

RUPTURE DE LA COIFFE DES ROTATEURS

Pr Elvire Servien, MD PhD

Centre Albert Trillat
Hôpital de la Croix-Rousse
2016



Pathologie de la coiffe des rotateurs

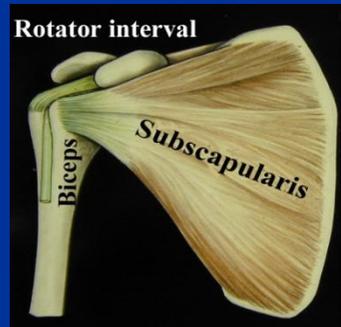
- Examen clinique
- Radiographies
- Imagerie complémentaire

→ Quelle LESION ?

Coiffe et raideur

Calcification

Tendinopathie



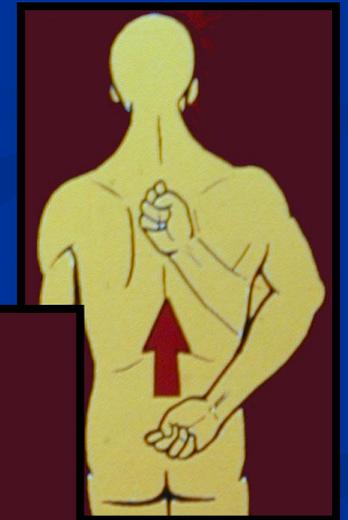
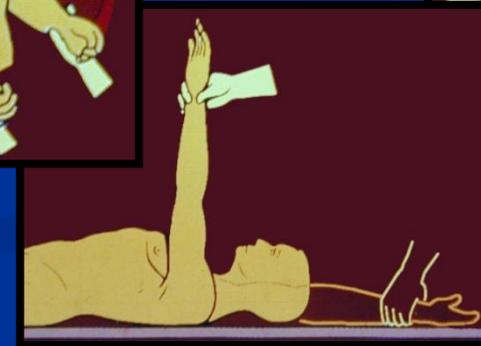
Rupture partielle

Rupture complète

Coiffe et arthrose

Pathologie de la Coiffe et raideur

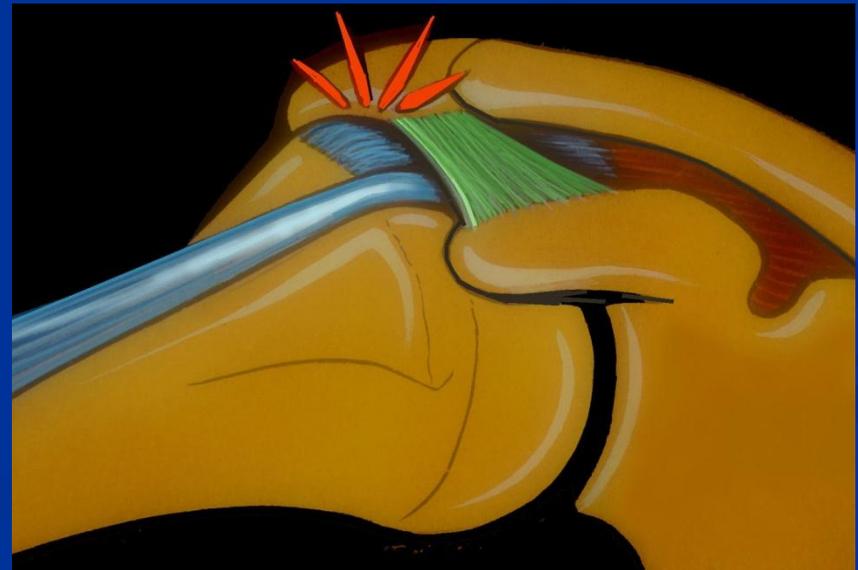
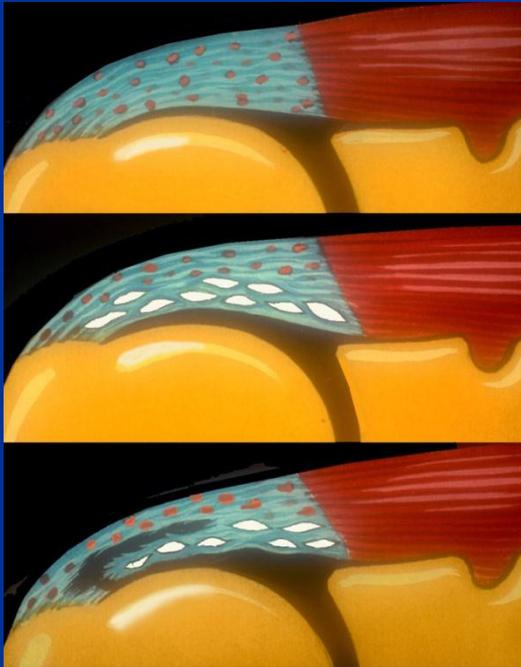
- Rééducation
- Pas de chirurgie



