

## Les risques :

Tout acte chirurgical expose à des risques et il est impossible d'établir une liste exhaustive des complications potentielles, ni du pourcentage de risque de chacune d'entre elles, car celles-ci varient en fonction de votre opération et de vos éventuelles pathologies associées (diabète...).

En dehors des risques liés à l'anesthésie, les principaux risques sont : hématome, infection, algodystrophie.

La survenue d'une infection de la zone opératoire est une complication rare mais dont le traitement est complexe et contraignant. Une telle infection peut être favorisée par l'infection d'une autre partie du corps (dent, peau, etc.). Après l'opération, toute infection quelle qu'en soit la localisation doit être signalée à votre chirurgien et prise en charge rapidement. Il est souvent nécessaire de réopérer votre épaule pour laver l'infection. Pour vous protéger de ce risque, l'opération a lieu dans des conditions d'hygiène très strictes et un traitement antibiotique préventif vous sera administré juste avant l'intervention (= antibioprofylaxie).

L'algodystrophie est phénomène douloureux et inflammatoire encore mal compris. Elle nécessite une prise en charge spécifique de la douleur et une rééducation adaptée. Elle est imprévisible dans sa survenue comme dans son évolution (6 à 18 mois en moyenne) et ses séquelles potentielles.

Les risques spécifiques sont l'échec de la cicatrisation (20 % environ) et la re-rupture des tendons des muscles de la coiffe qui peut survenir à la suite d'un nouveau traumatisme ou d'une rééducation inadaptée. Certains facteurs d'échec de cicatrisation peuvent être contrôlés en préopératoire (diabète, hypercholestérolémie, tabagisme). La taille de la rupture et l'état musculaire sont les facteurs les plus importants. Il n'y a pas d'âge limite pour une réparation de la coiffe des rotateurs.

Les complications neurologiques sont très rares.

L'équipe soignante dans sa globalité est à votre écoute pour répondre à toutes vos interrogations. N'hésitez pas à nous solliciter.



CENTRE HOSPITALIER  
DE VERSAILLES

## REPARATION DE LA COIFFE DES ROTATEURS



SERVICE DE CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET  
TRAUMATOLOGIQUE

CENTRE HOSPITALIER DE VERSAILLES  
177 RUE DE VERSAILLES 78150 LE CHESNAY

POUR PLUS D'INFORMATIONS:

[WWW.VERSAILLES-ORTHOPEDIE.COM](http://WWW.VERSAILLES-ORTHOPEDIE.COM)

PRISE DE RENDEZ-VOUS:

01 39 63 80 20 (BUREAU CENTRAL DES RENDEZ-VOUS)

01 39 63 93 25 / 01 39 63 87 64 (SECRÉTARIAT)

01 39 63 89 52 (CONSULTATION PRIVÉE)

PAR MAIL : [www.ch-versailles.fr](http://www.ch-versailles.fr)

**Service de Chirurgie Orthopédique  
et Traumatologique**

Chef de Service : Dr N. PUJOL

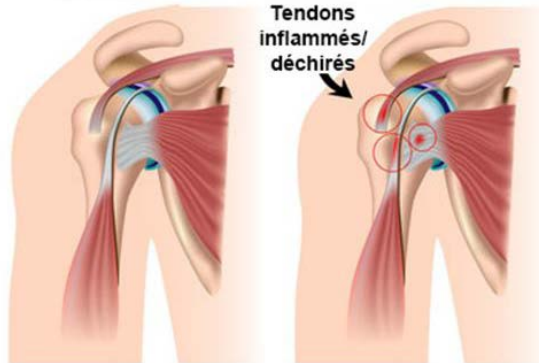
[www.versailles-orthopedie.com](http://www.versailles-orthopedie.com)



## Quel est votre problème ?

L'épaule est l'articulation entre l'omoplate (scapula) et la tête de l'humérus. La coiffe des rotateurs est un ensemble de tendons qui entourent la tête de l'humérus. Ces muscles permettent d'initier le mouvement de l'épaule et les rotations. L'autre moteur de l'épaule est le deltoïde qui donne la force.

Les muscles de la coiffe des rotateurs sont le sous-scapulaire en avant, le sus-épineux au-dessus, l'infra-épineux en arrière, et la portion du biceps qui passe à travers l'articulation.



