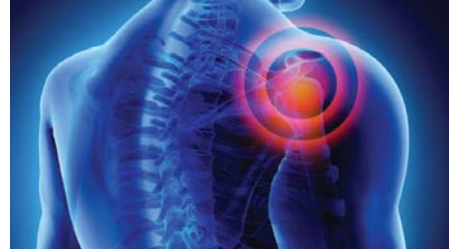


Ruptures de la coiffe des rotateurs : Traitement chirurgical



La réparation de la coiffe des rotateurs est habituellement recommandée quand les traitements non chirurgicaux se sont avérés non concluants. La chirurgie peut aussi être indiquée dans les cas suivants :

- Les symptômes persistent depuis au moins 3 mois malgré une thérapie adéquate supervisée par un médecin.
- Il y a une faiblesse ou une perte de fonction de l'épaule considérable.
- La rupture est grosse et l'état du tendon et du muscle qui l'entourent est bon.
- La rupture est aiguë (elle résulte d'une blessure importante ou d'un traumatisme)

Traitements chirurgicaux possibles

La réparation de la coiffe des rotateurs implique en général de rattacher le tendon déchiré à l'humérus. Le type de chirurgie pratiqué dépend tant du patient que de l'orthopédiste. Voici quelques facteurs possibles :

Débridement – Dans certains cas, on constate seulement un léger effilochage du tendon pendant l'intervention. Quand l'effilochage touche moins de la moitié de l'épaisseur du tendon, il est souvent traité par débridement, c'est-à-dire un parage ou un lissage des bords effilochés à l'aide d'instruments spéciaux, ce qui favorise la guérison du tendon. Cette intervention peut soulager les symptômes dus à une rupture partielle de la coiffe des rotateurs.

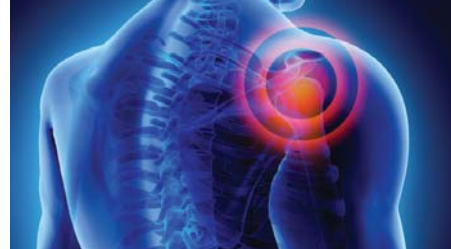
Réparation ouverte – L'intervention d'abord utilisée pour réparer la coiffe des rotateurs consistait en une « réparation ouverte », soit une longue incision sur l'épaule, suivie du détachement du deltoïde de l'os pour exposer la rupture. Avant de réparer la coiffe des rotateurs, on peut enlever les épines osseuses grâce à une intervention appelée acromioplastie. Ainsi, on accède directement au tendon déchiré, qu'on rattache ensuite à la tête humérale grâce à des points de suture, à des points d'ancrage ou aux deux. Après la réparation de la coiffe des rotateurs, le deltoïde est rattaché à l'acromion, puis l'incision est fermée. Même s'il est aujourd'hui possible d'employer des méthodes moins effractives pour réparer la coiffe des rotateurs, la réparation ouverte demeure une technique de réparation efficace.

Mini-réparation ouverte – Une mini-réparation ouverte se fait au moyen d'un arthroscope, une caméra spéciale qui permet à l'orthopédiste d'effectuer l'acromioplastie et d'évaluer l'état de l'intérieur de l'articulation de l'épaule. L'arthroscopie a pour avantage de donner à l'orthopédiste une meilleure vue de toutes les structures à l'intérieur de l'épaule, ce qui peut lui permettre d'effectuer les procédures supplémentaires qu'il pourrait juger bénéfiques. L'orthopédiste peut aussi repérer la rupture de la coiffe des rotateurs et marquer le site. Une fois l'arthroscopie et toute procédure supplémentaire terminée, l'arthroscope est retiré et une petite incision est faite sur l'épaule. Le deltoïde est ensuite fendu plutôt que détaché, puis le tendon déchiré est directement accessible. L'orthopédiste effectue la réparation comme il le ferait dans le cas d'une réparation ouverte. Le deltoïde est ensuite réparé, puis l'incision est fermée.