Tendinopathie

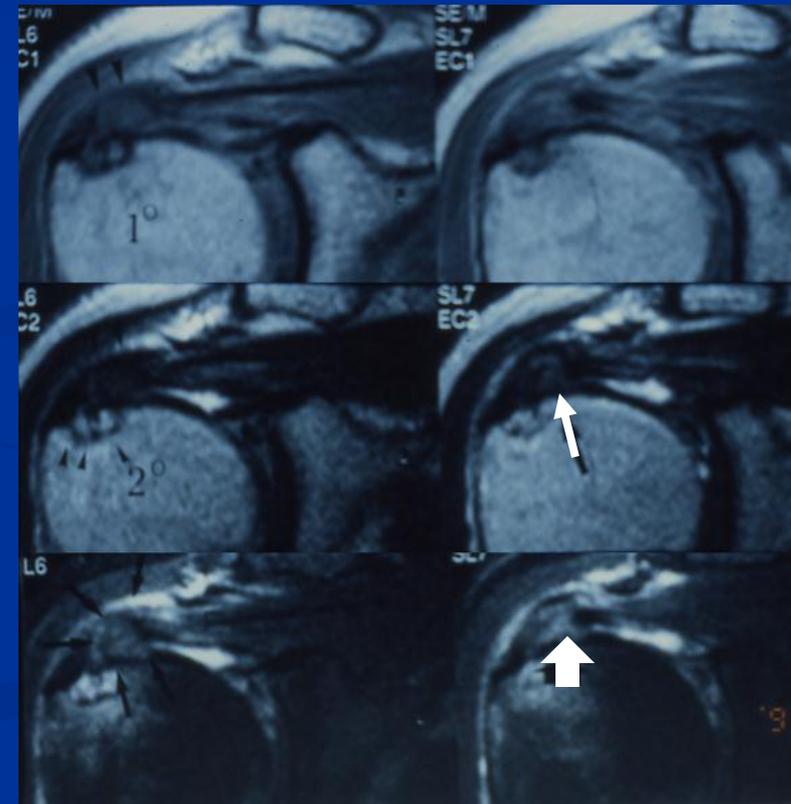
= Changement dans la structure of the tendon

- Supraspinatus
- Intrinsèque (+++) >> facteur extrinsèque



Tendinopathie

- Traitement conservateur
(repos +++)
- (Ⓐ)acromioplastie ??)

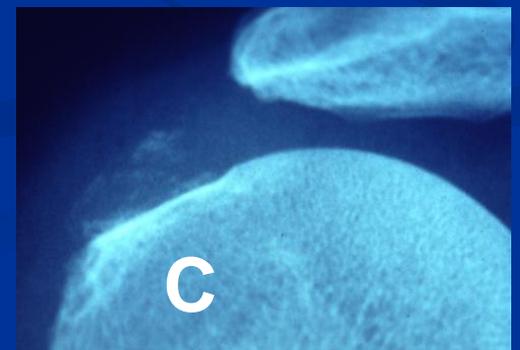
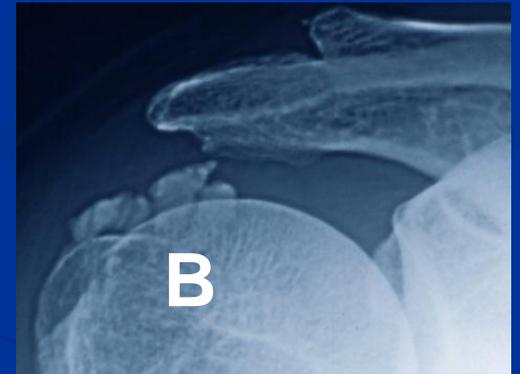
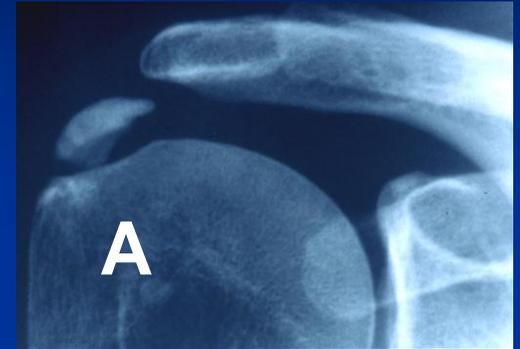


T2 1st,2nd echo,fatsat

Calcification

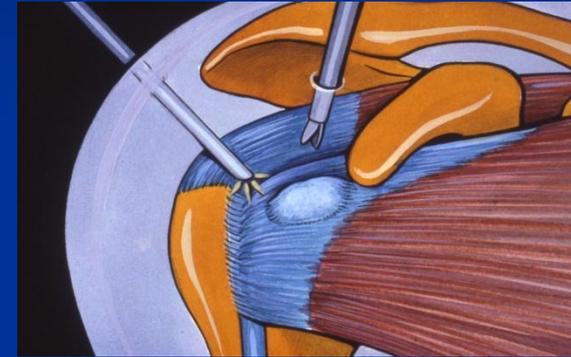
- Types A & B \neq type C

- Traitement conservateur



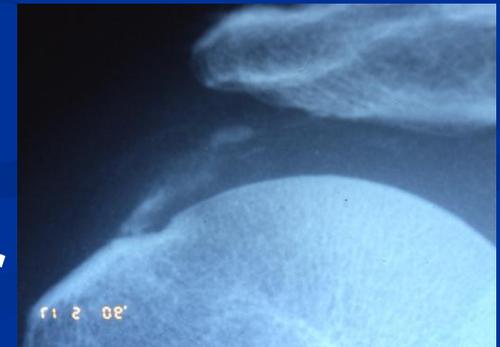
Calcific deposit

-Types A & B :
Ⓐ excision



-Type C:

