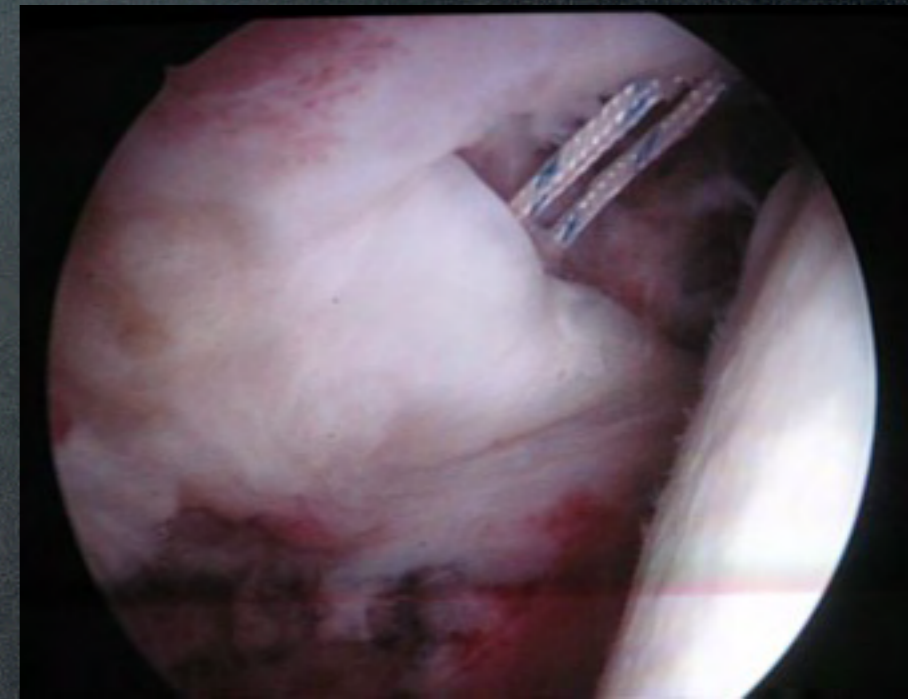
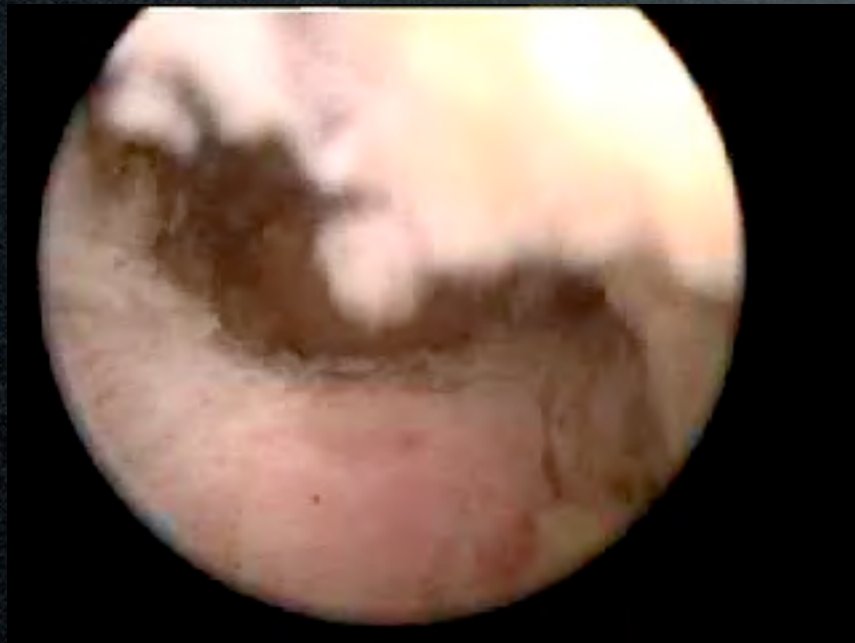


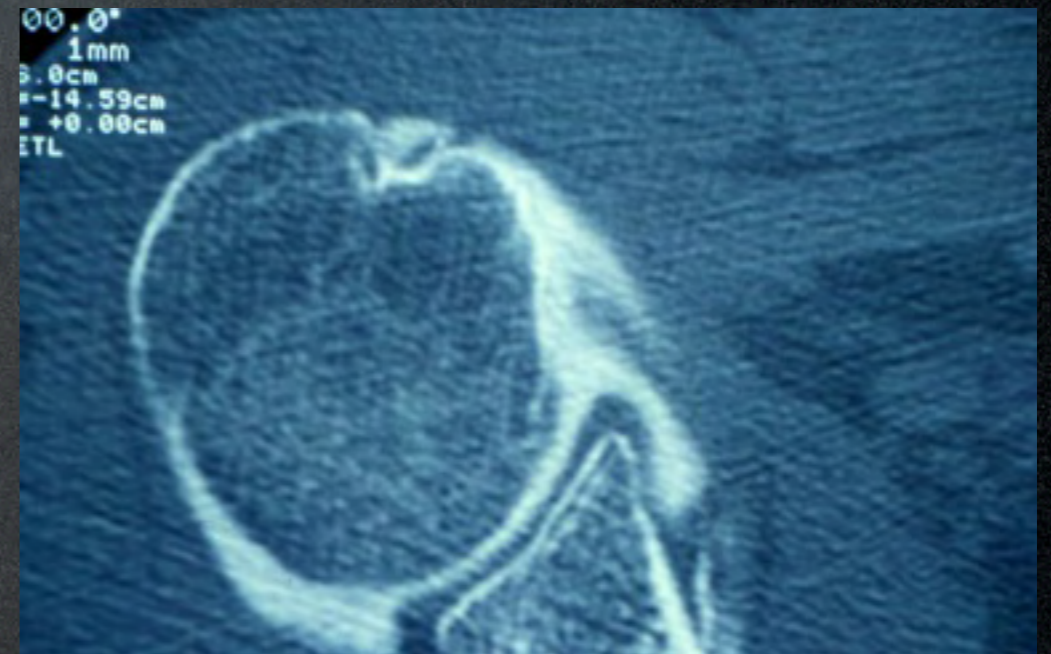
Suture arthroscopique des lésions de la coiffe des rotateurs



Christian Dumontier
Unité d'Épaule- Institut de la main
& Hôpital Saint Antoine - Paris

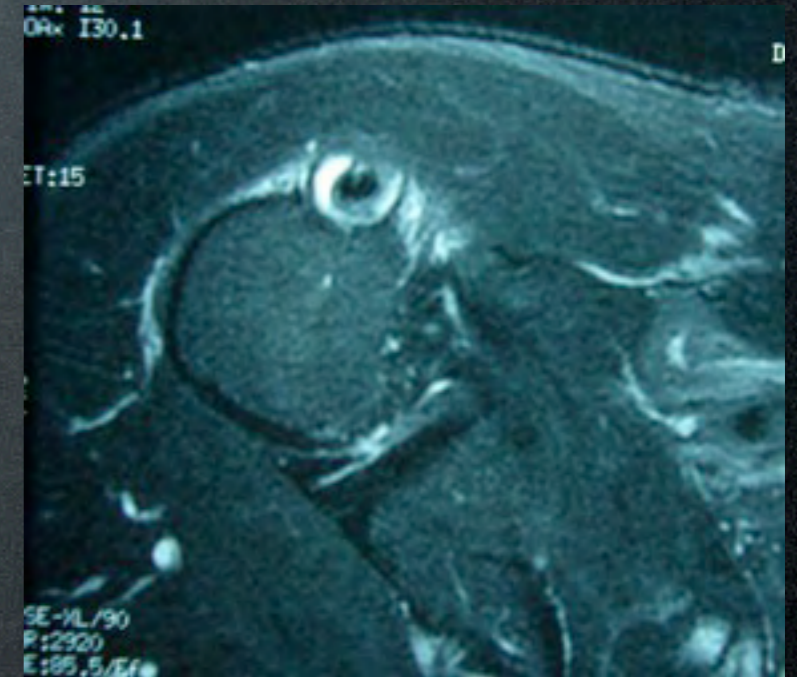
Quelles lésions ?

- ~~Tendinopathies ?~~
- Biceps ?
- Petites ruptures ?
- Grandes ruptures ?
- Sous-scapulaire ?



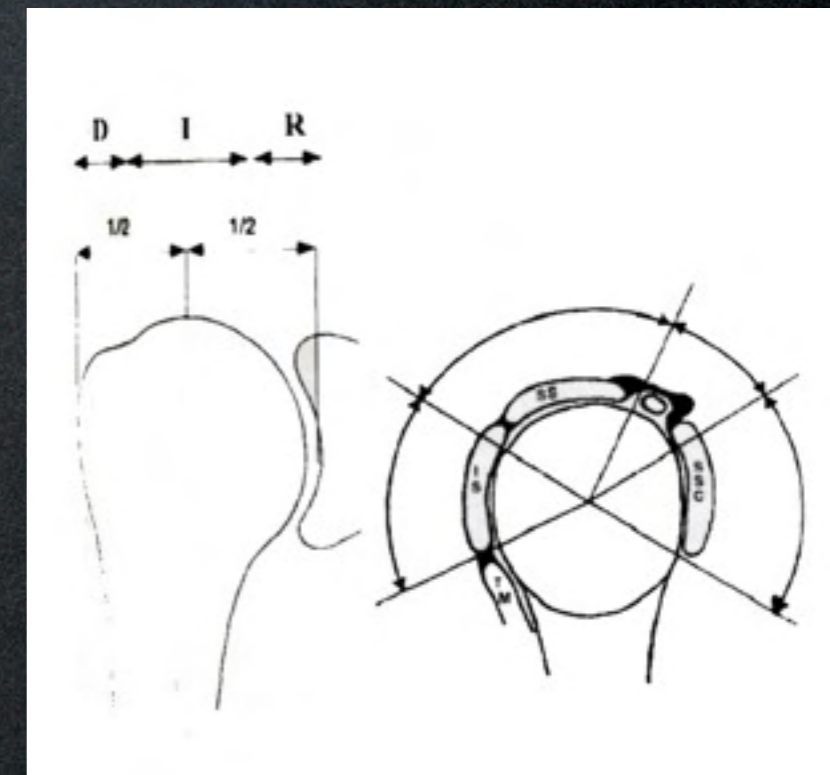
Biceps

- Un biceps symptomatique le restera
- La ténotomie/ténodèse est indiquée
 - Ténotomie > ténodèse
- Conservation du biceps ssi coraco-huméral intact +++



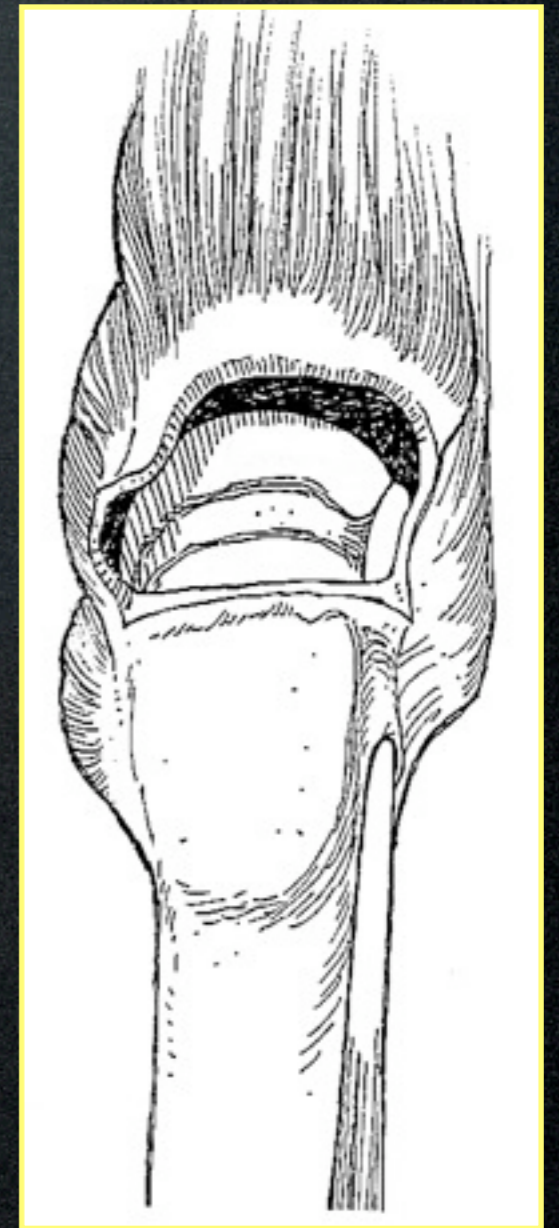
“Petites ruptures”

