

Rupture de Coiffe réparable

Comment apprécier ?

- ◆ Bilan diagnostic, fonctionnel et anatomique
 - Évaluer les critères de réparabilité
 - Évaluer le type de rupture
 - Validité de la fixation dans le temps
 - Quelle technique ?





Évaluation et Testing clinique

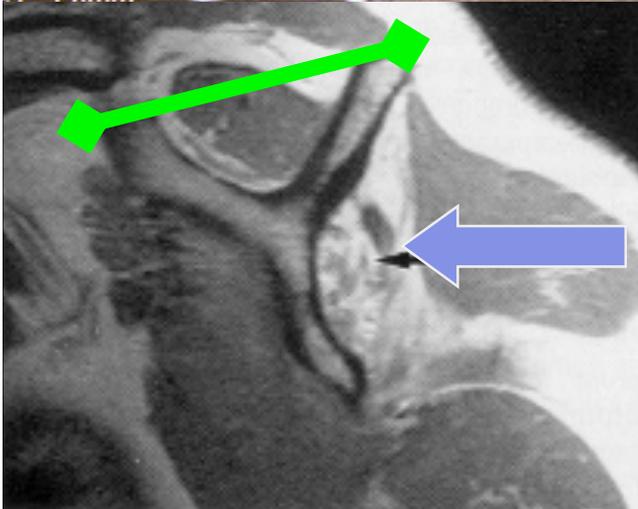
- ◆ Age / profession / AT
- ◆ Niveau de douleurs
- ◆ Niveau d'Activité
- ◆ Mobilité : raideurs ?
- ◆ Évaluation globale en score (constant)

Testing clinique : ⇒ sensible et sert à analyser l'imagerie

- ◆ Jobe : sus épineux
- ◆ Recc et signe du portillon : sous épineux
- ◆ Lift off test de Gerber et Belly press : sous scapulaire
- ◆ Palm up test, signe ARES ou ARIS supination cc, aspect rompu : LPB
- ◆ CSA : Yocum , Hawkins, Neer



Lésion anatomique arthro-scanner (ou arthro IRM)



◆ Taille

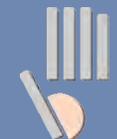
- Taille rupture
- Localisation tendineuse et versant de la coiffe
- Localisation des clivages et état de la LPB
- Rétraction de la coiffe (distale TH (intermédiaire), GH (rétractée))

◆ Hauteur sous acromiale et acensions de la tête humérale

◆ Dégénérescence musculaire (stade 3= fat=muscle)

◆ Amyotrophie

- ◆ Qualité osseuse trochiter et kystes
- ◆ Arthrose GH



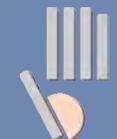
Que choisir ?