Réparation arthroscopique – Une réparation arthroscopique permet de réparer la coiffe des rotateurs sans incision ni coupure du deltoïde. En plus de l'arthroscope, des instruments conçus pour ce type d'intervention sont insérés par de petites incisions. L'orthopédiste utilise ces instruments spéciaux pour dégager la rupture de la coiffe des rotateurs et la réparer, tel que décrit plus haut. L'orthopédiste peut aussi effectuer des procédures supplémentaires au besoin, d'après ce qu'il voit pendant l'intervention. La capacité de l'orthopédiste à voir et à dégager la coiffe des rotateurs avant d'effectuer la réparation est probablement le principal avantage de la réparation arthroscopique.



Ruptures de la coiffe des rotateurs : Traitement chirurgical



Procédures supplémentaires

Des procédures supplémentaires peuvent être effectuées en même temps que la réparation, selon ce que l'orthopédiste constate pendant l'intervention. Dans bien des cas, l'orthopédiste vous aura expliqué ces procédures avant la chirurgie, mais il arrive qu'il découvre des problèmes pendant l'intervention et les effectue sur-le-champ afin d'optimiser les résultats de l'intervention.

Bursectomie et acromioplastie – La bursectomie est la procédure supplémentaire la plus couramment effectuée pendant une réparation de la coiffe des rotateurs. Il s'agit de l'ablation de la bourse séreuse entre la coiffe des rotateurs et le deltoïde, car elle devient souvent enflammée et douloureuse en raison de la rupture de la coiffe des rotateurs. L'acromioplastie, elle, est l'ablation des épines osseuses et du ligament calcifié qui forme une partie de l'arc au-dessus de la coiffe des rotateurs et qui peuvent entrer en contact avec les tendons et ainsi provoquer une rupture. Les deux interventions peuvent être faites par réparation ouverte ou par arthroscopie.

Ténotomie ou ténodèse du biceps – Le tendon du chef long du biceps naît sur le tubercule supra-glénoïdal, soit la partie supérieure de la cavité glénoïdale, puis chemine dans l'articulation de l'épaule entre le muscle subscapulaire (tendon à l'avant de l'épaule) et le muscle supraépineux (tendon sur le dessus de l'épaule). Il passe dans une ouverture appelée intervalle des rotateurs. Dans certains cas, le tendon du chef long du biceps peut s'être épaissi ou partiellement déchiré, et ainsi contribuer aux symptômes à l'épaule. La ténotomie signifie la section chirurgicale du tendon, tandis que la ténodèse fait référence à la section du tendon et à sa fixation à l'humérus, sous l'articulation de l'épaule. Les deux interventions comportent des risques et des avantages, dont vous pourrez discuter avec votre orthopédiste.

Résection de la clavicule distale ou arthroplastie de l'articulation acromioclaviculaire – Il arrive que l'arthrite touche l'articulation entre la clavicule et l'omoplate (ou « scapula »), appelée articulation acromioclaviculaire. Cela peut provoquer des symptômes en plus de ceux causés par la rupture de la coiffe des rotateurs. L'orthopédiste peut avoir examiné votre articulation acromioclaviculaire ou vous avoir fait une injection avant la chirurgie pour établir si l'arthrite contribue à vos symptômes. Si c'est le cas, l'extrémité de la clavicule peut être retirée ou lissée, soit par incision ou par arthroscopie, pendant la réparation de la coiffe des rotateurs.

Anaesthesia

Pour que l'orthopédiste puisse réparer la coiffe des rotateurs, vous devez d'abord être anesthésié. L'anesthésie peut vous endormir, ce qu'on appelle une anesthésie générale, ou simplement analgésier votre épaule et votre bras, ce qu'on appelle une anesthésie locorégionale. On peut aussi recourir aux deux méthodes. Une anesthésie locorégionale entraîne l'interruption temporaire de la transmission nerveuse, ce qui empêche le patient de ressentir la douleur jusqu'à 8 heures après la chirurgie, voire plus longtemps. Elle peut prendre la forme d'une injection dont l'effet dure de 12 à 24 heures, ou de l'installation d'une sonde qui permet de vous donner plus d'anesthésiant après la chirurgie. L'orthopédiste et l'anesthésiste décident avec vous de la meilleure méthode d'anesthésie selon le type de chirurgie prévu, vos antécédents médicaux, ainsi que leur expérience et leurs préférences.