- Ruptures partielles profondes
 - Si $< 50\%$ épaisseur = arthrolyse
 - Si $> 50\%$ épaisseur = compléter la rupture puis suture
- Ruptures distales supra et/ou infraspinatus = suture si $< 65/70$ ans

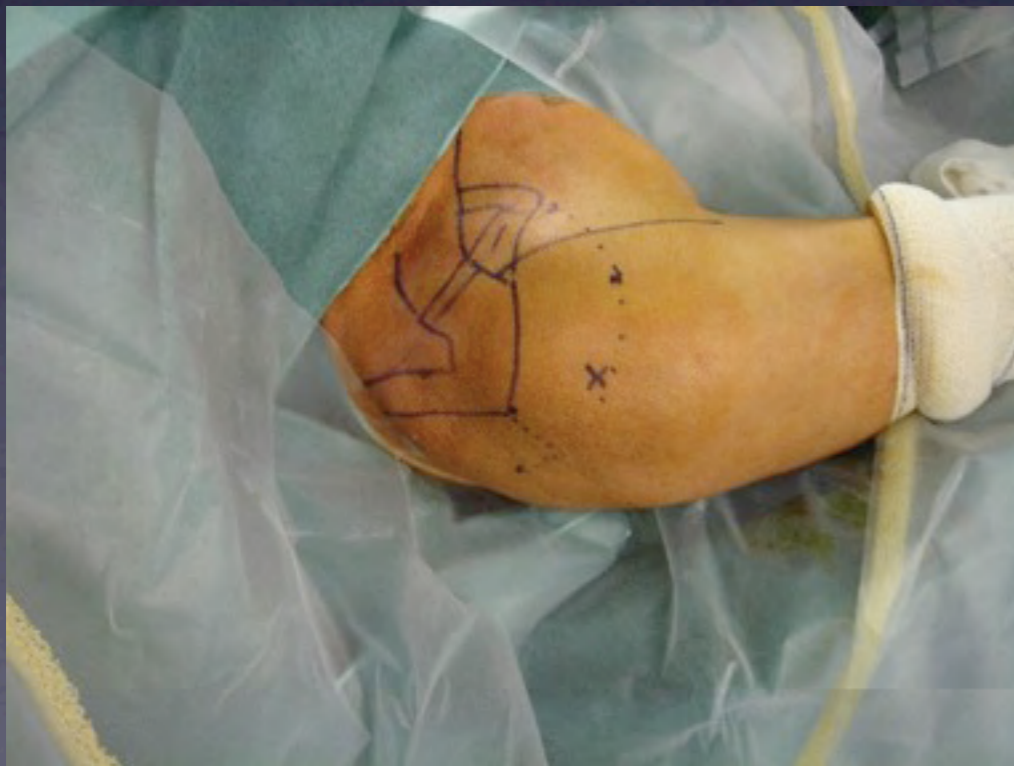


“Grandes ruptures”

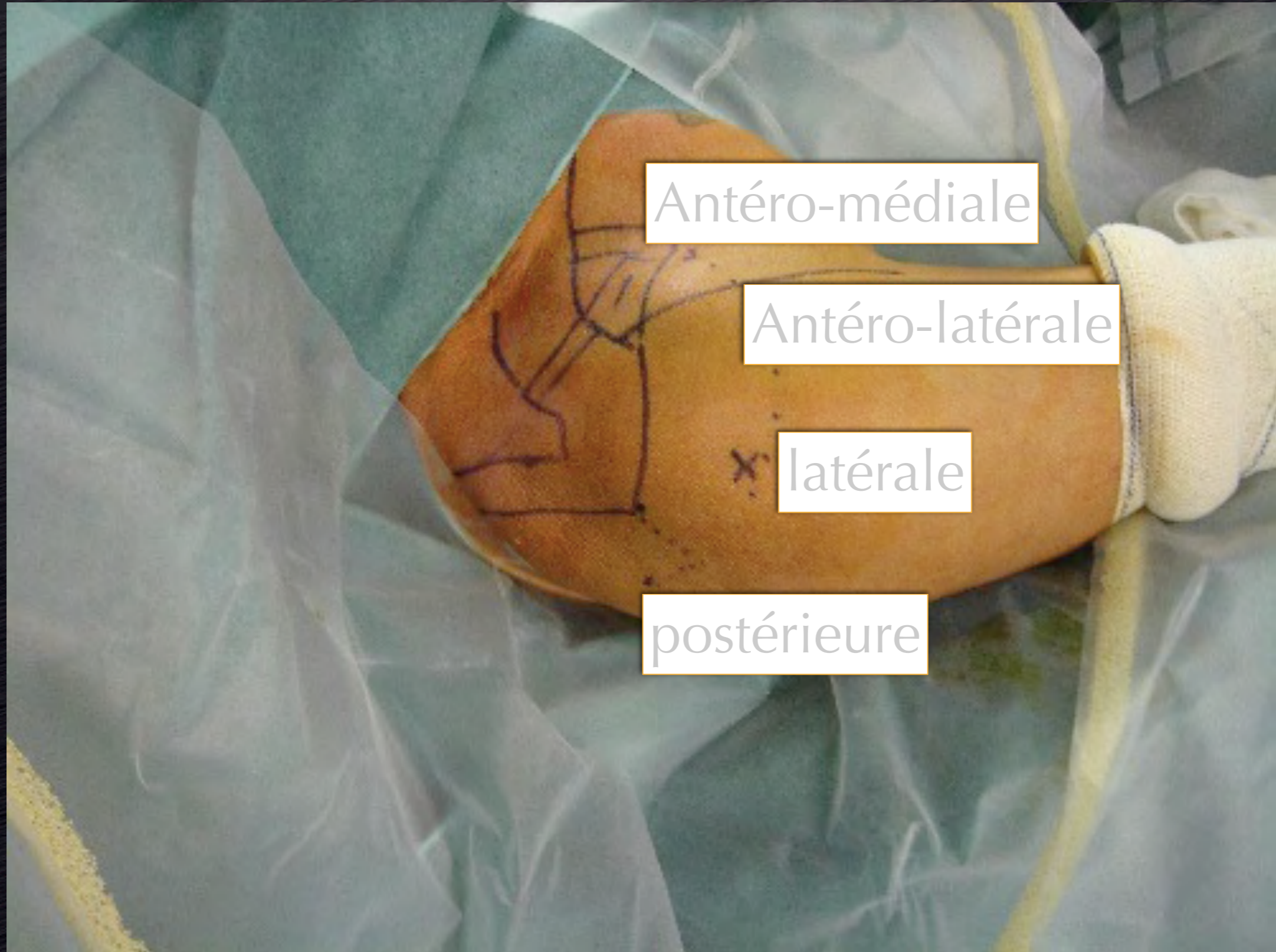
- Ruptures intermédiaires ou rétractées
 - Mobilisables = suture
 - Non mobilisables = “arthrolyse”



- La règle des deux doigts (Boileau)