Mini open

Ciel ouvert

Tout

arthroscopique



Institut
de la Main

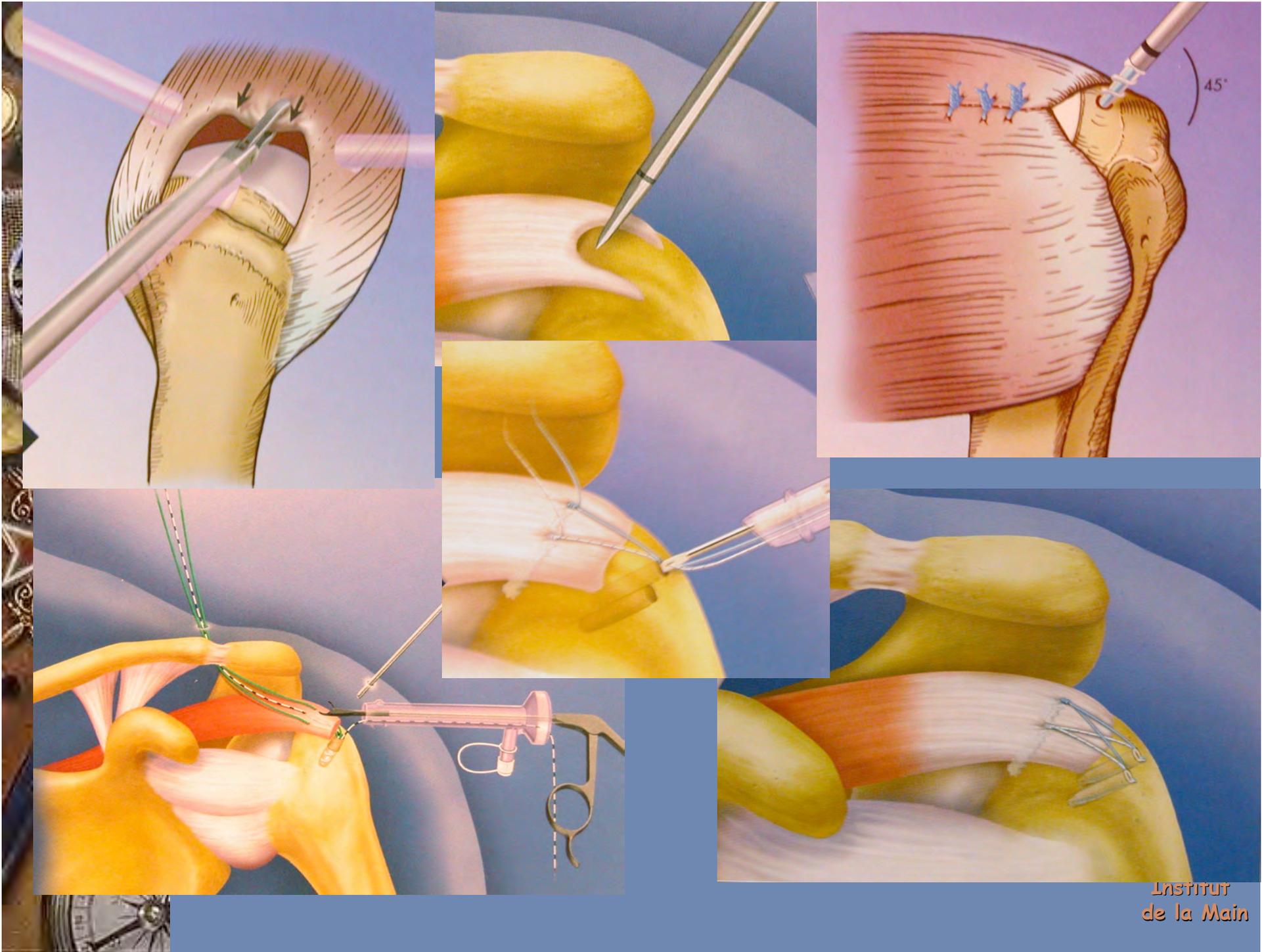