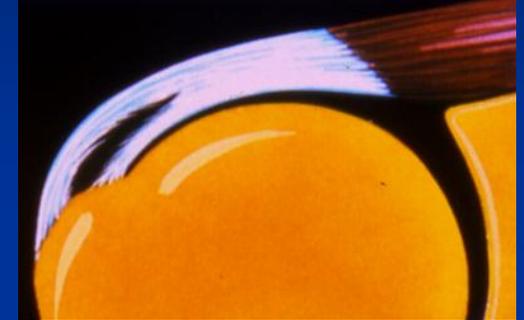
Ⓐ debridement
+acromioplastie ? ± repair



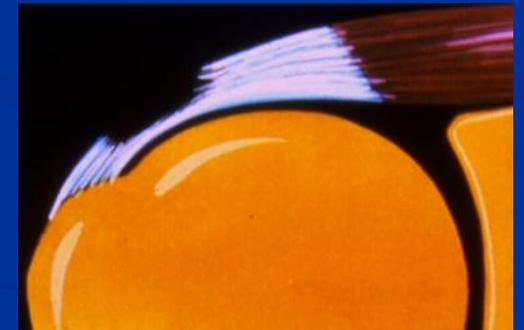
Rupture partielle

Supraspinatus

Intratendineux →



superficiel →



profond →

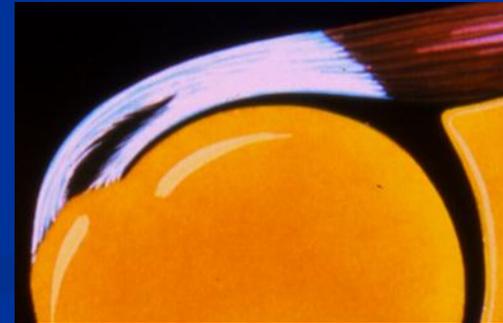
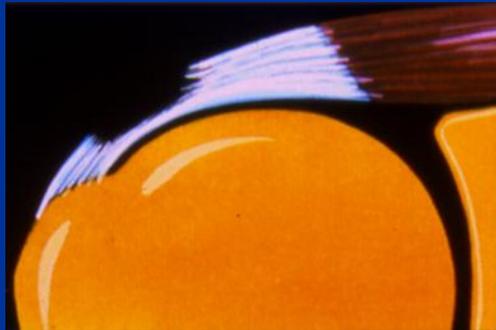


Rupture partielle

Supraspinatus

face superficielle (Bourse sous acromiale)
et intratendineuse

réparation arthroscopique

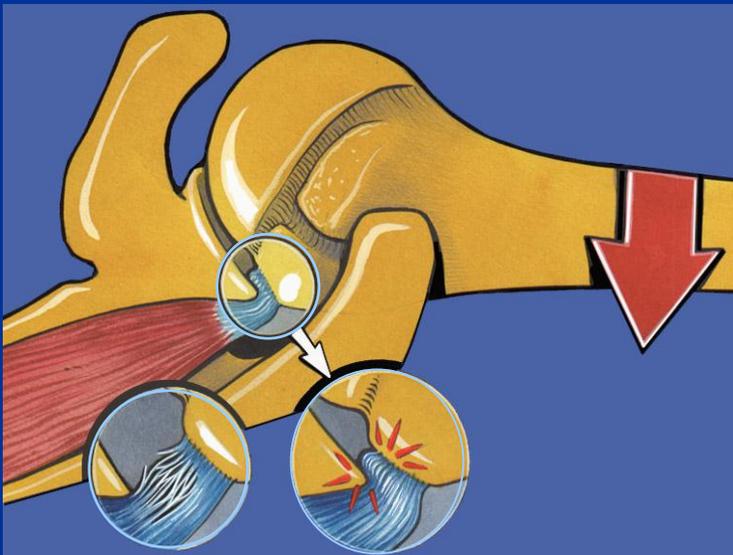


Rupture partielle

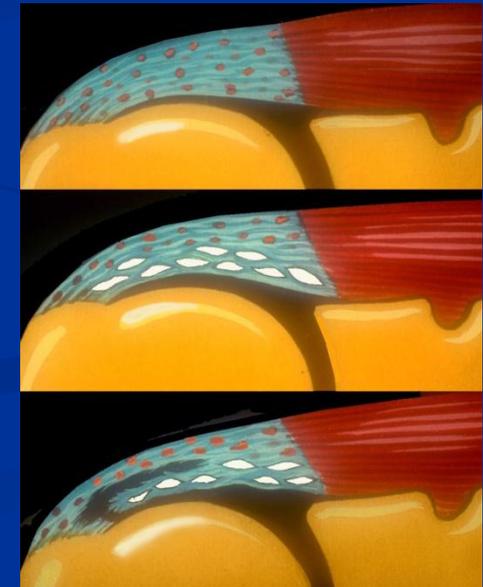
Supraspinatus

face profonde (versant articulaire)