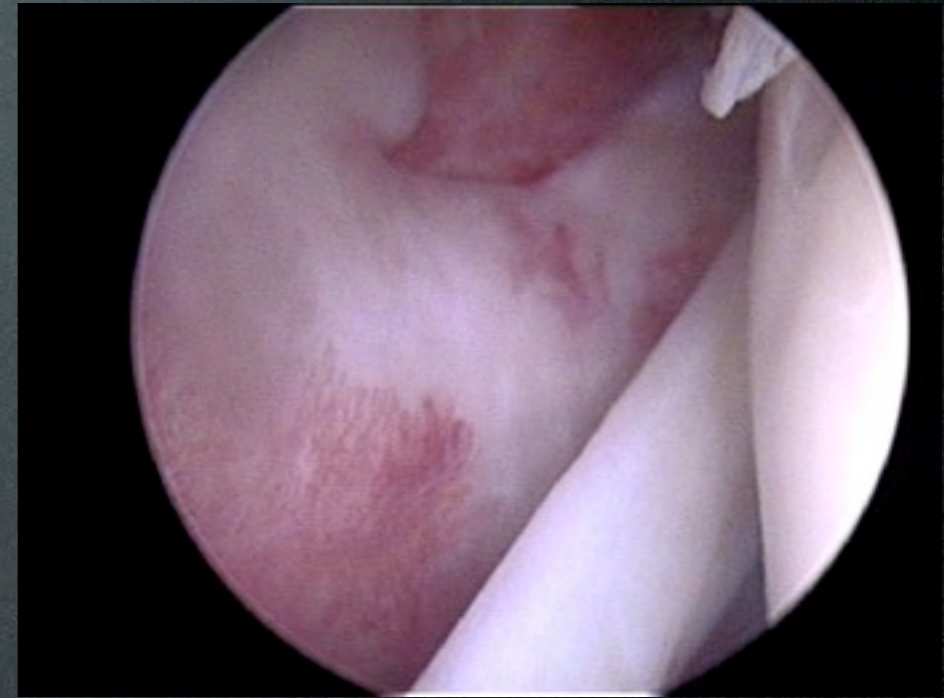


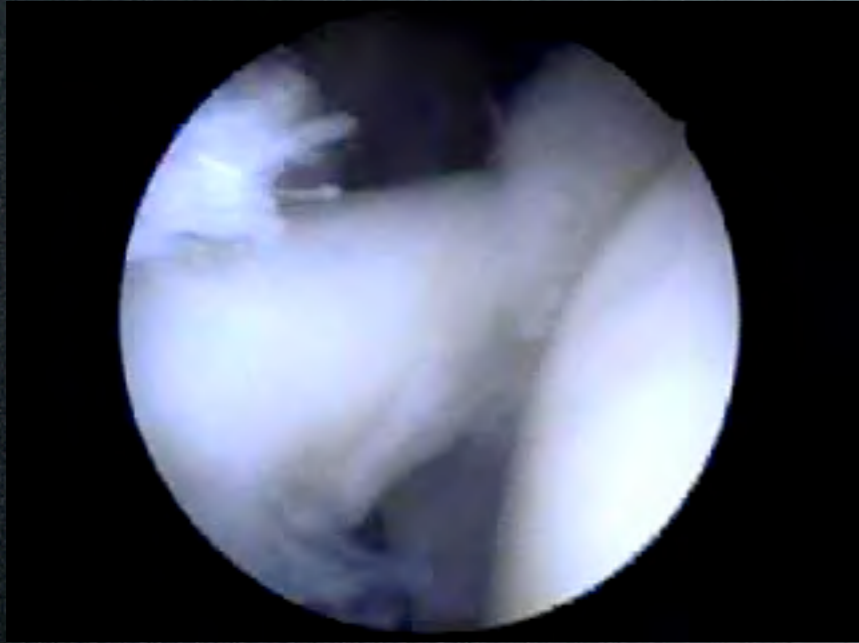
Voies d'abord en pratique



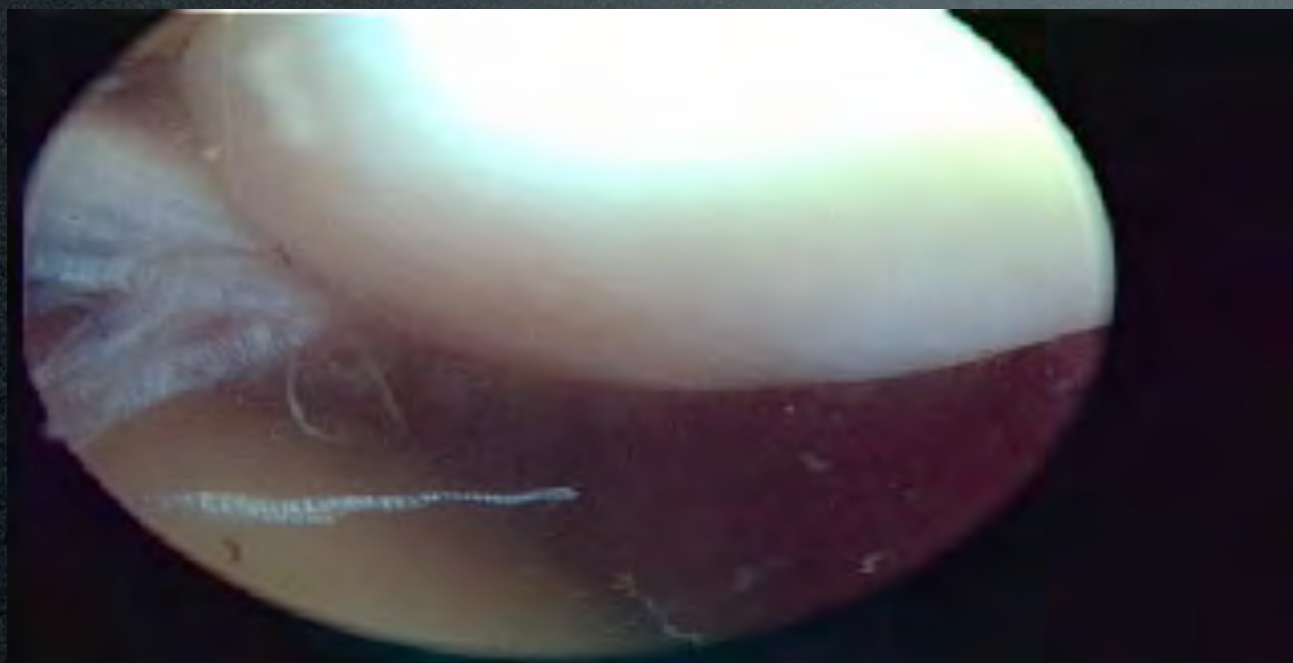
Technique

- Temps endo-articulaire
 - Explorer l'épaule
 - Ténotomie du biceps
 - Débridement de la face profonde de la coiffe et rafraichissement des berges
 - “Décollement” de la coiffe

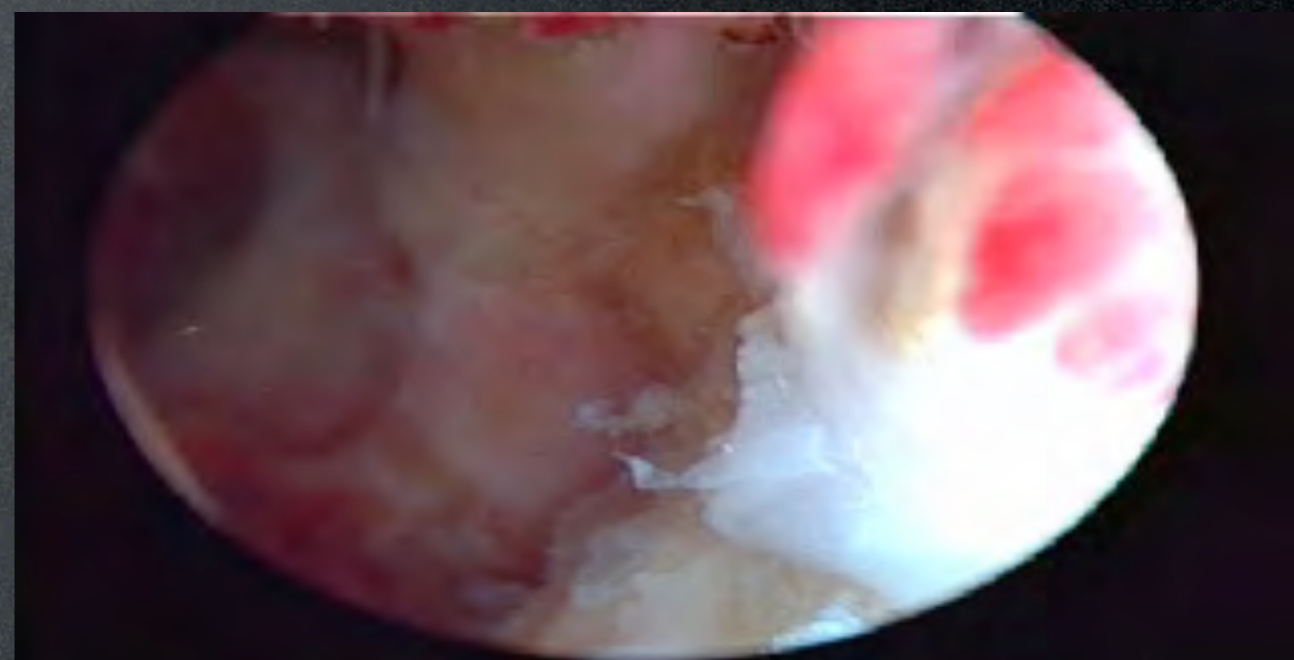
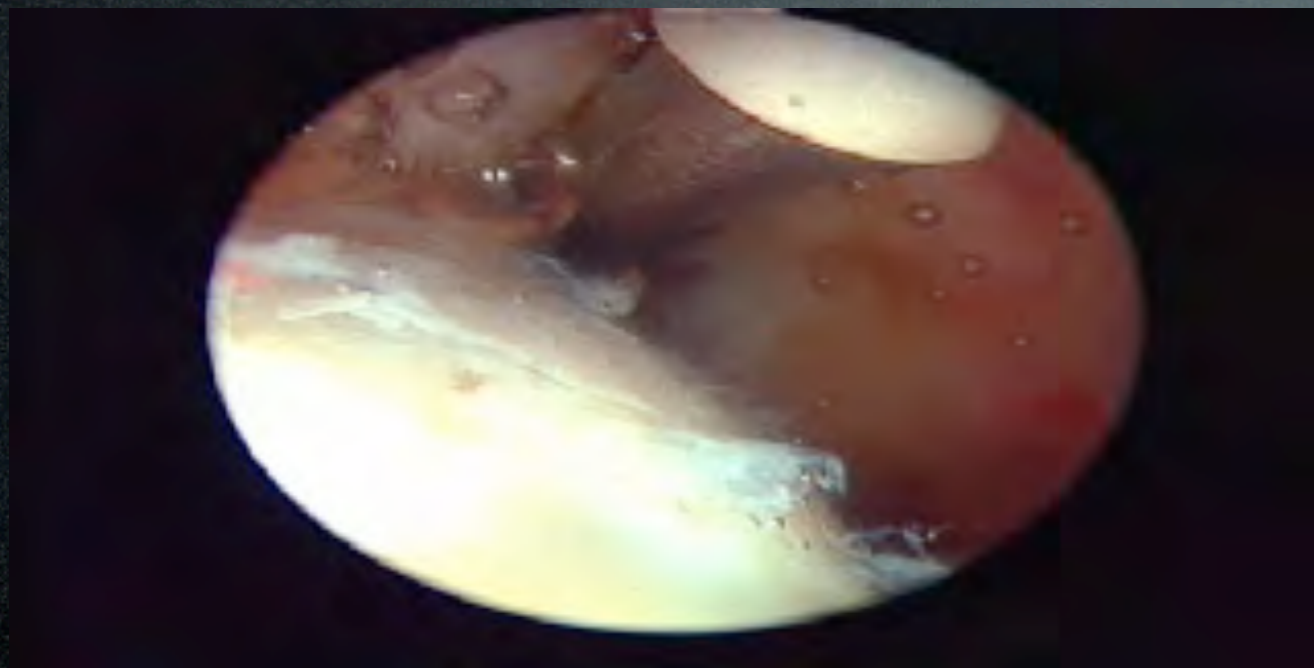




Temps endo-articulaire



Temps endo-articulaire



Difficultés ?

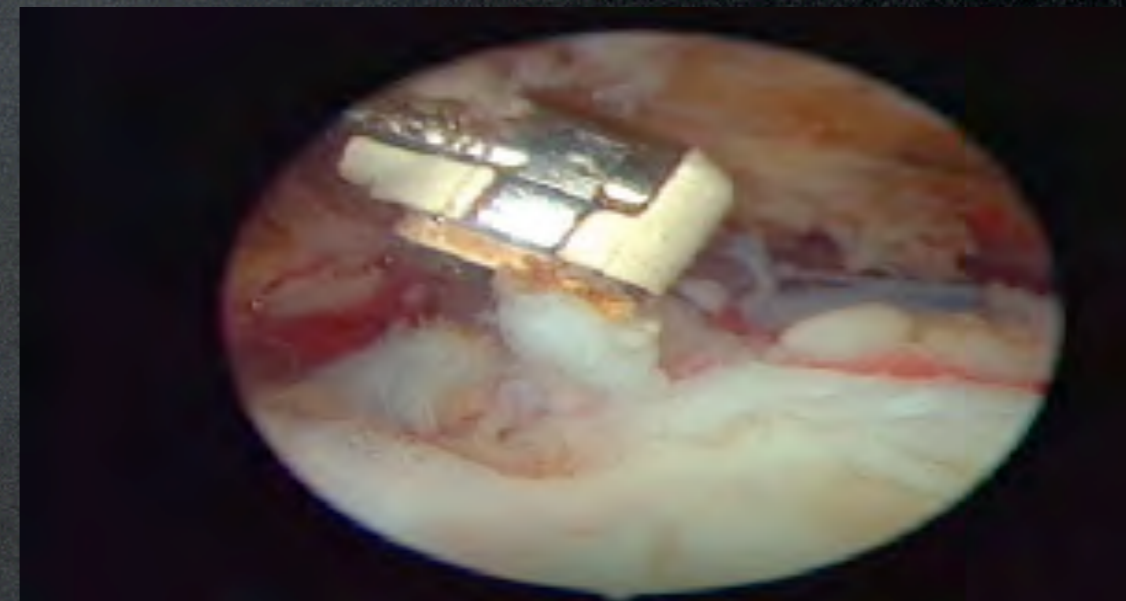
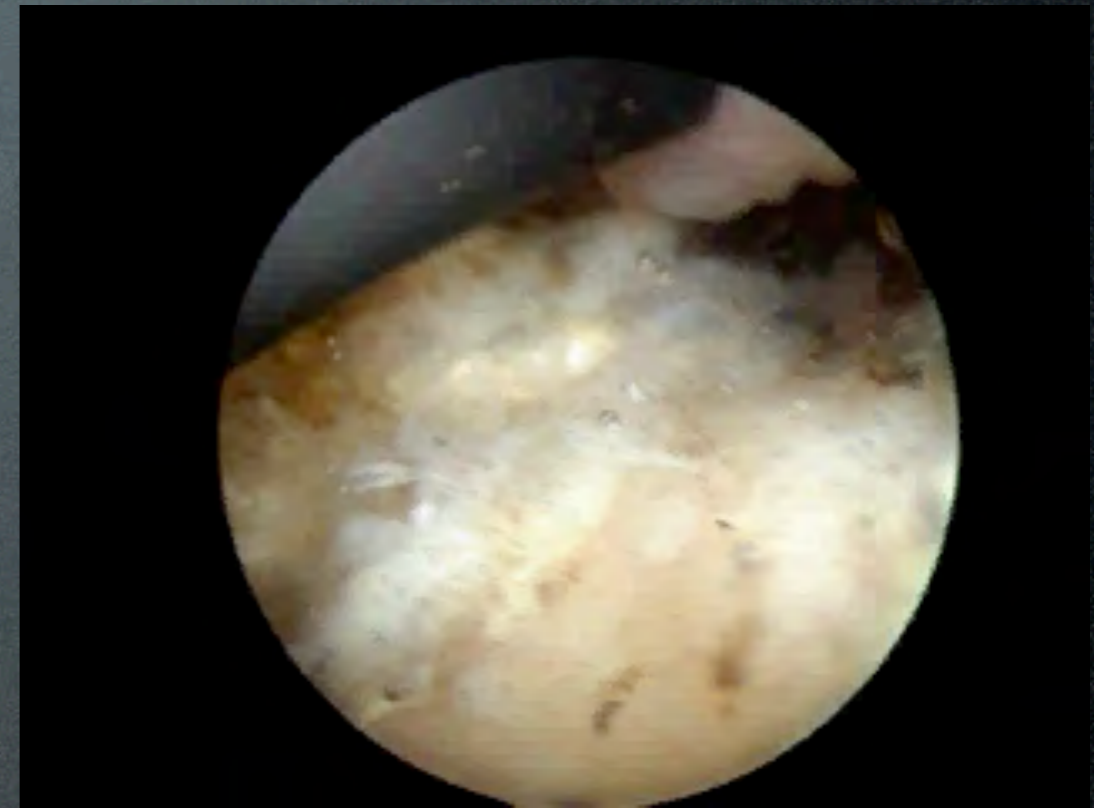
- Assez peu en endo-articulaire
- Donc commencer par ce temps
- Vois postérieure classique ou décalée ?
- La voie latérale (complémentaire) peut suffire, sinon une voie antérieure complémentaire est réalisée

