



# RUPTURE DE LA COIFFE DES ROTATEURS

[www.groupe-epaule-nantes-atlantique.fr](http://www.groupe-epaule-nantes-atlantique.fr)

## LA PATHOLOGIE :

La coiffe des rotateurs est l'ensemble des tendons qui relient certains muscles de l'épaule à la tête de l'humérus. Lorsque ces muscles se contractent, la coiffe entraîne les mouvements au niveau de l'épaule et du bras. Ces tendons sont au nombre de quatre (sous-scapulaire, sus-épineux, sous-épineux, petit-rond) auxquels il faut ajouter le tendon du long biceps qui coulisse dans une gouttière entre ces tendons.

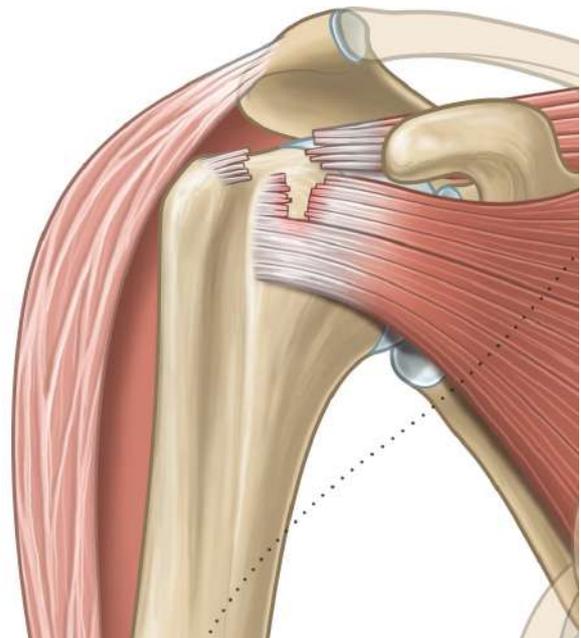
Ces tendons sont solidement fixés à l'os autour de la tête de l'humérus mais ils ont tendance à s'user avec l'âge notamment lorsqu'ils sont souvent sollicités (gestes répétitifs et/ou en force avec les bras décollés du corps). Lorsque ces tendons commencent à s'user mais ne sont pas détachés de l'os sur lequel ils sont attachés, on parle de tendinopathie ou tendinite et lorsque les tendons ne sont plus fixés sur l'os, on parle alors de rupture de la coiffe des rotateurs.

Ces ruptures de la coiffe surviennent soit progressivement après quarante ou cinquante ans soit brutalement lors d'un traumatisme. Enfin, il peut y avoir déchirure ou extension d'une rupture ancienne lors d'un traumatisme sur une épaule qui était déjà douloureuse. On parlera de rupture massive lorsque la rupture concernera la quasi-totalité des tendons (plus de deux).

Le patient décrit des douleurs au niveau du moignon de l'épaule (ressenties comme des douleurs dans le biceps). Ces douleurs peuvent survenir lors de certains gestes de la vie courante ou être plus ou moins permanentes. Ces douleurs peuvent empêcher le patient de dormir sur son épaule : on paye souvent le soir ou la nuit les différents travaux que l'on a fait dans la journée.

Avec une rupture de coiffe, dans la grande majorité des cas, le patient peut bouger le bras et notamment le lever au-dessus de l'horizontale mais il aura moins de force à bout de bras. En consultation, le médecin vérifie que le patient conserve une souplesse complète au niveau de son épaule. Différents tests permettent d'analyser les différents tendons.

On peut demander des examens complémentaires pour préciser les problèmes au niveau



de ces tendons et des muscles correspondants. Une radiographie simple est toujours nécessaire avant de réaliser des examens plus complexes. Ces examens pourront être une échographie, une IRM ou un arthroscanner. En fonction de ce que le patient décrira, de l'examen du médecin et des différents examens complémentaires, le médecin adaptera le traitement.

Souvent, un traitement médical avec une ou deux infiltrations de cortisone réalisées par le médecin radiologue et des séances de rééducation sera réalisé dans un premier temps. Des séances de rééducation en piscine chaude (balnéothérapie) seront indiquées si l'épaule n'a pas toute sa souplesse, en plus d'exercices précis d'étirements que devra faire le patient régulièrement dans la journée, chez lui. C'est notre protocole de récupération des amplitudes. En cas d'échec de ce traitement ou en première intention chez des patients jeunes, actifs et sportifs, il faudra discuter d'une réparation avec fixation de ce tendon dans l'os et donc intervention chirurgicale.

### LE TRAITEMENT CHIRURGICAL :

Ces interventions de réinsertion des tendons ont lieu aujourd'hui par arthroscopie (chirurgie réalisée à l'aide d'une caméra sans réaliser de grande ouverture sur la peau). Les tendons sont refixés dans l'os grâce à des ancres qui sont mises en place dans l'os et qui permettent grâce à des fils dépendant de ces ancres de replaquer les tendons sur l'os d'où ils se sont détachés. Cette chirurgie nécessite une hospitalisation brève de 24 à 48 heures en fonction de la douleur, mais peut être réalisée en Ambulatoire à certaines conditions.