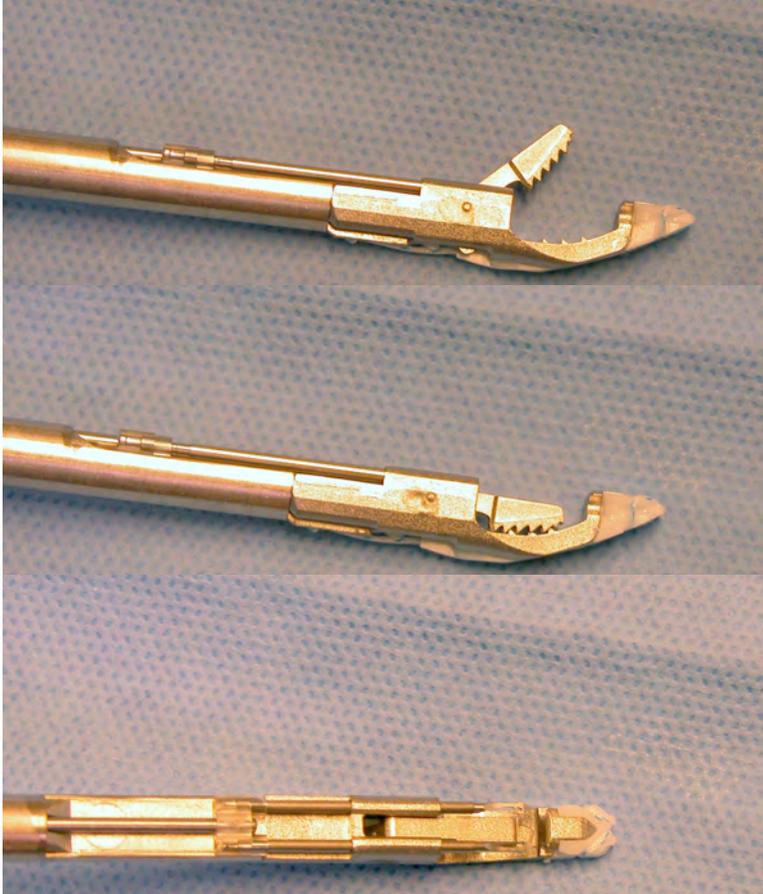
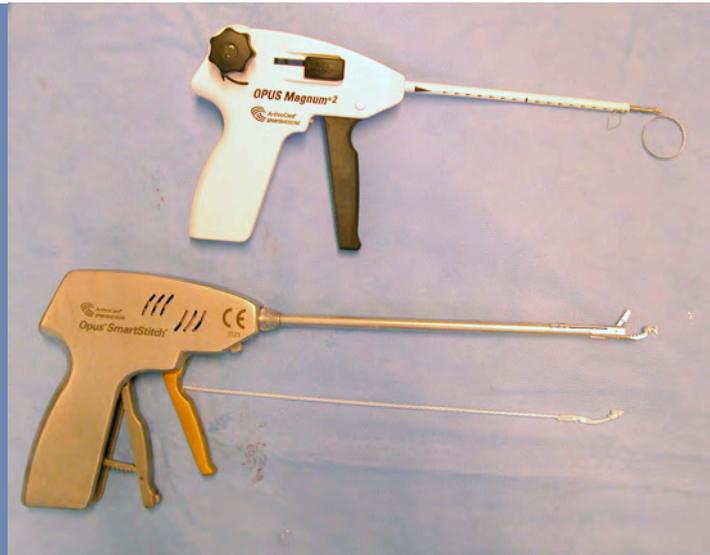
Chirurgie