Temps sous-acromial

- Débridement
- Préparation du trochiter
- Suture de la coiffe
- Acromioplastie ?

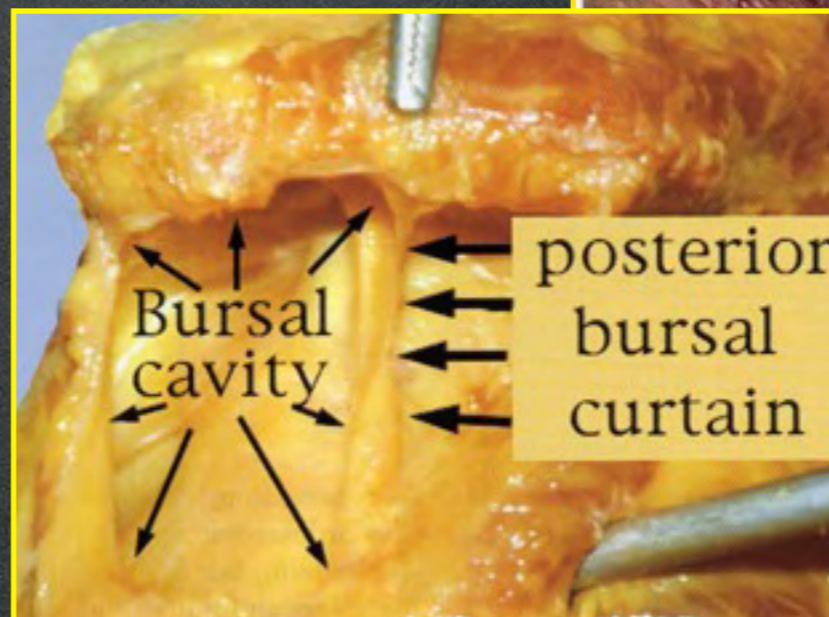
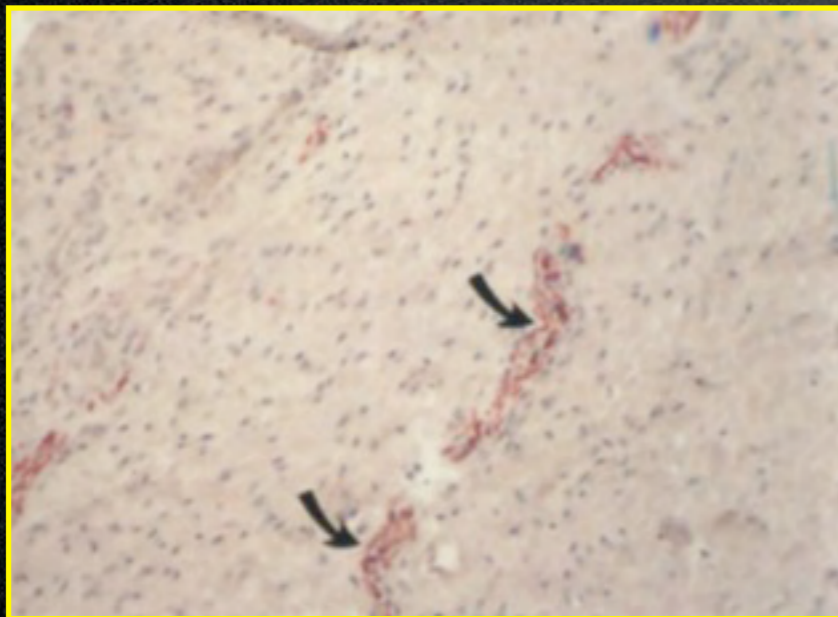
Débridement

- Identique à celui de l'arthrolyse MAIS
 - Doit être très complet (bord latéral et berge postérieure de la bourse)
+++
- Il faut TRES BIEN voir
 - Voie postéro-latérale
 - Acromioplastie ?



La bourse sous-acromiale

- ✓ Elle est très antérieure
- ✓ La structure la plus innervée de la “coiffe” (> biceps)





Préparation du trochiter

- A la fraise
- Ne pas trop fragiliser la zone d'insertion qui est immédiatement adjacente au cartilage

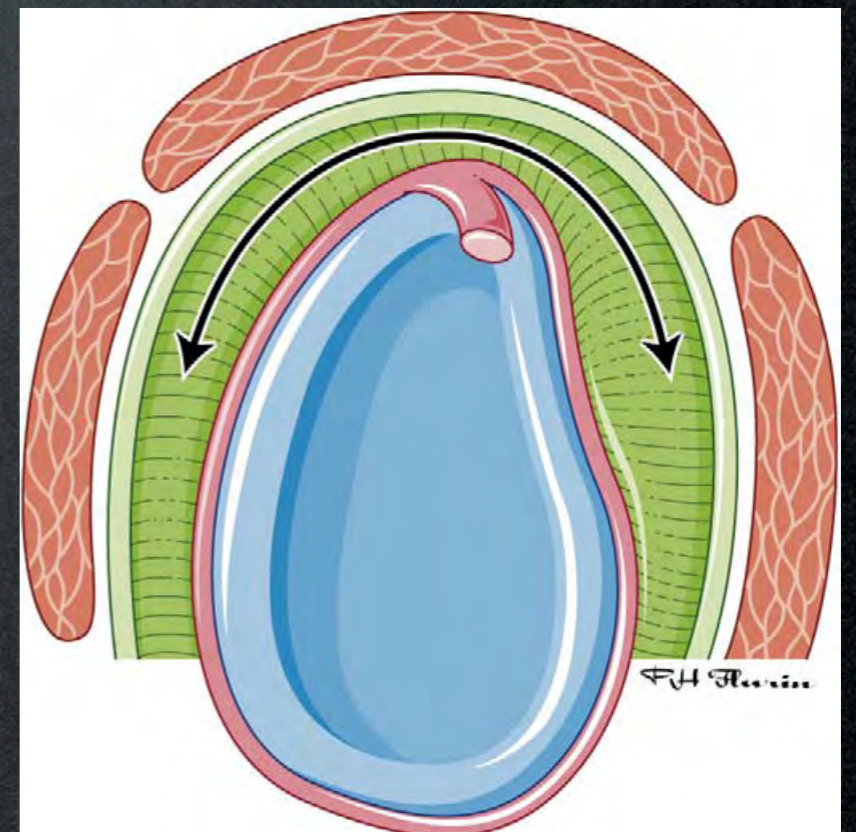


Suture de la coiffe

- Le temps le plus difficile
- Très dépendant du matériel ancillaire +++
- Après libération du/des tendons +++

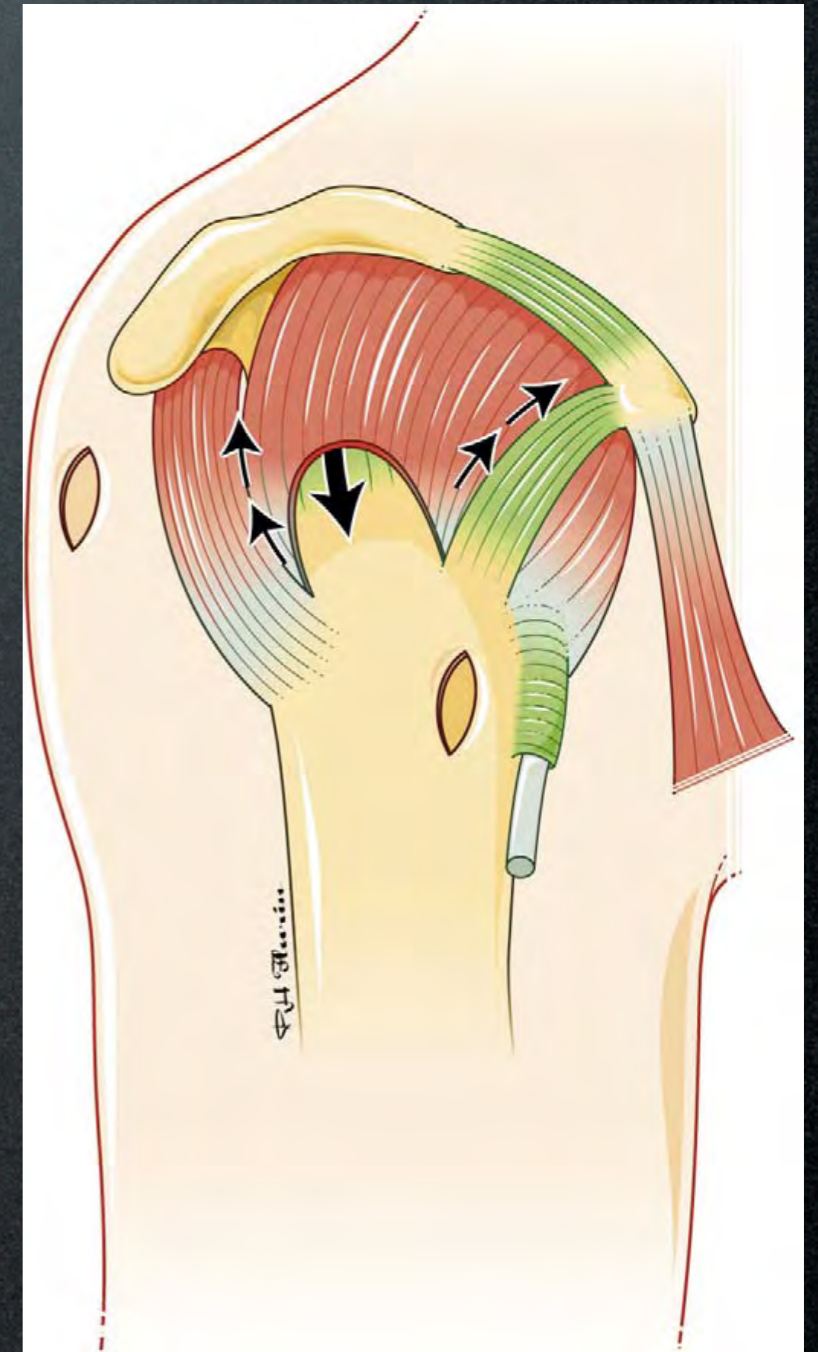
Libération tendineuse

- Endo-articulaire
 - Capsulotomie juxta-glénoïdienne (attention sur l'épine)
 - Gain de 2 cm
- Sous-acromiale