- sportif de lancer

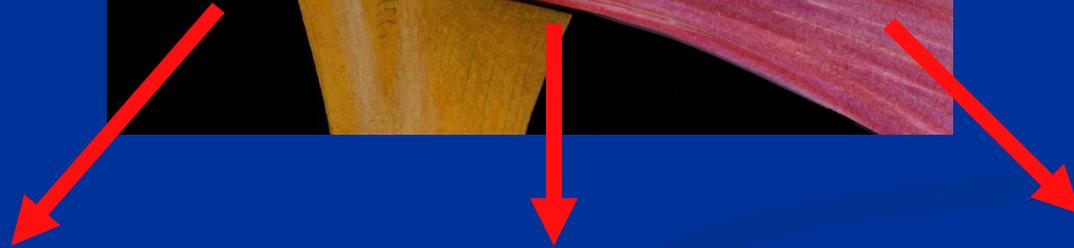
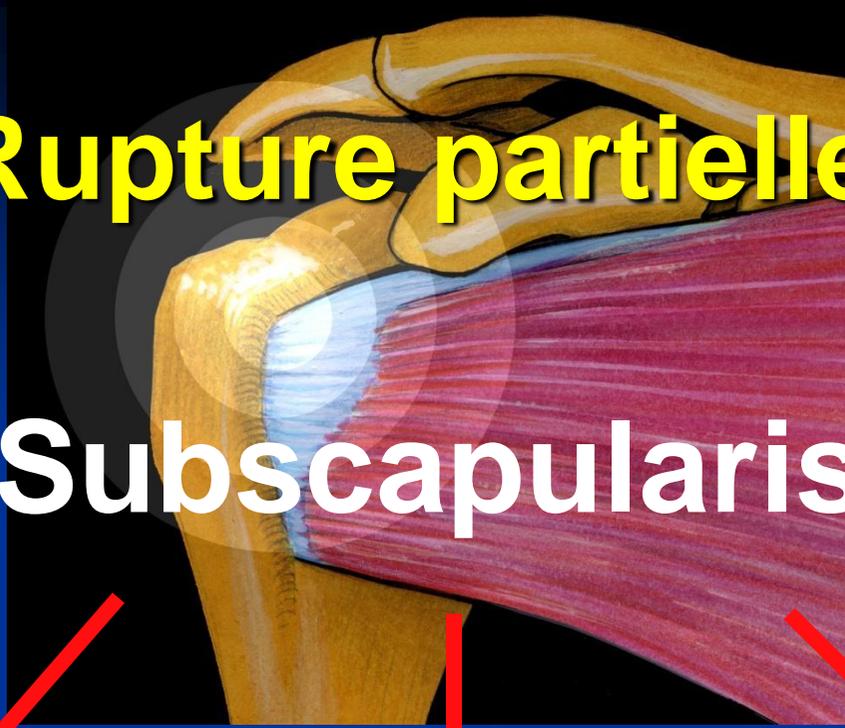


- > 45 yo



Rupture partielle

Subscapularis



Rupture partielle

Subscapularis

- Assez fréquente (A° CTscan)
- Tt conservateur ?

→ **A** tenodesis TLB + subscap R

Rupture complète

- **Supra spinatus isolé: 50%**
- **Supra + Infra Spinatus: 22 %**
- **Supra spin + Subscapularis: 20%**
- **Subscapularis isolé : 8%**

Lésion traumatique de la coiffe (< 3 mois)

**Réparation systematique si 2 (ou +)
tendons lésés**

Rupture chronique (complète)

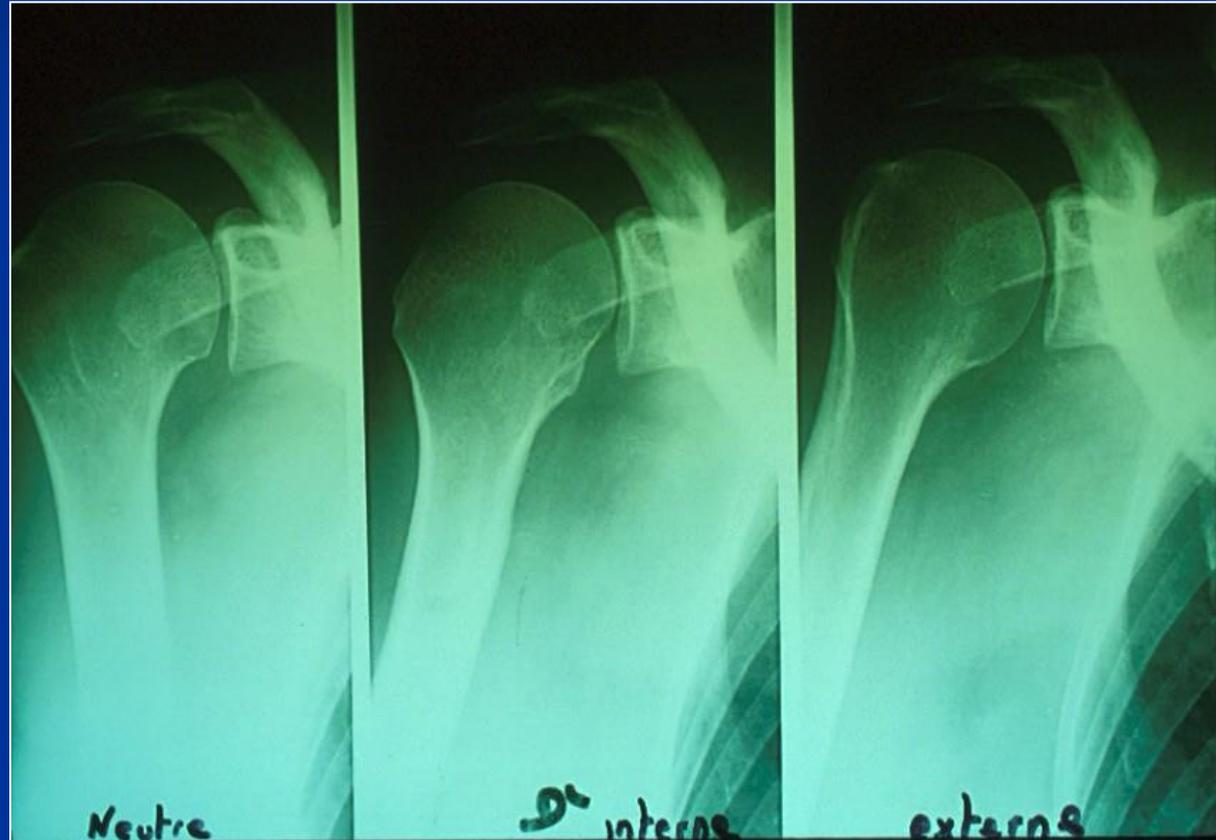
- Histoire ?
- résultats des ≠ traitements
- symptômes (douleur , mobilité, force)
- arthrose