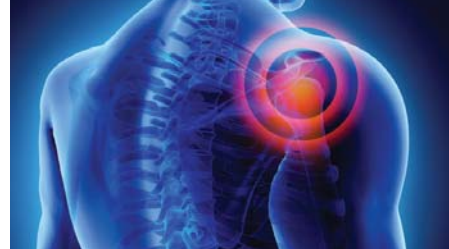
Rétablissement

Douleur

Chaque personne vit la douleur différemment. La douleur ressentie dépend du type de chirurgie ainsi que de votre réaction à l'intervention. Après la chirurgie, vous recevrez une ordonnance d'antidouleurs choisis d'après l'intervention, vos antécédents médicaux et vos allergies, le cas échéant. Vous pourriez aussi recevoir une anesthésie locorégionale, administrée par l'anesthésiste avant la chirurgie. Si cette anesthésie est possible, on en discutera avec vous avant l'intervention. Le refroidissement du site opératoire peut aussi soulager la douleur après la chirurgie. On peut utiliser des blocs réfrigérants et une thérapie par le froid. Si on utilise des blocs réfrigérants, il faut éviter de les appliquer directement sur la peau et alterner l'application (de 15 à 30 minutes toutes les heures).



Ruptures de la coiffe des rotateurs : Traitement chirurgical



Hospitalisation

La réparation de la coiffe des rotateurs est la plupart du temps faite en chirurgie d'un jour et ne nécessite donc pas d'hospitalisation. Dans certains cas, toutefois, pour des raisons médicales ou sociales, le patient peut passer la nuit à l'hôpital. L'orthopédiste et l'anesthésiste décideront de ce qui convient le mieux selon vos antécédents et le type d'intervention effectuée.

Réadaptation ou thérapie

La réadaptation après une réparation de la coiffe des rotateurs est primordiale pour assurer un bon rétablissement. En général, le rétablissement dure au moins 6 mois et est supervisé par un thérapeute. La réadaptation comprend habituellement trois étapes, soit la protection, le rétablissement du mouvement et le rétablissement de la fonction.

La protection – La première étape du rétablissement permet au tendon de commencer sa guérison et sa fixation sur l'os. L'épaule peut être protégée jusqu'à 6 semaines par le port d'une écharpe, et des restrictions peuvent s'appliquer à la sollicitation de l'épaule. Certaines activités sont permises, selon la gravité de la rupture, mais se limitent habituellement à ce qui peut être fait sans douleur. On vous apprendra à commencer à renforcer les muscles qui entourent la scapula, puisque ces muscles sont au cœur du mouvement et de la fonction de l'épaule.

Le rétablissement du mouvement – Après 4 à 6 semaines, vous pourrez commencer à faire des mouvements plus actifs avec l'épaule et le bras. Les mouvements de l'épaule et du bras sont d'abord passifs ou faits avec de l'aide, puisque cela favorise la protection de la réparation. Au fil de la guérison, des mouvements plus actifs sont intégrés, en plus d'un renforcement plus intense des muscles de la scapula.

Le rétablissement de la fonction – Une fois le mouvement de l'épaule et du bras rétabli, le renforcement des muscles de la coiffe des rotateurs peut commencer. Cette étape commence habituellement vers la 12e semaine après la chirurgie, mais elle nécessite le rétablissement préalable du mouvement de l'épaule et du fonctionnement normal de ses muscles. Le thérapeute vous montrera des exercices qui vous permettront de rétablir la force et la fonction de votre épaule et de votre bras.