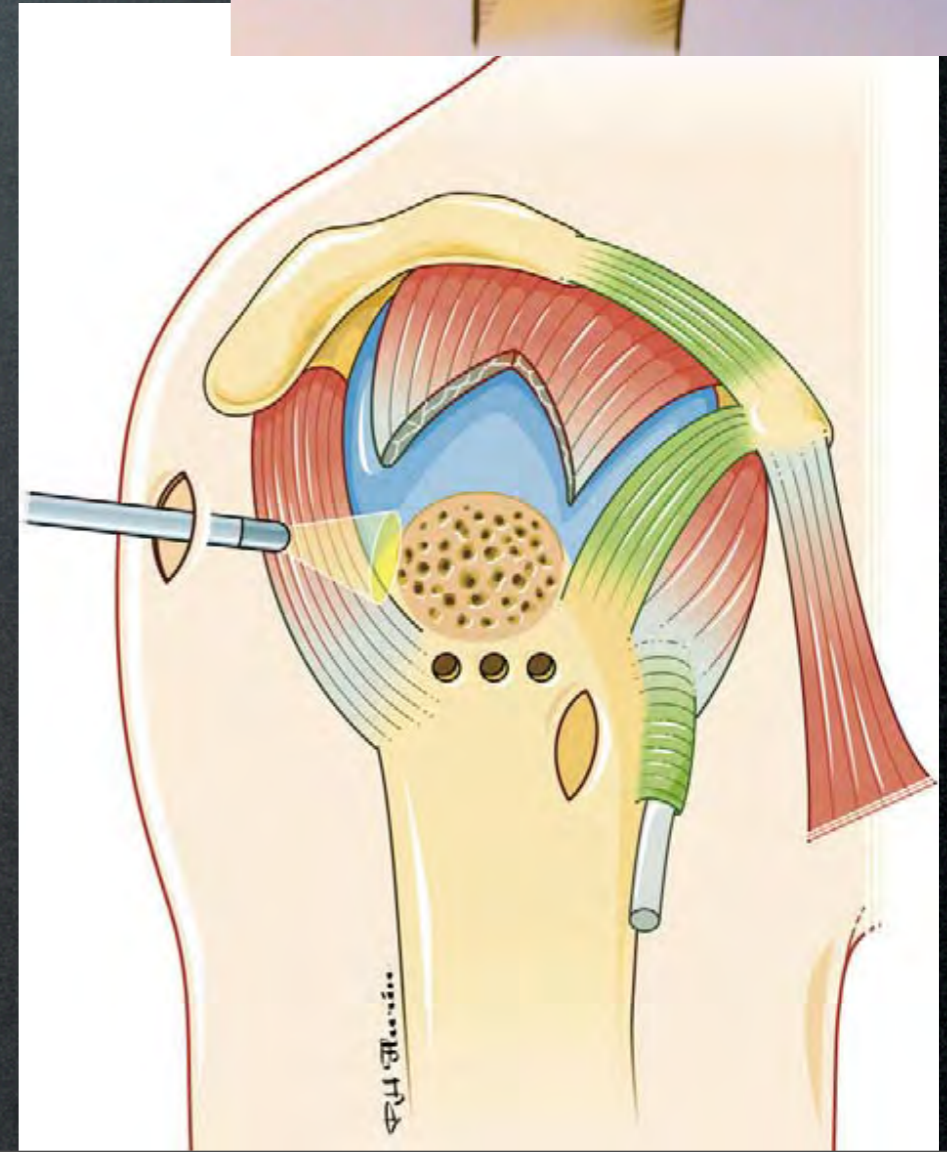
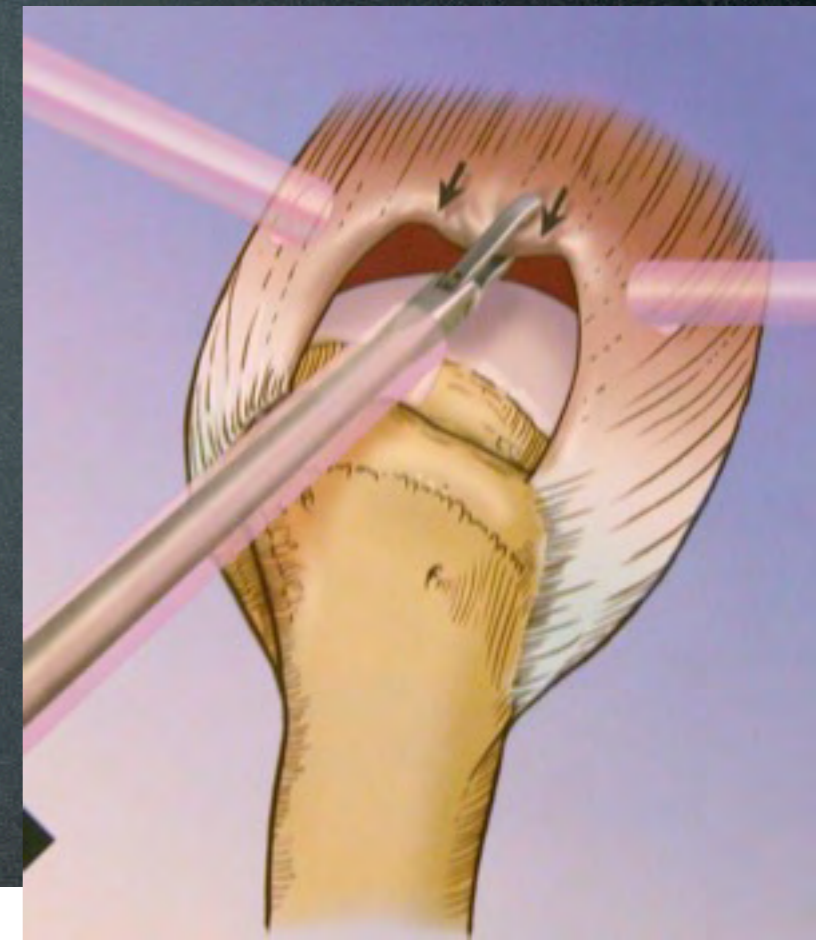
Libération tendineuse

- Sous-acromial
 - Interval slide (Burkhardt)
 - Consiste à sectionner (au moins) le ligament coraco-huméral = tout ce qui tend jusqu'à la coracoïde



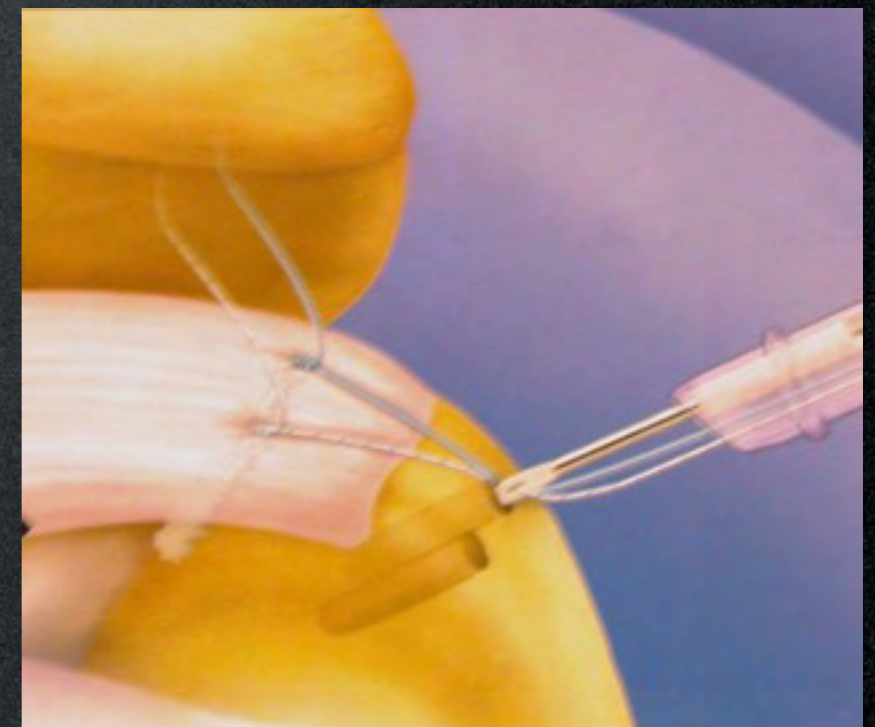
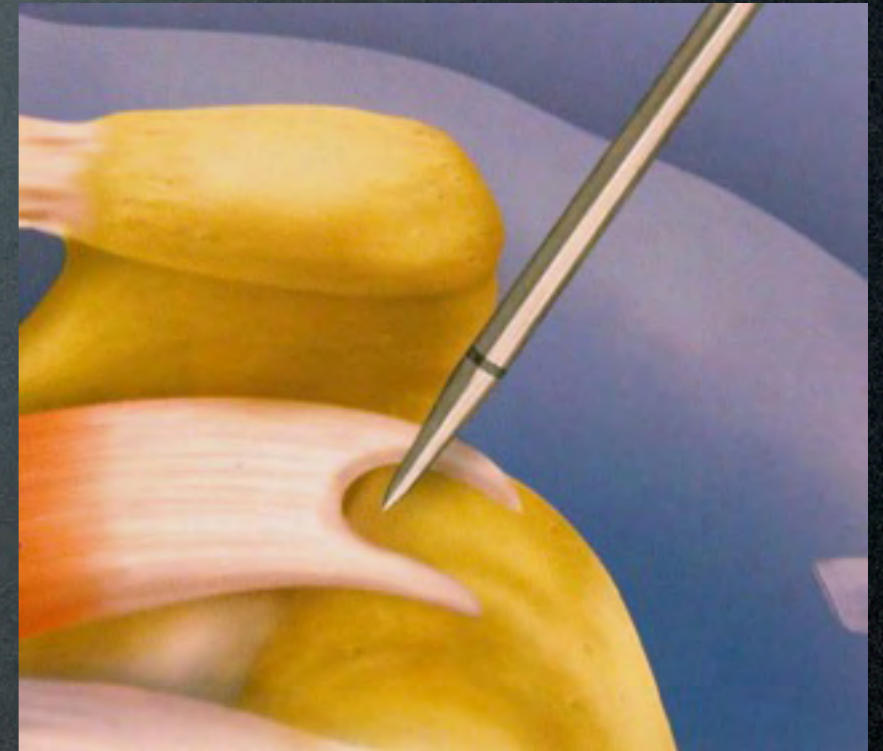
Type de rupture