RUPTURE DE COIFFE

- L' examen clinique a fait le Diagnostic!!
- Examens complémentaires :
 - taille de la rupture
 - possibilité de réparation chirurgicale

Examens complémentaires

- Rx épaule F :
- Face 3 rotations
- Profil



Examens complémentaires

- Rx épaule F :
 - Face 3 rotations
 - Profil de Lamy



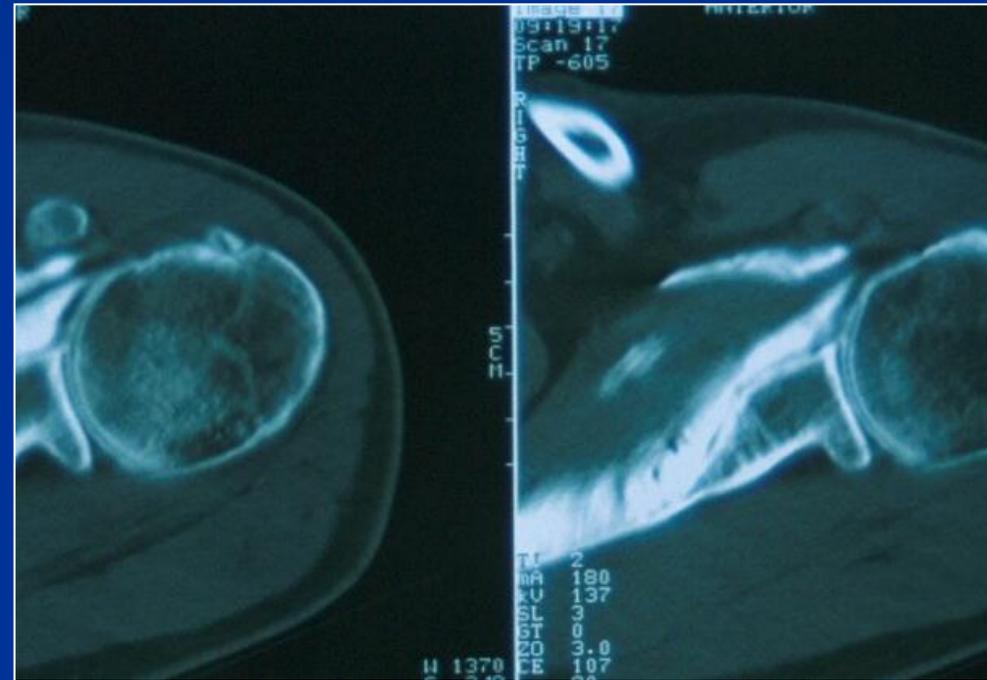
Examens complémentaires

Arthroscanner ou IRM

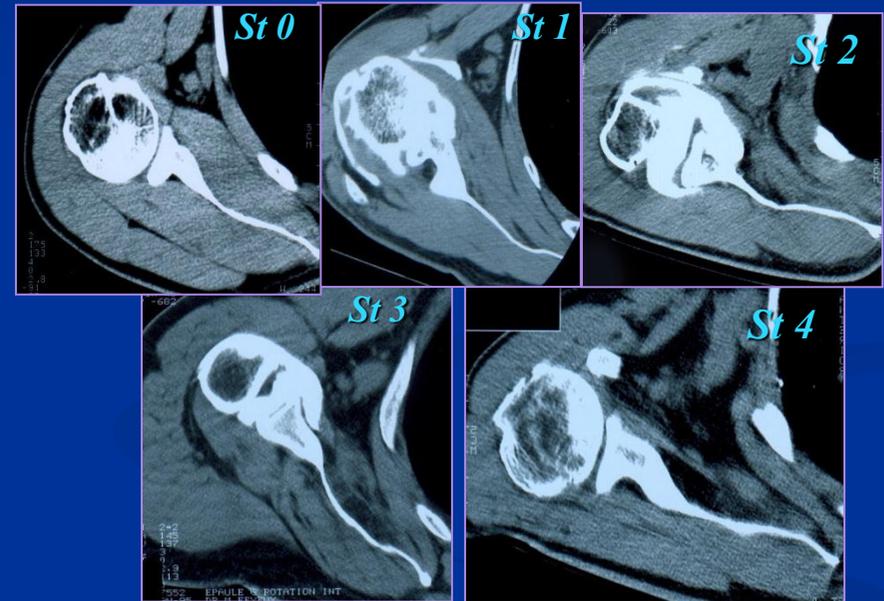
