELS EXAMENS FAUT-IL FAIRE?

Un examen clinique par un chirurgien orthopédiste et un bilan radiologique «orthopédique» visera à déterminer les caractéristiques de la lésion de manière à proposer le geste chirurgical le mieux adapté pour chaque cas. L'IRM est le meilleur examen à disposition car il permet d'apprécier l'étendue de la lésion, la rétraction des éléments rompus et la qualité des muscles de la coiffe. Le bilan par IRM permet de déterminer si la coiffe est réparable ou non. Si la coiffe est irréparable, alors le traitement sera orienté vers une chirurgie prothétique.

QUELLES CONSÉQUENCES EN CAS DE DÉCHIRURE?

Les patients se plaignent de douleurs à la mobilisation de l'épaule lors de mouvements au-dessus de l'horizontale ou lors de mouvements rotatoires. Des douleurs nocturnes et une perte de force sont souvent présents.

COMMENT ÉVOLUE LA DÉCHIRURE DE LA COIFFE?

Lorsqu'un tendon de la coiffe est lésé, il existe des douleurs à la mobilisation de l'épaule avec souvent des douleurs nocturnes et une perte de force. Cette combinaison entraîne une diminution de la mobilité de l'épaule qui peut être sévère dans les lésions conjointes de plusieurs tendons. La majeure partie des ruptures de la coiffe s'aggravent au fil du temps. Cette aggravation se fait de quatre manières:

1. L'EXTENSION DE LA RUPTURE TENDINEUSE

Qu'elle soit due à un traumatisme ou à une usure progressive du fait du vieillissement de votre épaule, une rupture d'abord partielle d'un tendon aura tendance à se compléter puis à s'étendre à d'autres tendons. Le sus-épineux est l'élément de la coiffe le plus souvent touché. Sa partie antérieure est la plus exposée donc la plus vulnérable. La lésion peut s'étendre en avant, au tendon du muscle sous-scapulaire, ou en arrière au tendon du muscle sous-épineux. Le tendon du long chef du biceps est souvent lésé en association avec les lésions de la coiffe.

2. LA RÉTRACTION DU MUSCLE ROMPU

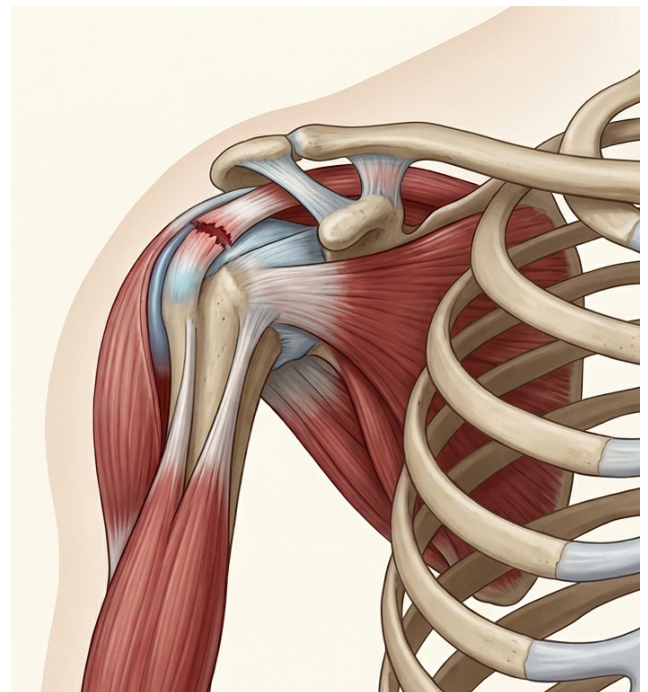
La rupture complète d'un tendon entraîne une rétraction du muscle et une perte de contact avec son point d'attache sur l'humérus. Perdant sa tension naturelle, le muscle va dégénérer et progressivement s'atrophier et se transformer en cellules graisseuses.

3. L'ATROPHIE MUSCULAIRE

Ces deux problèmes, la rétraction et la dégénérescence graisseuse sont intimement liés. Plus la rupture de la coiffe est ancienne, plus la rétraction est importante et plus le muscle est exposé à l'atrophie. À un certain moment la coiffe deviendra irréparable si le muscle déconnecté de son attache à l'humérus présente une dégénérescence graisseuse qui l'empêche de retrouver un tonus suffisant pour être efficace.

4. L'ARTHROSE

La dysfonction chronique de la coiffe décale l'articulation gléno-humérale. L'humérus s'élève en direction crâniale et ne s'articule plus en face de la glène. Cela entraîne des phénomènes d'usure qui conduisent à l'arthrose, ici une arthrose excentrée qui chirurgicalement devra être traitée par la mise en place d'une prothèse dite inversée.