Il faut compter de 6 à 12 mois après la chirurgie pour se rétablir complètement, selon la gravité de la rupture et l'état des tissus et des muscles qui l'entourent. La majorité des patients ont une force et une fonction suffisantes pour effectuer leurs activités quotidiennes après 4 à 6 mois, quoiqu'il puisse souvent se passer au moins un an avant que l'épaule retrouve sa pleine fonction. Les patients qui ont des blessures graves peuvent ne pas retrouver la pleine fonction de leur épaule, même après une réparation totale de la coiffe des rotateurs.

Résultats

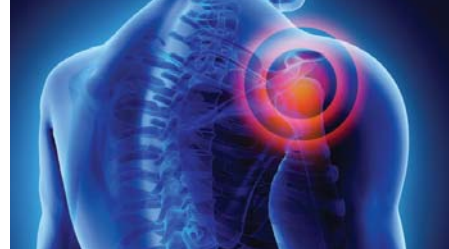
La majorité des patients qui subissent une réparation de la coiffe des rotateurs constatent une réduction de la douleur et une amélioration de la fonction de leur épaule. Toutes les techniques de réparation de la coiffe des rotateurs se traduisent par une amélioration des résultats; ceux-ci dépendent davantage du savoir-faire de l'orthopédiste et du thérapeute que de la technique choisie.

Certains patients ressentent une douleur résiduelle et ne retrouvent pas la pleine fonction de leur épaule malgré la chirurgie. Divers facteurs peuvent avoir une incidence négative sur les résultats de la chirurgie, dont les suivants :

- Grosses ruptures de la coiffe des rotateurs
- Os, tendon et tissu musculaire en mauvais état
- Patient âgé de plus de 65 ans
- Tabagisme et consommation d'autres produits contenant de la nicotine



Ruptures de la coiffe des rotateurs : Traitement chirurgical



- Trouble médical, comme le diabète
- Mauvaise application des directives de réadaptation
- Réclamations d'indemnisation des accidentés du travail

Complications chirurgicales

Même si la réparation de la coiffe des rotateurs ne pose habituellement pas de risques, toute intervention chirurgicale peut avoir des complications graves, dont les suivantes :

Raideur – La raideur peut être due à une immobilisation prolongée ou à une inflammation secondaire. Chez la majorité des patients, la raideur s'atténue au fil du temps, voire jusqu'à un an après la chirurgie.

Complications liées à l'anesthésie – Les complications liées à l'anesthésie peuvent être très graves. L'anesthésiste passera en revue avec vous les risques de l'anesthésie.

Accident cérébrovasculaire (ACV) – La plupart du temps, les personnes opérées à l'épaule sont en position assise pendant l'intervention. Comme vous avez ainsi la tête au-dessus du cœur pendant la chirurgie, il peut y avoir une réduction du flux sanguin au cerveau, ce qui peut provoquer un ACV. C'est extrêmement rare, mais possible.

Guérison partielle du tendon – Malgré une réparation réussie, il arrive que le tendon ne se fixe pas à l'os pendant le processus de guérison. Si cela se produit, les points de suture et points d'ancrage peuvent être inefficaces et provoquer une nouvelle rupture de la coiffe des rotateurs. Mais même si la guérison du tendon est partielle, les patients touchés constatent souvent une réduction de la douleur et une amélioration de la fonction de l'épaule, malgré la rupture persistante.

Domages aux nerfs – La majorité des dommages aux nerfs sont provisoires et guérissent au fil du temps. Dans de rares cas, ils peuvent être permanents. La plupart du temps, c'est le nerf axillaire, associé au deltoïde, qui est touché.

Perte de sang – Quoique rare, une perte de sang nécessitant une transfusion sanguine en cours d'intervention est possible.



For more information: The Canadian Orthopaedic Foundation provides a free booklet, *Shoulder Surgery – Planning For Your Best Results*, which outlines general preparations, complications monitoring, a diary of progress and more. Visit www.whenithurtstomove.org to download your free copy.