Cette chirurgie comporte comme toute intervention certaines complications, la principale est le « lâchage » des tendons souvent lié à une mauvaise qualité de ces derniers. Les infections sont extrêmement faibles, tout comme l'algodystrophie (raideur douloureuse).

Une rééducation de plusieurs mois est nécessaire après ce type de chirurgie. Cette rééducation est maintenant le plus souvent ambulatoire. Un séjour en centre de rééducation est réservé à des cas particuliers. Les patients sont suivis en post-opératoire conjointement par les chirurgiens et les médecins rééducateurs ou les kinésithérapeutes, jusqu'à ce qu'ils obtiennent un résultat satisfaisant. Le but est de retrouver une épaule complètement souple et mobile, qui permette de vivre au quotidien sans douleur. La reprise des activités sera discutée avec chaque patient selon sa situation.



*Rupture vue en arthroscopie*



*Réparation vue en arthroscopie*

## LES SUITES OPERATOIRES:

### 1° Phase – J+0 à J+45:

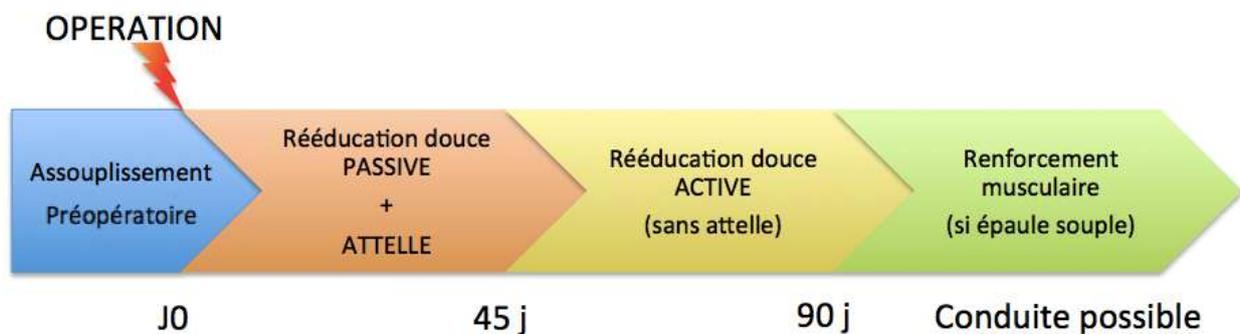
- Début de la rééducation dès les jours suivants l'intervention (prenez contact avec votre kinésithérapeute dès connaissance de la date opératoire)
- Apprentissage de la mobilisation douce et indolore **pendulaire et passive**
- **Repositionnement de l'attelle après chaque séance jusqu'à J+45**
- Glaçage de l'épaule après chaque séance.
- L'objectif est d'obtenir la souplesse de l'épaule
- Penser à assouplir le coude, le poignet et la main

### 2° Phase – J+45 à J+90:

- **Retrait de l'attelle**
- Mobilisation progressivement active dans tous les secteurs
- Respect de l'indolence
- **Ne pas chercher à renforcer les muscles à ce stade**

### 3° Phase – J+45 à J+3 mois:

- Dès l'obtention d'une épaule parfaitement souple débuter un renforcement musculaire doux, le retarder si l'épaule reste douloureuse.
- La conduite automobile devient possible



## LES CONSIGNES :

- **AVANT l'opération : Vous allez être opéré au niveau de l'épaule :**
  - La rééducation **pré-opératoire** est très importante
  - L'épaule pour être opérée doit être souple
  - Vous pouvez utiliser les fiches d'auto rééducation fournies
- **APRES l'opération :**
  - Une attelle protège la réparation **45 jours**, elle est fragile durant 90 j
    - L'attelle peut être retirée par le kinésithérapeute
    - Ou par vous-même aidé d'un proche **UNIQUEMENT** pour l'hygiène corporelle en veillant à maintenir le bras dans la position.
    - Vous pouvez plusieurs fois par jour détacher le poignet et l'avant bras pour déplier le coude.
  - La rééducation débute dès les premiers jours en privilégiant l'auto rééducation
    - Elle doit être douce, indolore, sans tirer sur des poids ou élastiques pendant les 3 premiers mois
    - Accompagnez la rééducation d'une prise antalgique 1H auparavant
    - Complétez la rééducation par les assouplissements d'auto-rééducation
  - Pendant deux mois les **douleurs sont classiques**
  - Prenez suffisamment d'antalgique pour ne pas avoir mal, c'est important pour une bonne évolution
  - **ARRET du tabac pendant la cicatrisation tendineuse (3 mois)**
  - Ne portez rien avec le bras opéré avant 3 mois
  - La conduite auto est possible à partir de 3 mois
  - L'épaule deviendra confortable à 4 mois
- **A l'avenir :**
  - Votre épaule sera réparée donc toujours un peu plus faible
  - Tachez de la préserver



L'autorééducation est toujours bénéfique :

- Avant l'opération
- Douce après l'opératoire
- Respecter la limite douloureuse
- 5 fois 5 min par jour