En cas de lésion isolée d'un seul tendon de la coiffe des rotateurs, il n'est pas exceptionnel d'observer une extension de la lésion aux tendons adjacents et dès lors chaque situation doit être évaluée soigneusement en fonction du pronostic.

Traitement chirurgical

LE TRAITEMENT CHIRURGICAL

Le traitement d'une déchirure de coiffe des rotateurs est réalisé le plus souvent et presque toujours sous contrôle arthroscopique. Cette chirurgie permet des voies d'abord très réduites qui facilitent la récupération post-opératoire. Le traitement associe plusieurs gestes :

- La suture de la déchirure des tendons de la coiffe et la réinsertion des tendons au niveau de l'humérus.
- La ténodèse ou la ténotomie du long chef du biceps (LCB) en cas de lésion associée (lésion très fréquente). Il s'agit de fixer le tendon du biceps sur l'humérus.
- L'acromioplastie qui consiste à élargir l'espace sous-acromial en réduisant la surface inférieure de l'acromion.

L'ARTHROSCOPIE

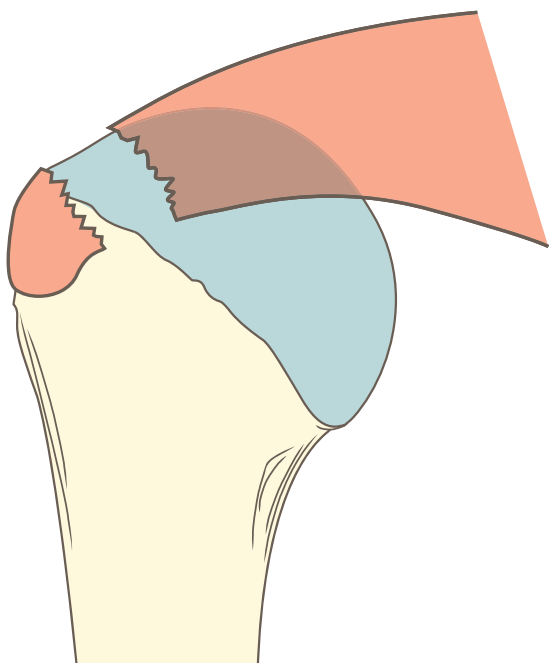
L'intervention s'effectue par arthroscopie avec 3 à 6 petites incisions de 5 mm. Ces ouvertures permettent au chirurgien d'insérer une optique reliée à une caméra et les instruments nécessaires au traitement. La caméra permet de voir l'intérieur de l'épaule sur un moniteur, ainsi tous les gestes sont faits alors que votre épaule reste « fermée ».

SUTURE ET RÉINSERTION DES TENDONS

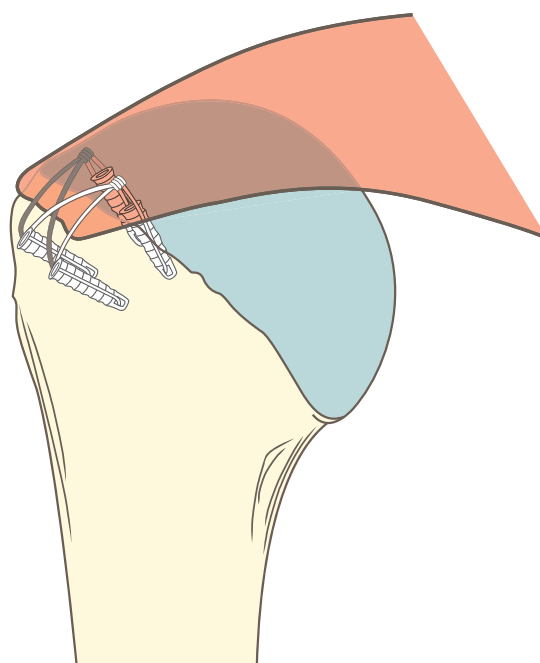
Sous contrôle arthroscopique, votre chirurgien met en place de petites ancrs fixées dans l'os dont les fils sont passés à travers le tendon rompu. En nouant les fils, le tendon vient à nouveau s'appliquer sur sa zone de fixation naturelle et est mis ainsi en situation de cicatriser. Plusieurs sutures parallèles sont nécessaires en particulier lors de lésions extensives. Dans le même temps on procède si nécessaire à la fixation du long biceps dans sa gouttière osseuse (ténodèse).