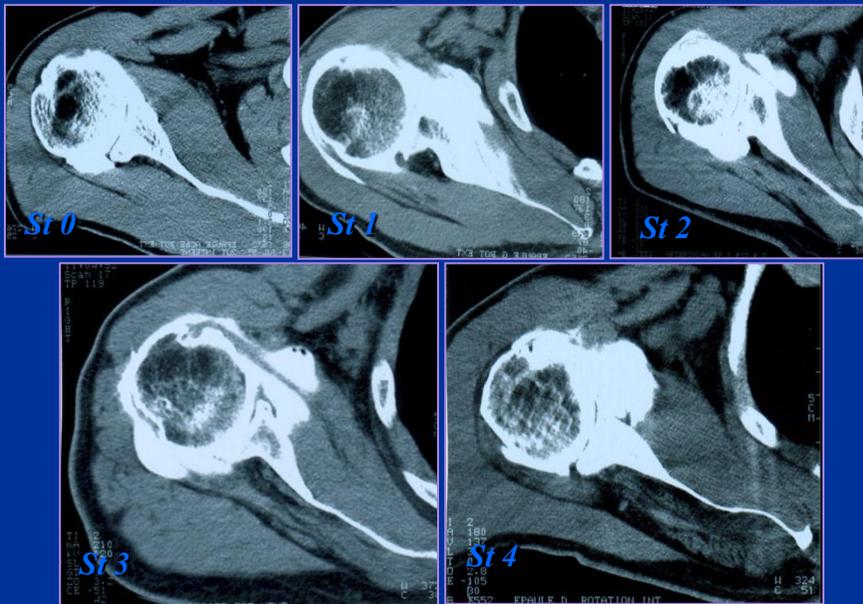


Examens complémentaires

- Arthroscanner ou IRM :
 - taille de la rupture
 - dégénérescence graisseuse
 - luxation du biceps



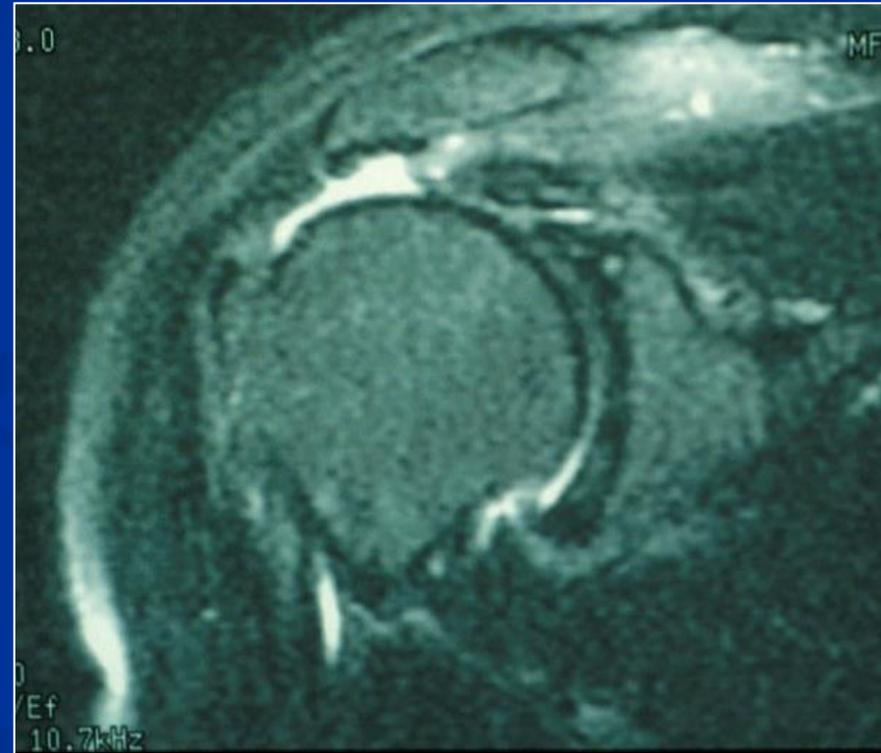
Dégénérescence graisseuse des muscles



- Le facteur pronostic le + important pour la réparation
- Non réversible

Examens complémentaires

- Arthroscanner ou IRM :
 - taille de la rupture
 - dégénérescence graisseuse
 - luxation du biceps



