

DÉCHIRURE DE LA COIFFE DES ROTATEURS : TYPES, TRAITEMENT ET PRÉVENTION

Par le Dr Eduard Alentorn-Geli

La **coiffe des rotateurs** est un ensemble de muscles et de **tendons** qui s'enroulent autour de l'articulation gléno-humérale (l'articulation principale de l'épaule) et lui confèrent une stabilité dynamique (l'articulation ne se disloque pas en raison de la contraction simultanée et coordonnée de ces muscles) et une mobilité et une force actives. Ces tendons sont : **subscapularis**, **supra-épineux**, **infra-épineux** et **petit rond**. La **partie longue du biceps**, bien qu'elle ne soit pas considérée comme un tendon de la coiffe des rotateurs, est une structure étroitement liée qui fera l'objet d'un autre article. Ces tendons ont deux particularités qui les différencient de beaucoup d'autres : l'espace étroit où ils se trouvent et leurs propriétés biologiques plutôt pauvres (faible vascularisation et capacité de cicatrisation). Cela fait que le traitement des blessures de la coiffe des rotateurs a quelques particularités.

D'une manière générale, il existe trois types de déchirures de la coiffe des rotateurs : 1) les déchirures d'épaisseur partielle **où toute l'épaisseur du tendon n'est pas affectée** ; 2) **les déchirures d'épaisseur totale avec peu ou pas de rétraction du tendon** ; ou 3) **ruptures complètes** avec rétraction du tendon. Évidemment, chacune de ces blessures peut affecter chacun des tendons de la coiffe des rotateurs, de telle sorte que nous pouvons avoir une déchirure rétractée complète du sus-épineux avec une déchirure partielle de l'infra-épineux. Un facteur important associé au type de déchirure qui conditionne le pronostic est l'état du muscle. Lorsque nous parlons de déchirure de la coiffe des rotateurs, nous parlons de la blessure à la partie du tendon, mais pas au muscle. Il faut rappeler que le muscle est celui qui se contracte et est donc le « moteur ». Cette force de contraction est transmise à l'os par le tendon, qui est la continuité du muscle. Lorsque le tendon se rompt, le muscle est déconnecté de l'os et donc sensible aux changements de sa structure. Comme prévu, si le muscle subit des modifications dans sa structure, le pronostic de réparation s'aggrave ; D'abord parce que l'altération du muscle rend difficile la cicatrisation du tendon réparé, et ensuite parce que dans le cas de la cicatrisation, le muscle n'aura pas de fonction compte tenu de ses changements structurels et donc, la fonction sera pire. Les muscles peuvent essentiellement subir des changements tels que **l'atrophie ou la dégénérescence des graisses**.

Les ruptures partielles provoquent très souvent des douleurs, car dans de nombreux cas, elles sont causées par des frottements (**syndrome de conflit sous-acromial** ; voir l'article associé) et dans d'autres, elles sont le résultat d'altérations biologiques du tendon qui le prédisposent à la rupture. Comme le tendon n'est pas déconnecté de l'os, la contraction du muscle provoque une traction sur une zone blessée, provoquant des douleurs. Le traitement initial des ruptures partielles est la **physiothérapie**. Si l'état du patient ne s'améliore pas, il est recommandé d'infiltrer les facteurs de croissance par voie intratendineuse (PRP ou PRGF), qui doit être guidé par **ultrasons** puisque l'objectif est d'infiltrer le produit dans la lésion tendineuse. Cela permet d'éviter la chirurgie chez un pourcentage important de patients. Si le patient n'améliore pas ses douleurs, le traitement sera **chirurgical** et consistera en un nettoyage superficiel du tendon (**débridement**), une **réparation arthroscopique** de la blessure sans achever la rupture, ou une réparation du tendon après avoir terminé la rupture au bloc opératoire. Dans les cas où le **patient** présente une rupture partielle asymptomatique,

nous recommanderons une attente vigilante basée sur **des IRM répétées** dans les 4 à 6 mois pour évaluer que la rupture n'a pas progressé de partielle à complète.

Le **traitement** des déchirures de pleine épaisseur sera un peu plus agressif puisque l'objectif est d'éviter que la déchirure complète non rétractée ne devienne une déchirure rétractée complète avec dégénérescence de la graisse musculaire, car dans cette dernière situation, il ne sera pas possible de la réparer. Lorsque la rupture complète non rétractée du tendon est asymptomatique (elle n'entraîne pas de **douleur** ou de perte significative de **mobilité** ou **de force**), on préconisera au patient la même prise en charge expectative que pour les ruptures partielles, avec un nouveau suivi par imagerie par résonance magnétique nucléaire dans 4 à 6 mois. En cas de déchirures symptomatiques (avec douleur et/ou perte de mobilité active ou de force), une réparation arthroscopique de la coiffe des rotateurs sera recommandée. Cette réparation consiste essentiellement à placer des **ancrages** dans l'**os** qui ont un fil à haute résistance, qui passera par le tendon. En nouant ou en resserrant le fil, le tendon va réengager l'os, cicatrisant avec le temps. La **cicatrisation** tendineuse étant un processus biologique (parfois difficile), il est recommandé d'effectuer une infiltration intraosseuse des facteurs de croissance dans la tête humérale à la fin de la réparation. En cas de déchirures irréparables de la coiffe des rotateurs, le traitement sera palliatif, c'est-à-dire pour tenter d'améliorer la douleur et fournir à l'**épaule** une mobilité fonctionnelle active pour les activités de base de la vie quotidienne. La chirurgie palliative comprend le débridement et **la réparation** partiels, la mise en place d'un **ballonnet** ou **d'une entretoise sous-acromiale**, **la reconstruction de la capsule supérieure**, les **transferts de tendons** ou même **la prothèse totale inversée de l'épaule**. Le traitement spécifique de cette situation complexe fera l'objet d'un autre article.

La prévention des blessures de la coiffe des rotateurs se fait par des exercices de tonification musculaire avec une résistance faible ou très progressive. Il s'agit essentiellement d'exercices de rotation des bras (externes et internes) avec des élastiques, ainsi que des exercices de séparation des bras, des contractions vers l'avant et vers l'arrière et des exercices de stabilisation scapulothoracique. Cela rendra la coiffe des rotateurs plus forte et capable de compenser la présence de petites ou grandes déchirures.