L'ACROMIOPLASTIE

Finalement, on effectue le fraisage de la surface inférieure de l'acromion afin d'éviter le conflit sous-acromial. Dans certains cas une libération des adhérences contractées par le muscle dont le tendon est rompu, sera nécessaire pour faciliter ou permettre cette réparation. La chirurgie arthroscopique permet de mener à bien cette réparation. Pour refermer les petites incisions, on utilise du fil de suture non résorbable ou résorbable. L'aspect final de votre cicatrice dépend surtout de l'état de votre peau ou encore de son exposition au soleil, qu'il faut éviter après l'opération au moins pendant 6 mois.



État de la déchirure totale du sus-épineux avant l'opération (épaule droite)



État de la déchirure totale du sus-épineux après l'opération (épaule droite)

Informations pratiques

AVANT L'OPÉRATION

Plus vous êtes en forme, plus la rééducation post-opératoire sera facile. C'est pourquoi il est conseillé de conserver autant que possible la force et la souplesse de vos muscles et de vos articulations par des exercices physiques adaptés.

L'ANESTHÉSIE

Vous serez installé sur le dos, en position de chaise longue, le plus confortablement possible. L'intervention se pratique sous anesthésie générale ou en anesthésie loco-régionale. Le médecin anesthésiste que vous verrez avant l'opération vous en précisera les modalités et vous expliquera aussi comment sont gérées les douleurs post-opératoires.

LA DURÉE DE L'OPÉRATION

Habituellement, elle dure environ 45-90 minutes mais il faut compter en plus le temps de la préparation. La durée de cette opération peut varier beaucoup sans que son déroulement pose un problème particulier, car elle dépend de nombreux facteurs (la méthode utilisée, le nombre de gestes associés, etc.).

APRÈS L'OPÉRATION

Vous serez conduit en salle de réveil où vous resterez en surveillance continue quelques heures ou jusqu'au lendemain de l'intervention. On veillera à ce que vous n'ayez pas mal et que vous soyez installé confortablement.

DANS VOTRE CHAMBRE À L'ÉTAGE

Vos journées sont rythmées par les repas, la toilette, la physiothérapie de mobilisation de votre épaule. Au fur et à mesure, vous allez observer vos progrès et devenir graduellement autonome. Le cathéter interscalénique (conduit permettant d'optimiser l'analgésie per- et postopératoire) sera retiré à 48h. La durée d'hospitalisation est variable (environ 3 jours).

À LA SORTIE DE LA CLINIQUE

En quittant la clinique, vos douleurs doivent pouvoir être contrôlées par une médication simple, et vous devez avoir compris les différents exercices à faire à la maison. Par ailleurs, il est indispensable d'être aidé(e) à domicile et de disposer de la médication ad hoc. La physiothérapie est nécessaire et les rendez-vous sont pris comme celui que vous avez avec votre chirurgien et pour l'ablation des fils.



DOULEURS ET RÉSULTATS ATTENDUS

L'objectif principal est de vous soulager de la douleur et de restaurer la fonction de l'épaule.

Il est possible d'avoir encore un peu mal à des endroits précis (douleurs résiduelles), surtout si l'épaule était très abîmée avant l'opération. Ces douleurs (liées à une adaptation difficile des muscles et des tendons) finissent en général par disparaître et n'empêchent pas les patients d'être satisfaits. Il faut compter plusieurs mois pour obtenir une récupération complète de la mobilité et de la force du membre supérieur.

QUELS RÉSULTATS ?

La qualité du résultat de l'opération dépend de l'indication à la chirurgie et de l'état de santé du patient (atteinte articulaire isolée ou autres problèmes existants). Le taux de guérison d'une réparation de la coiffe varie selon l'âge, l'état des tissus tendineux et l'étendue de la lésion.

LE SUIVI

Il faut suivre rigoureusement les consignes de votre chirurgien. Allez aux différents rendez-vous qu'il vous propose, passez les examens de contrôle, c'est important. Cela lui permet de surveiller l'évolution de votre épaule, d'adapter le traitement et de vérifier que la suture tient bien. En cas de douleurs anormales, de fièvre ou de rougeur locale contactez-le rapidement. Sinon, vous revoyez votre chirurgien à 6 semaines, 12 semaines, puis 4, 5 et 6 mois postopératoires.

AUTONOMIE

Il est préférable de réserver une période de convalescence de 3 mois. Une épaule ayant bénéficié d'une réparation de coiffe doit être économisée. Adaptez vos loisirs, évitez les sports violents et les travaux forcés pour profiter le plus longtemps possible des bénéfices de l'intervention. Le délai de reprise du travail varie selon votre âge et votre profession. La réparation de coiffe pose un problème dans certains métiers où il faut parfois envisager un aménagement du poste de travail.