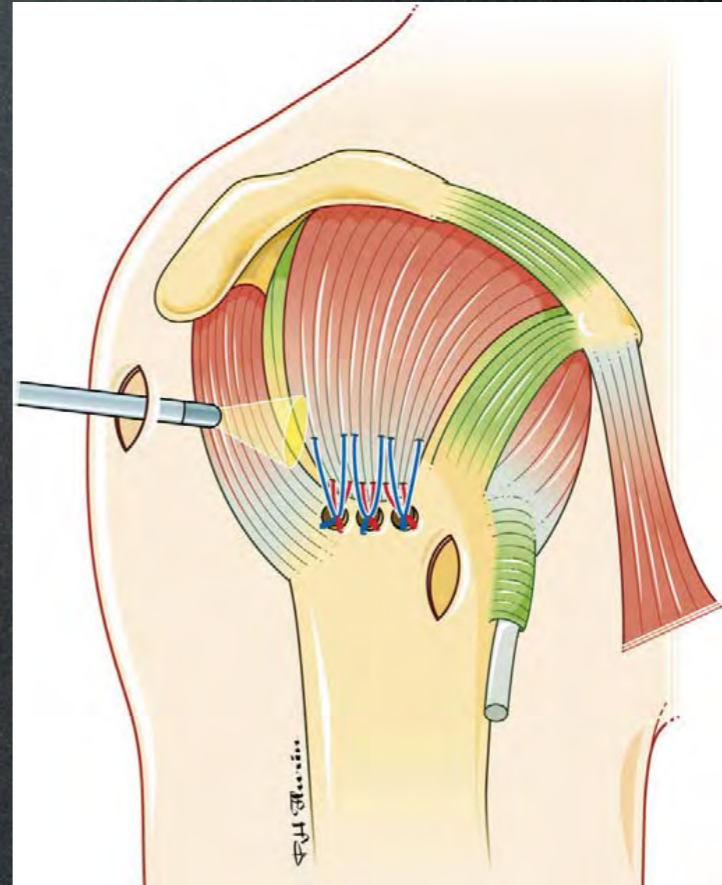
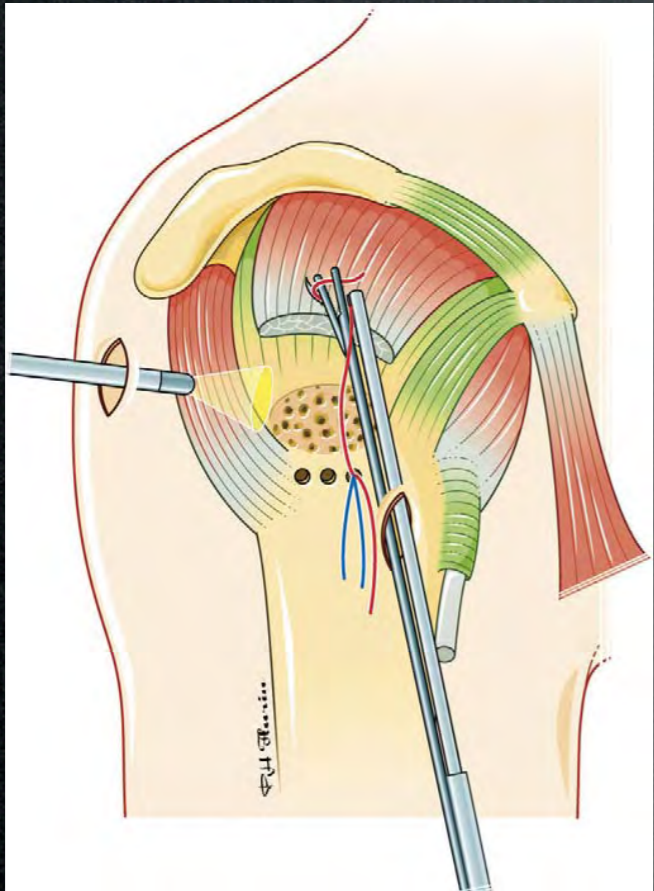
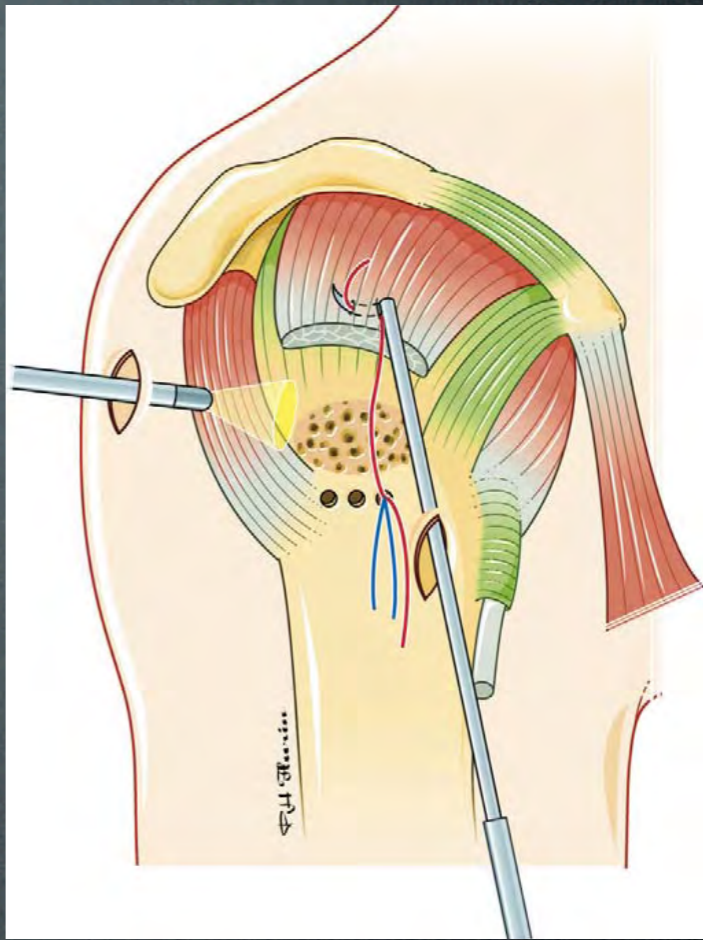
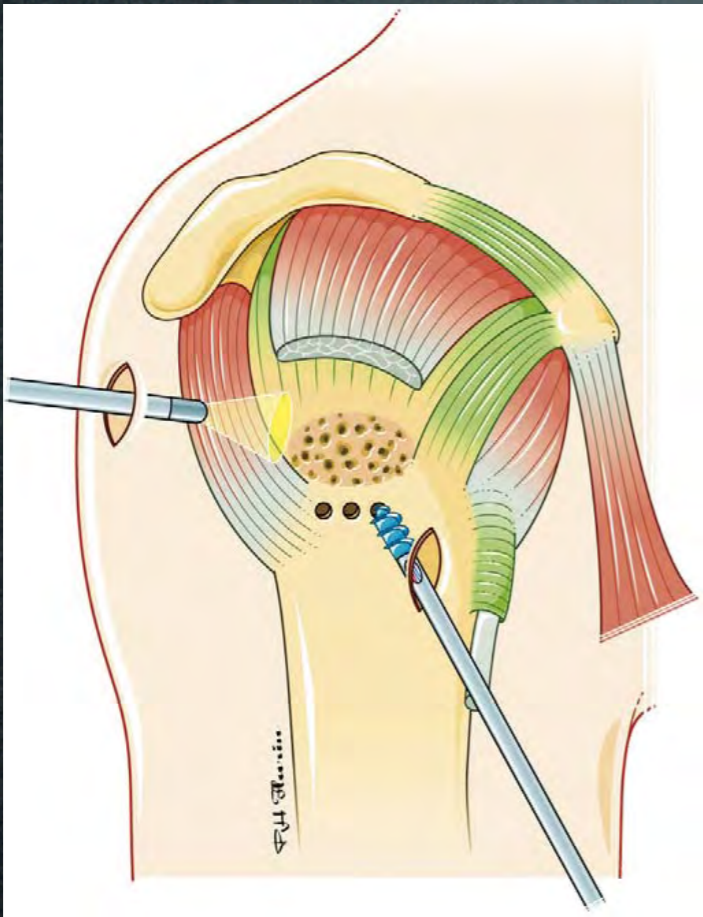
- A la pince
- Mobiliser la coiffe pour comprendre le type de rupture
 - en U, en V
 - En L direct ou inversé

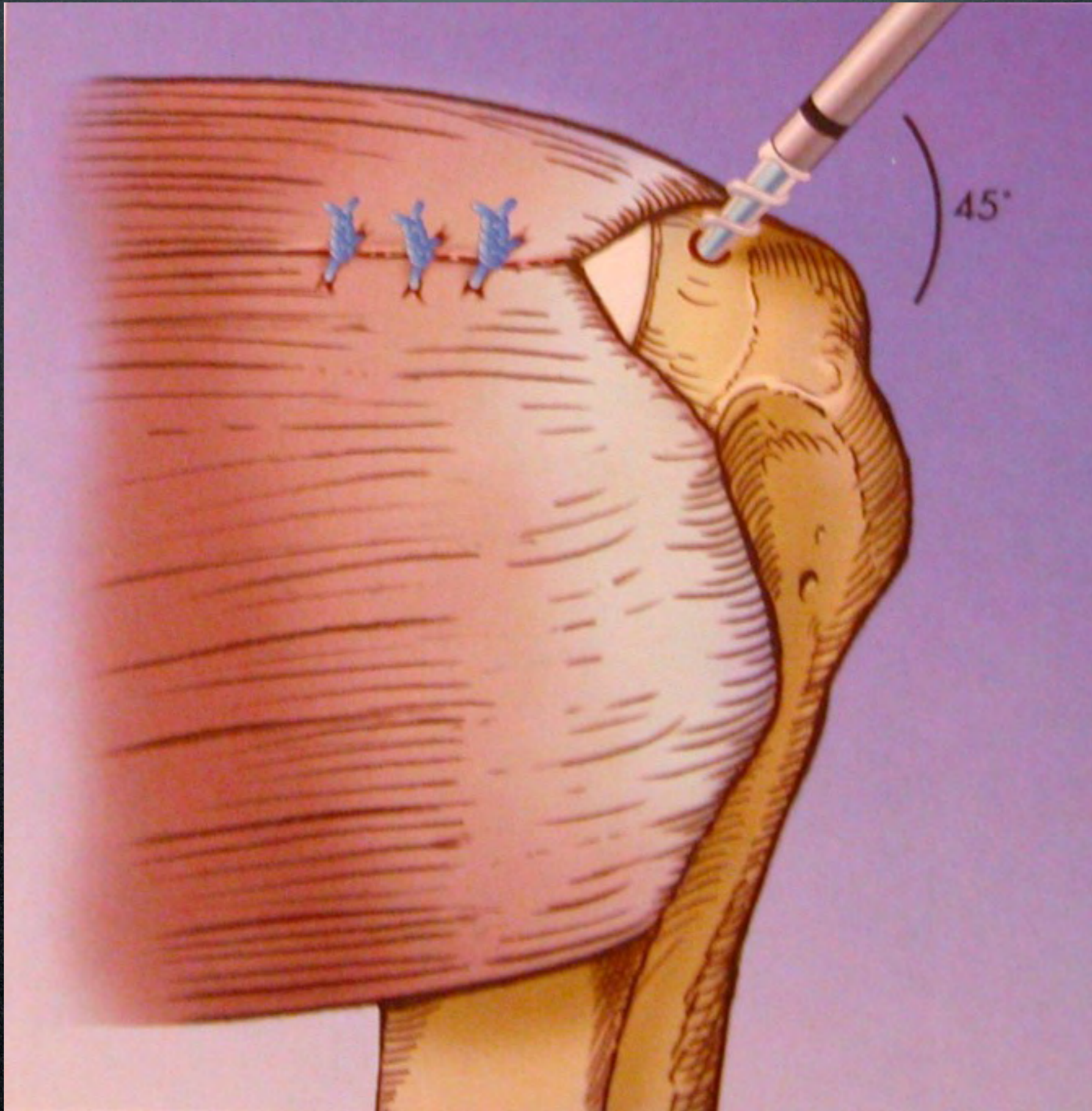


Suture en fonction de la rupture

- en U: fermeture directe sur le trochiter
- en V: fermeture bord à bord, puis suture directe
- En L: suture bord à bord, puis réinsertion sur trochiter