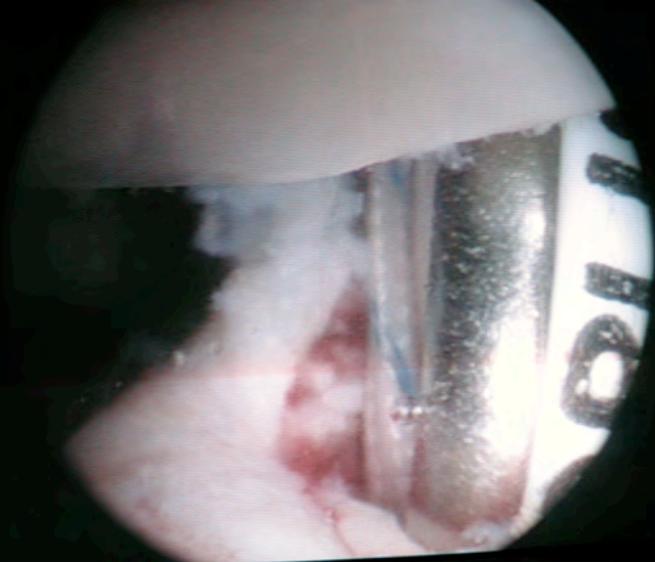
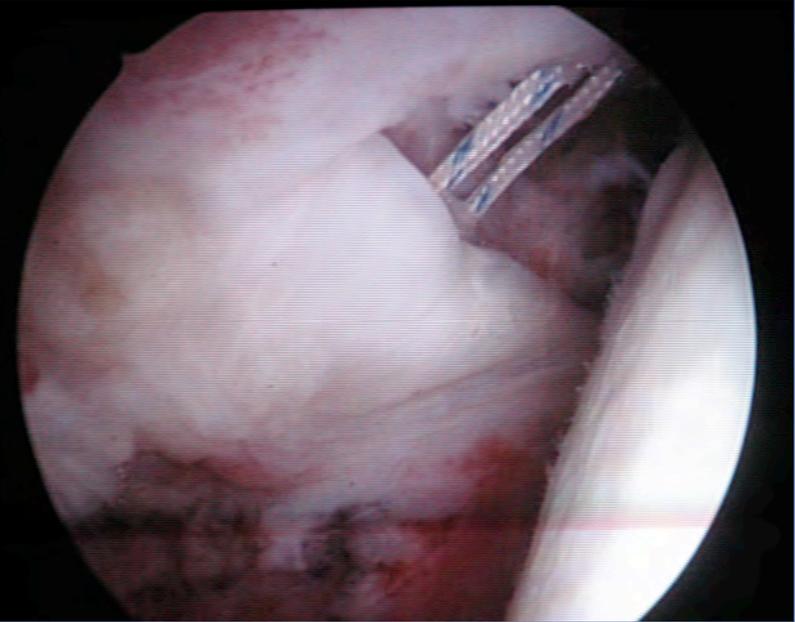
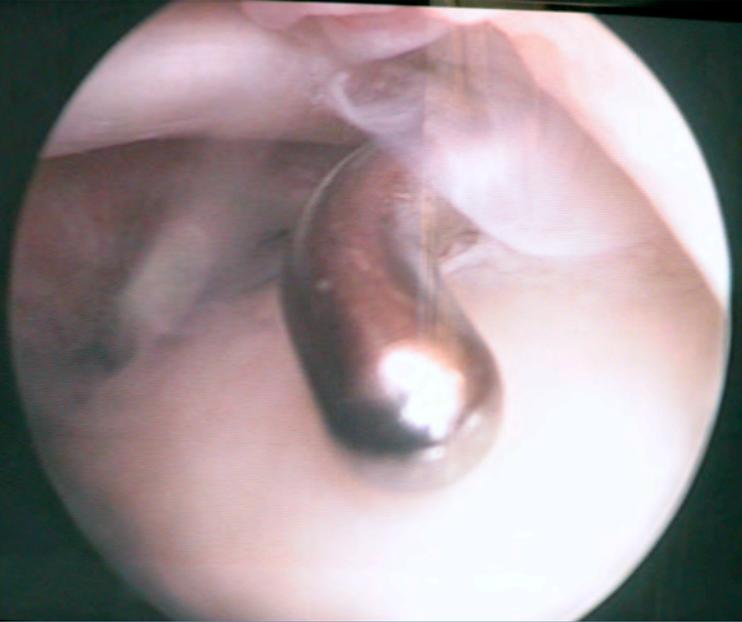
- ◆ Installation demie assise en beach chair +/- traction
- ◆ Sous AG et KT
- ◆ Geste systématique ASA et à la demande de resection $\frac{1}{4}$ externe de clavicule
- ◆ Débridement périphérique de la coiffe
- ◆ Arthrolyse et libération tendineuse