FONCTION

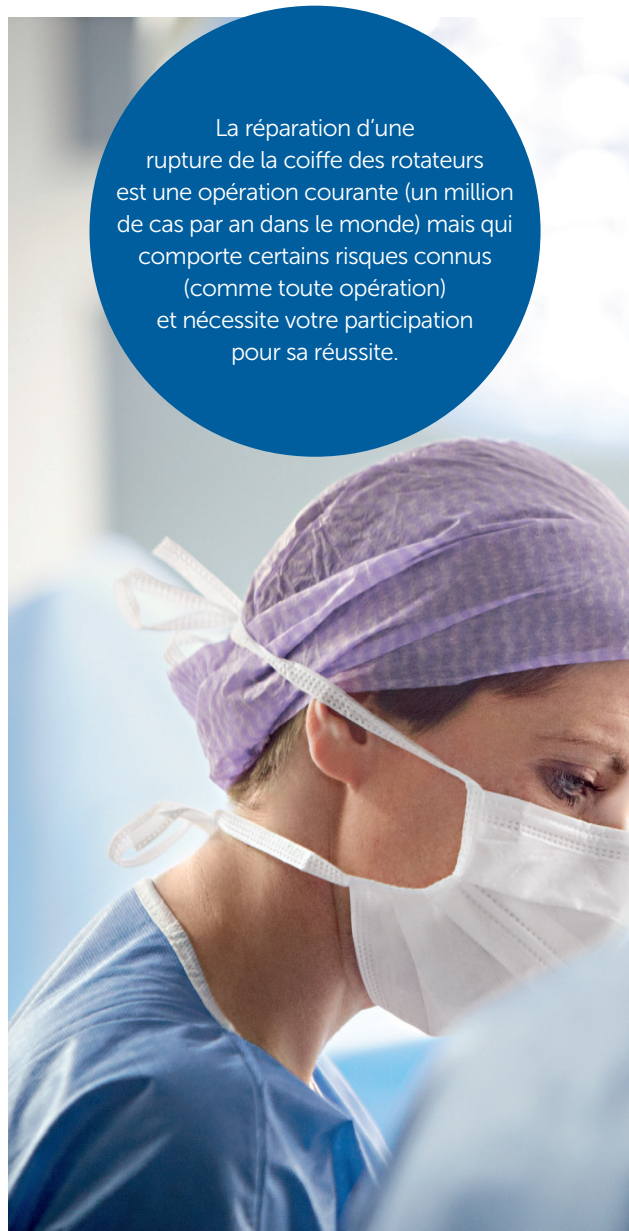
L'idéal est d'arriver à « oublier » son épaule. Dans la majorité des cas, les patients reprennent une vie active.

QUELS RISQUES ?

Malgré leur faible fréquence, des complications peuvent survenir.

La prévention du risque d'infection est systématique. Pour diminuer le risque infectieux (invasion par des microbes), il faut absolument vérifier que vous n'ayez pas d'infection ailleurs (au niveau des dents, de la peau, etc.). Une dose d'antibiotique prophylactique est administrée en pré-opératoire. Le risque d'infection est très rare (inférieur à 0,5%). Parmi les autres risques, il faut citer les risques théoriques de lésion vasculo-nerveuse (< 1%) ou la cicatrisation incomplète des tissus réparés.

La réparation d'une rupture de la coiffe des rotateurs est une opération courante (un million de cas par an dans le monde) mais qui comporte certains risques connus (comme toute opération) et nécessite votre participation pour sa réussite.



En savoir plus

QUESTIONS FRÉQUENTES ET INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES

Scanner le QR code pour trouver
les réponses à vos questions.



Sur le site [medicol.ch](https://www.medicol.ch), vous trouverez les informations détaillées complémentaires concernant votre problème de l'épaule avec des vidéos explicatives.

L'objectif est de vous informer, de vous rassurer et de vous donner les moyens de participer avec l'équipe soignante au succès de votre intervention.

La philosophie de Medicol repose sur un accompagnement rapproché durant la phase qui précède votre hospitalisation, lors de votre séjour à la clinique et pour toute la période qui suit l'opération.

Vous pouvez avant votre intervention lire tranquillement cette brochure et les autres documents contenus dans votre dossier et vous référer aux informations disponibles sur le site [medicol.ch](https://www.medicol.ch).

Votre médecin se tient à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

L'objectif de ce document est de vous donner les réponses aux questions que vous vous posez. Il ne présente cependant que des généralités. Il ne remplace pas les informations que vous donne votre médecin sur votre propre état de santé et ne prévaut pas sur celles-ci.