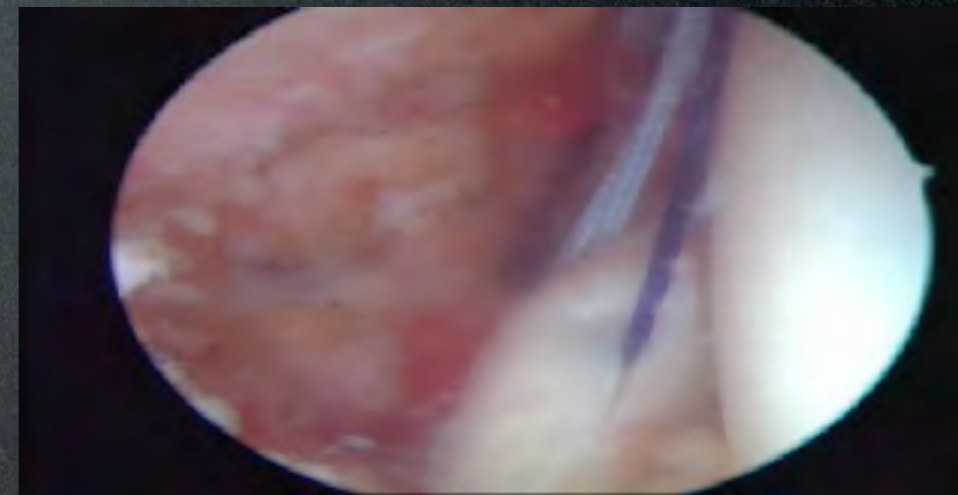


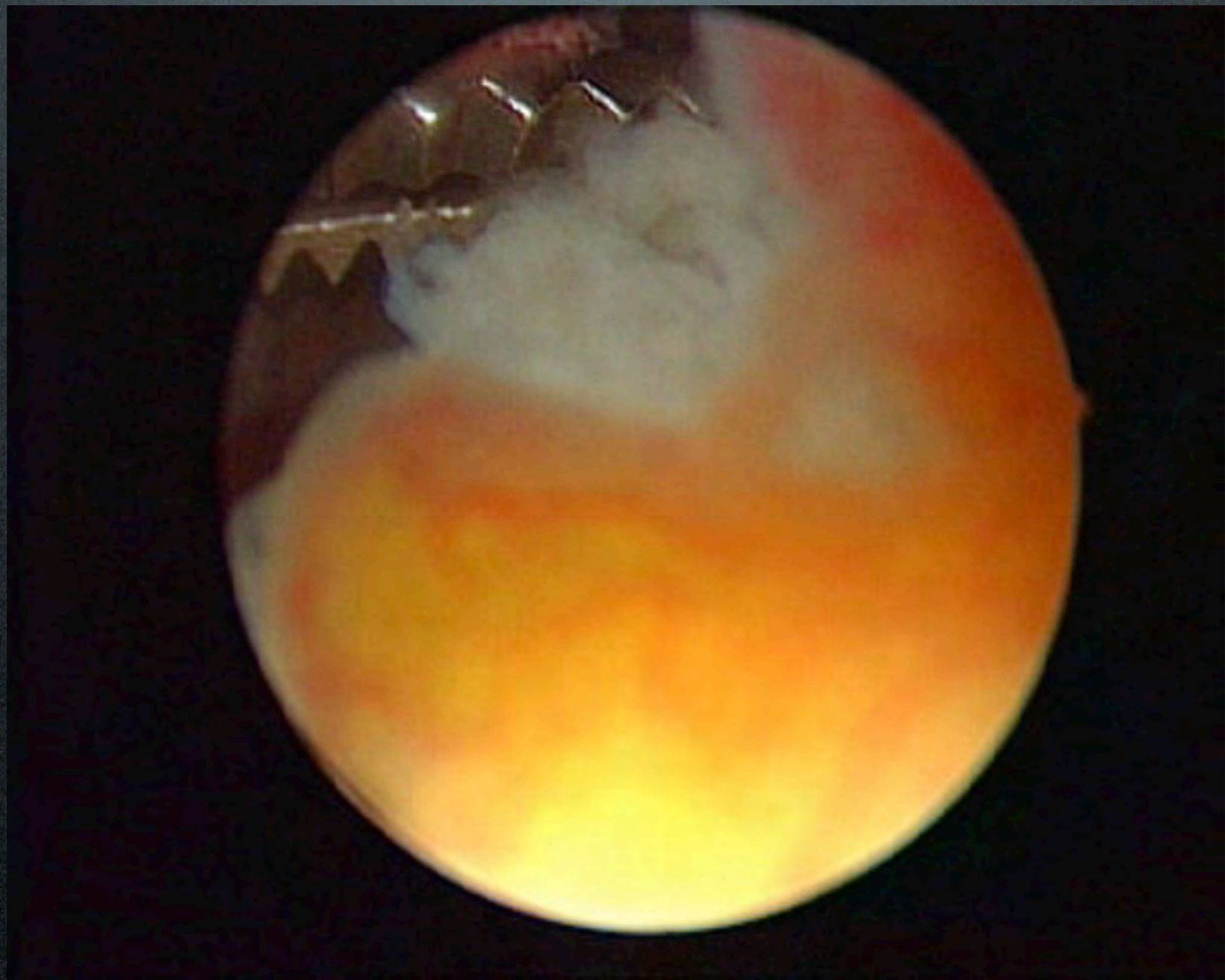
Exemple



Passage du fil

- 2 voies d'abord (antérieure et latérale)
- Fil-relais (PDS)
- Pincettes adaptées (Scorpio, ...)

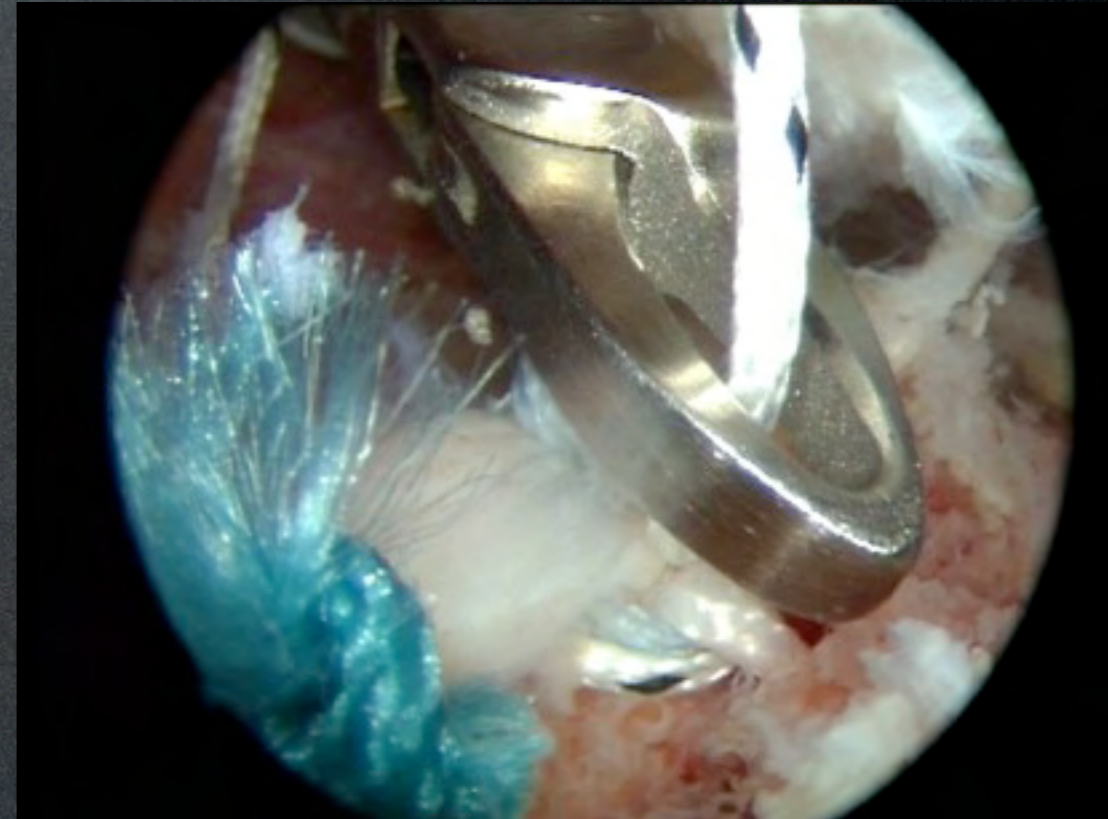
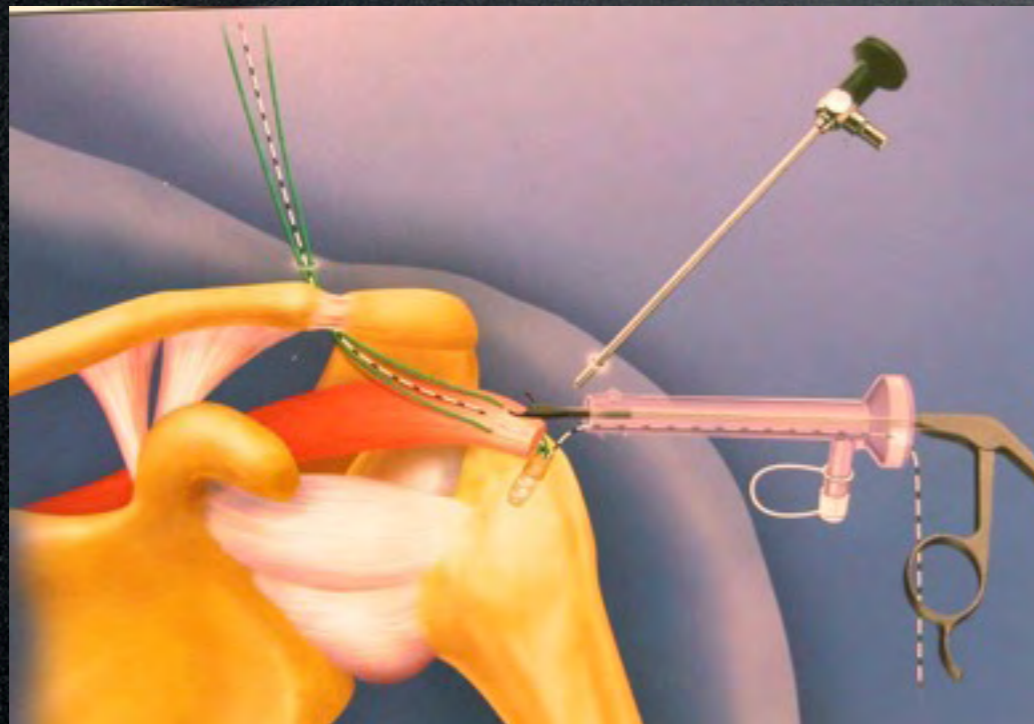