Im: 6/11
OCor P28.0

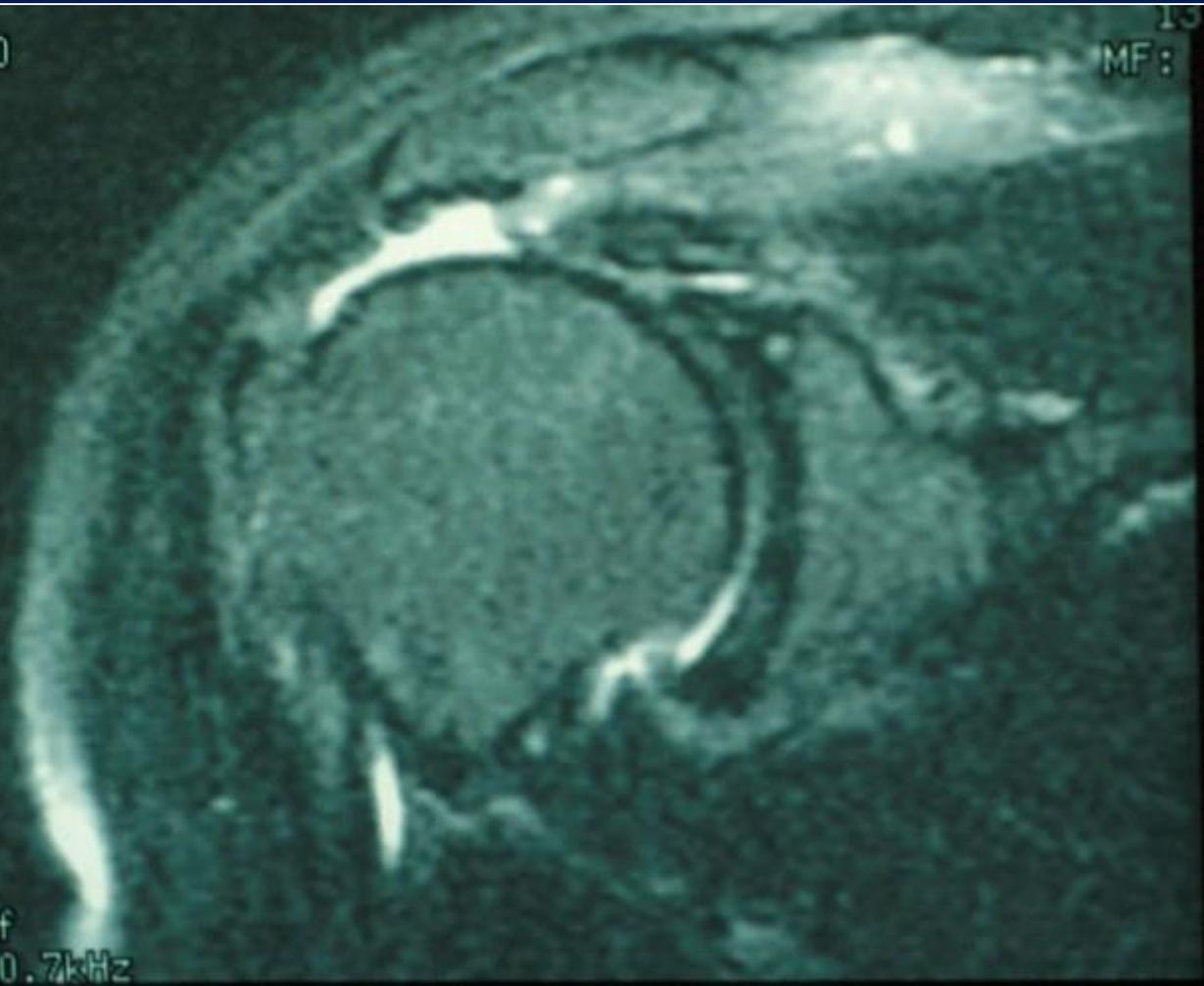
13:42
MF: 1.3

ET: 12

R
A

P
L

FSE
TR: 4040
TE: 120/Ef
EC: 1/1 10.7kHz



Traitement chirurgical

- Fonction de :
 - - L'âge ?
 - - La gêne fonctionnelle
 - - Qualité des tendons (dégénérescence musculaire)

Rupture chronique

Avant 50 ans: Réparation

- Niveau d'activité et demande fonctionnelle
- Augmentation progressive de la taille de la lésion
- Rééducation + “facile”

Rupture chronique

Après 60 ans: Tt conservateur

- AINS
- Infiltrations (1 à 3, corticoïdes)
- Modification des activités
- (*Rééducation*)

Rupture chronique

Après 60 ans, si échec du Tt
conservateur

Réparation chirurgicale sauf si

- Dégénérescence graisseuse > stade 2
- Retraction du tendon à la glène
- Motivation insuffisante du patient

Rupture chronique

Si échec du Tt conservateur et
contreindication pour réparation

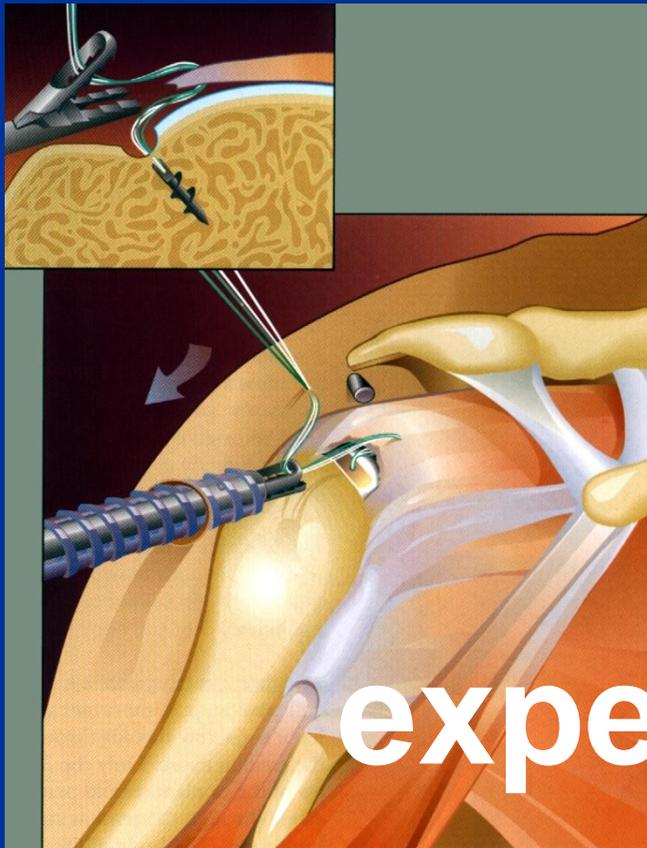
- **Transfer Lat. dorsi** (FI > 2 IS and TM, pt jeune)
- **Debridement + tenotomie du TLB** (AHD < 7mm)