## Quelles sont les pathologies de la coiffe des rotateurs ?

Ces tendons peuvent être affectés par l'usure naturelle, une hyper-sollicitation ou un traumatisme. La tendinite de la coiffe des rotateurs correspond à un défaut de régénération du tendon qui provoque principalement des douleurs de l'épaule. Une inflammation ou un épanchement dans la bourse au-dessus des tendons (bursite) peut s'observer.

La rupture de la coiffe des rotateurs peut être liée à un traumatisme ou à une usure importante. Elle entraîne une perte de force qui peut être associée ou non à des douleurs. Un patient peut avoir une coiffe totalement rompue et n'avoir jamais eu aucunes douleurs.

Le traitement médical est indispensable dans un premier temps (antalgiques, anti-inflammatoires, rééducation, infiltration de corticoïdes). Il donne régulièrement de bons résultats permettant d'éviter une opération. En cas d'échec du traitement médical, on propose une intervention chirurgicale.

## Quelle est l'intervention qui vous est proposée ?

L'objectif de la chirurgie est de nettoyer l'articulation ce qui permet de soulager les douleurs. En cas de rupture, on réinsère les tendons rompus sur l'humérus en tirant dessus et en les appliquant sur la zone d'insertion.

L'intervention se déroule sous arthroscopie, c'est à dire sous vidéo-chirurgie. A l'aide de plusieurs incisions on insère une caméra à fibre optique et des instruments spécifiques dans l'épaule. Toute l'opération se déroule à l'intérieure de l'épaule. On fixe dans l'humérus des ancrs spécifiques résorbables et radio-transparentes sur lesquelles on vient accrocher les tendons rompus avec des fils non résorbables.

Toutes les ruptures ne sont pas réparables. Une rupture étendue, l'arthrose, des muscles infiltrés de graisse ou amyotrophiés (perte de volume) sont des contre-indications à une réparation.

D'autres solutions chirurgicales pourront vous être proposées (prothèse totale inversée, greffe, transferts musculaires) en fonction de votre âge et de vos activités

Une raideur due à une rétraction des ligaments et de la capsule doit être traitée en préopératoire par de la rééducation



## Comment se déroule l'opération ?

L'intervention se déroule sous anesthésie générale ou locorégionale, elle dure en moyenne 1h30. Juste avant l'opération l'anesthésiste pratiquera un bloc anesthésique qui permet « d'endormir » l'épaule. Cela permet de diminuer la quantité de médicaments administrés pendant l'anesthésie générale et de soulager les douleurs au réveil.

Actuellement cette opération est réalisée en chirurgie ambulatoire.

## Quelles sont les suites opératoires ?

Après l'opération le bras est positionné sur une attelle spécifique dite coussin d'abduction qui permet de diminuer la tension sur les tendons réinsérés. Des mouvements d'auto rééducation en pendulaire sont initiés immédiatement. Le glaçage de l'épaule et la position demi-assise sont conseillés pour la nuit. Les pansements sont ôtés au huitième jour, ils autorisent la douche immédiate, il n'y a pas de fils à enlever. L'autonomie pour la vie quotidienne est récupérée en 2 ou 3 jours, l'aide d'une tierce personne est rarement nécessaire.

La rééducation est effectuée en ville. L'objectif est de retrouver les mobilités articulaires de l'épaule. La rééducation passive est débutée aux troisièmes ou quatrièmes semaines avec un kinésithérapeute. Le travail actif en élévation n'est pas autorisé avant 6 semaines.

A la sixième semaine la stabilisation au zénith est obtenue et le contrôle de la descente du bras est effectué (travail en excentrique). Le renforcement musculaire se concentre sur le serratus majeurs, les abaisseurs et les adducteurs, les fixateurs de la scapula.

Le travail avec des haltères est évité ainsi que la poulie thérapie

Il convient de lutter contre la contracture du trapèze

La conduite automobile n'est pas envisagée avant un mois au plus tôt. Le sport et les efforts de force sont interdits pendant trois mois

La récupération se fait entre 4 et 9 mois. En fonction des lésions initiales, de la cicatrisation tendineuse et de l'état musculaire, la récupération de la force peut être complète ou partielle.