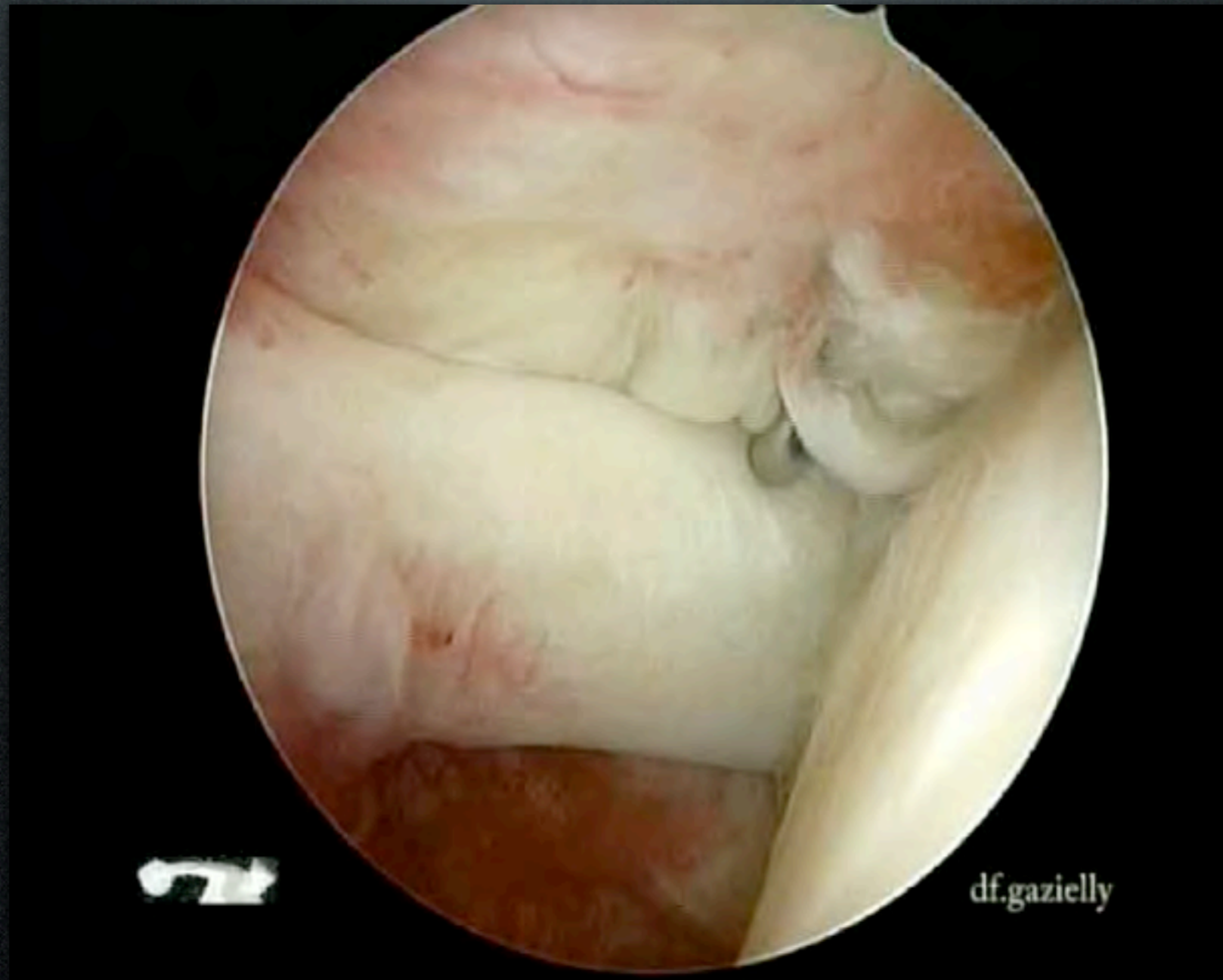


Sortie du fil

- Essayer de faire les noeuds les uns après les autres
- Mettre une canule (éviter d'emmeler les fils)
- Pince démêle-noeuds +++

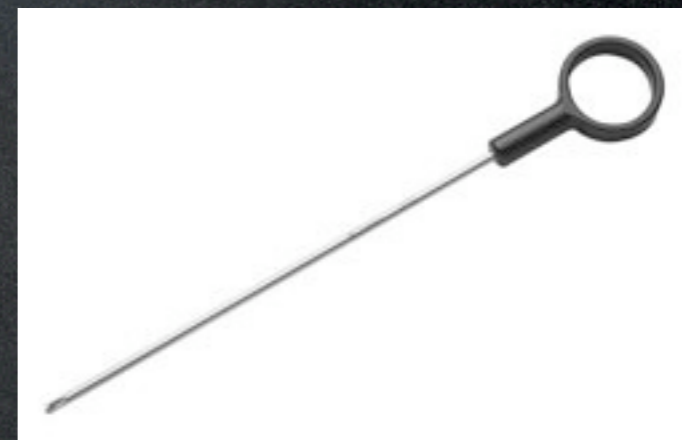


Exemple



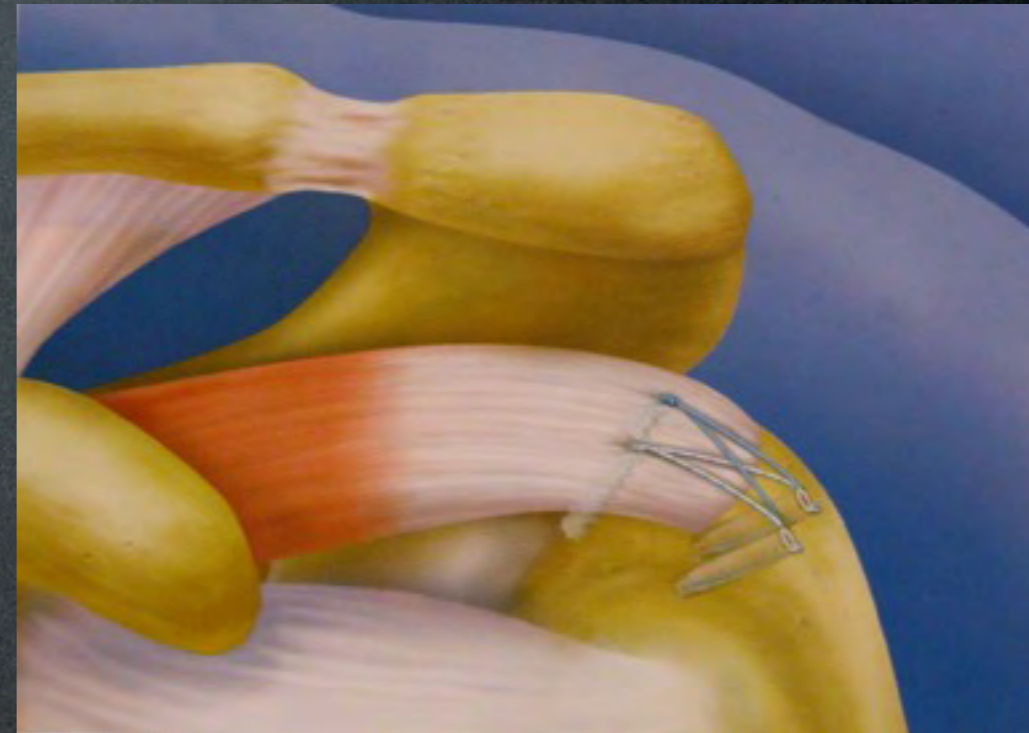
Noeuds

- Faire simple +++
- Fils incassables (orthocord, fiberwire,...) et la pince-guillotine
- 1 noeud coulissant (Tennessee Slider) et le Revo-knot
- Un pousse-noeud

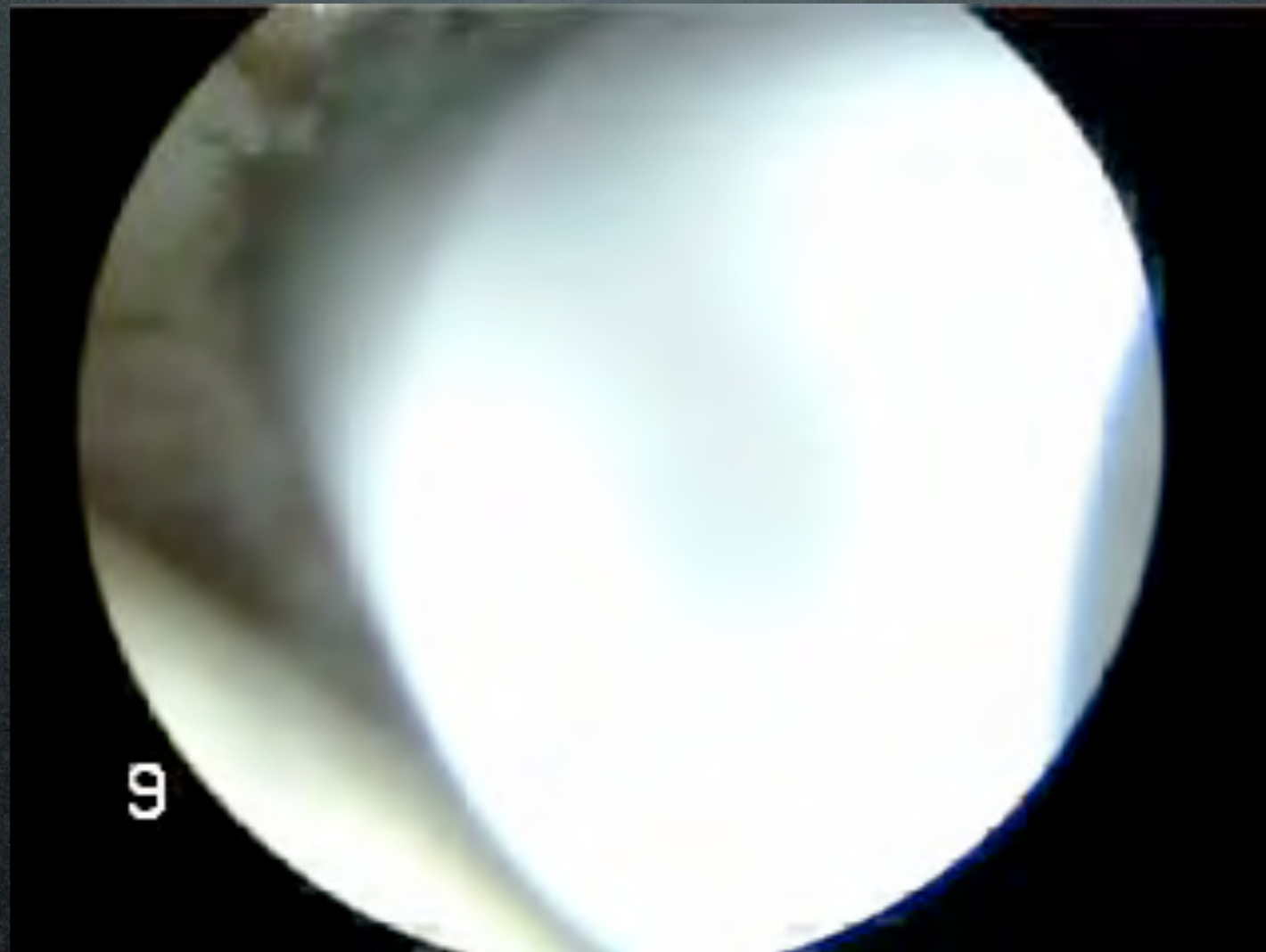


Single-row/double row ?

- Le double-row semble préférable
- Bien préparer le bord externe du trochiter (difficile en fin d'intervention)
- Garder les sutures longues (gêne +++)
- Une ancre, si possible simple (Bio-push-lock par exemple)



Exemple (Clavert)



Suites opératoires

- Immobilisation stricte 4-6 semaines
- Puis rééducation
- Travail actif tardif (3 mois pour Flurin)

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+++