Rupture chronique

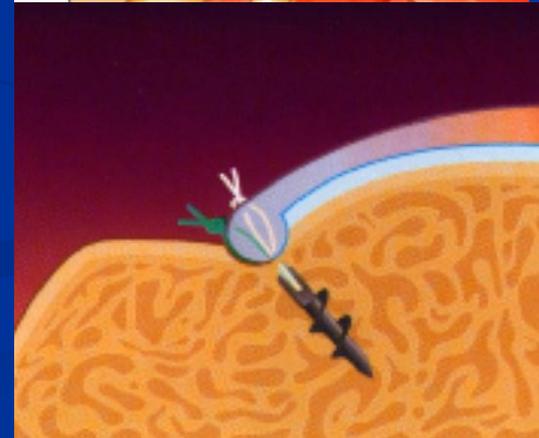
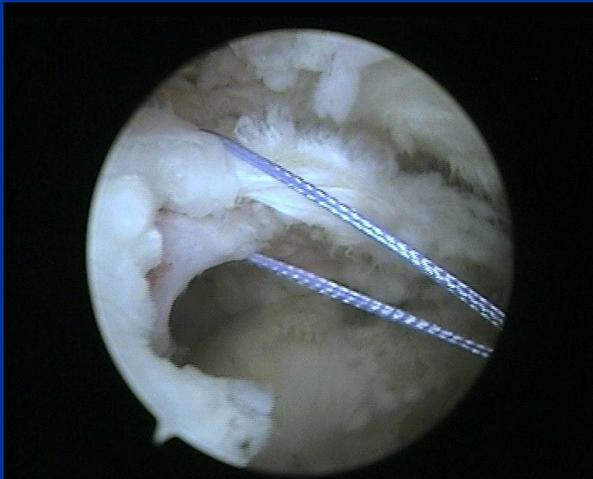
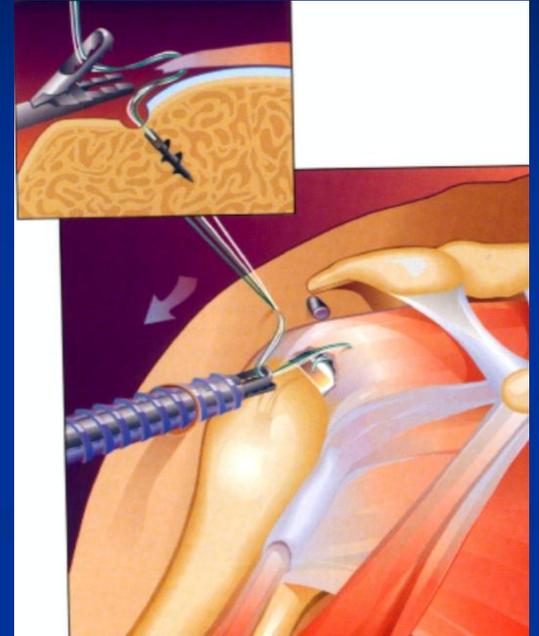
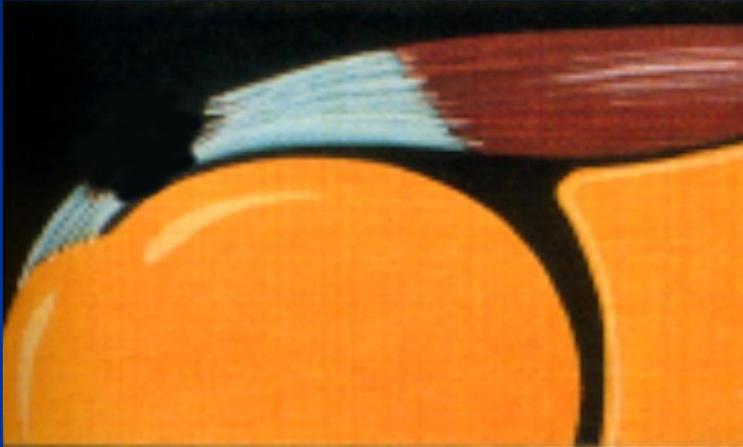
Arthroscopique ?

Ciel ouvert ?



experience

Traitement chirurgical



CONCLUSIONS

1/ Identifier la LESION !

**2/ Discuter: histoire naturelle +++
resultats du Tt conserv
resultats duTt chirurgical**