Fixation de la coiffe

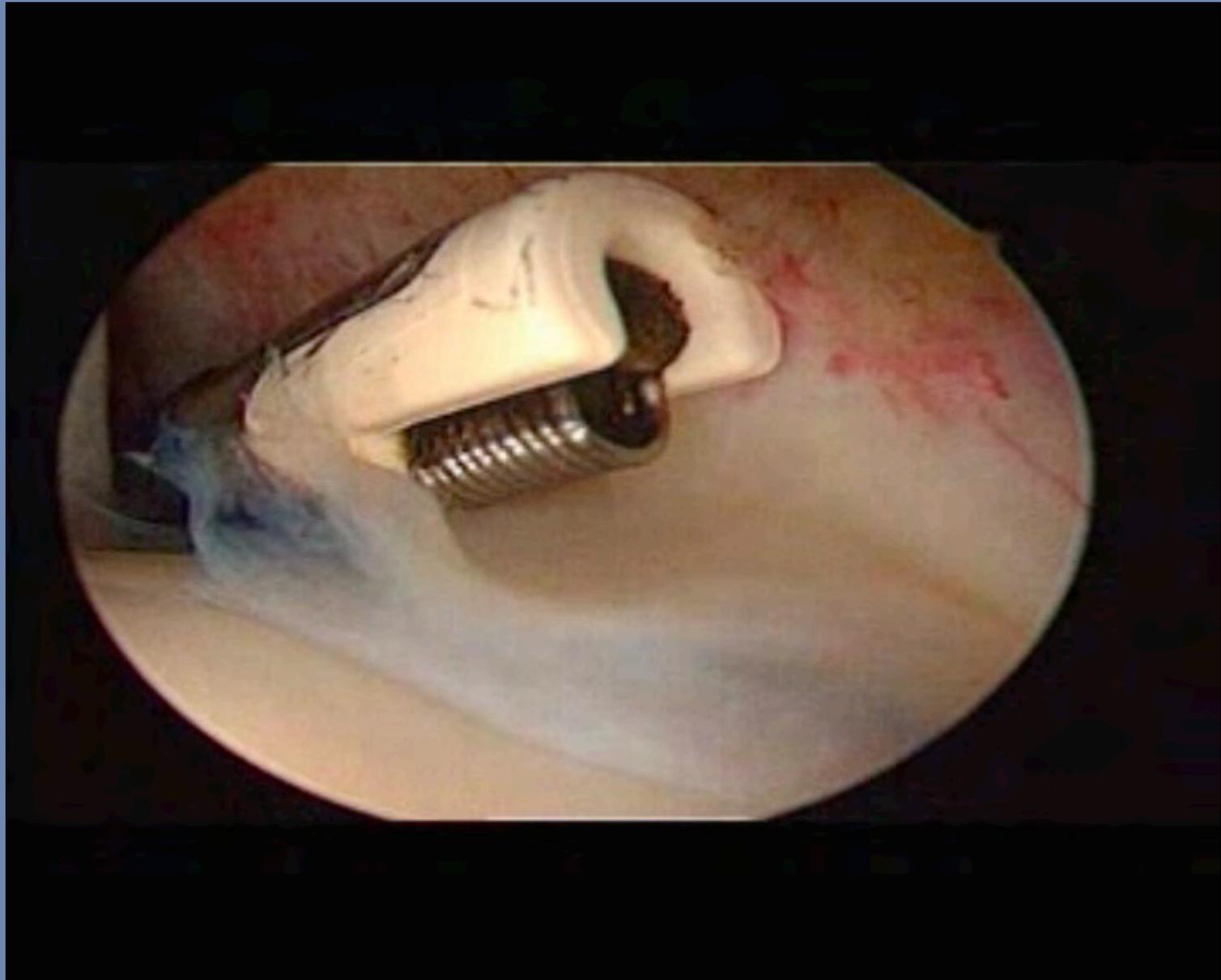
- ◆ Vérifier les limites du tendon
- ◆ Fixation (tranchée, foot print, bord à bord, cadrage en u)
- ◆ Évolution vers des fils doublement tressé à haute résistance (type orthocord) non résorbable
- ◆ Vérifier la qualité de l'encrage osseux
- ◆ Points en fonction type de rupture (sup hauban, prof placage, VY)







Réparation arthroscopique



Soins post opératoires

- ◆ Echarpe +/- coussin : 6 semaines
- ◆ Drainage antalgiques et KT
- ◆ Kiné J1 passive sans douleur en secteur de sécurité
- ◆ Rx J15



Résultats et évaluation des critères

- ◆ *Avantage de la technique qui permet la meilleure réinsertion de la coiffe selon l'opérateur et sa courbe d'apprentissage*
- ◆ Arthroscopie
 - Faible rançon cicatricielle
 - Pas de désinsertion deltoïdienne
 - > suture du sous scapulaire
 - Et lésions larges rétractées (- douloureuse, récup plus rapide?)
 - Sinon Mini open résultats identiques sur la douleur et la fonction



Résultats et évaluation des critères: chirurgie à ciel ouvert

- ◆ Symposium 1998 Sofcot technique à ciel ouvert (recul > 2 ans)
- ◆ Constant 78 – 80
- ◆ Sus épineux 28 % rupture itératives
- ◆ Sus et sous épineux 48 % et 73 % si rétraction Bernageau >2

Résultats et évaluation des critères chirurgie arthroscopique

- ◆ SFA 2005 576 endoscopies
- ◆ 94% b et TB R
- ◆ Coiffe cicatrisée 56%
 - 15,8% rupture itérative
 - 19% images intra tendineuses
 - 9,5% fuite ponctiforme
- ◆ Constant fortement corrélé
 à l'étanchéité de la coiffe+++

évaluation des critères de mauvais pronostic

- ◆ Terrain
 - Age >65 ans, éthylique fumeur, AT
 - Constant pré op < 40, antépulsion < 120°
 - Capsulite, terrain algo
 - Amyotrophie de la fosse de l'infra épineux
- ◆ Radiologiques :
 - Espace SA < 6mm
 - Subluxation AS de la TH
 - Arthrose GH > stade 1
 - Clivage étendu
 - Rétraction Bernageau > cavité glénoïdienne
 - Dégénérescence musculaire TDM > 2
 - Amyotrophie IRM supra épineux > 40%

