

Chez le sportif de plus de 40 ans L'arthroscopie dans l'épaule tendineuse chronique

La rupture de la coiffe des rotateurs chez le sujet âgé de plus de 40 ans, lourde de conséquences socio-économiques et psychiques, est de plus en plus fréquente. L'arthroscopie tient une place importante dans le traitement de ces ruptures, à condition de maîtriser parfaitement la technique et de respecter les conditions préopératoires.

Perte de force

L'arthroscopie de l'épaule a atteint de nos jours une fiabilité et une reproductibilité équivalentes à celle du genou et les avantages de la chirurgie arthroscopique ne sont plus à prouver. Néanmoins, en raison de sa complexité anatomique et de la richesse des structures vasculo-nerveuses, l'arthroscopie de l'épaule impose une instrumentation spécifique et onéreuse, des voies d'abord spécifiques et une haute technicité. Véritable fléau de nos jours, la rupture de la coiffe des rotateurs chez le sujet de 40 ans ne cicatrise pas spontanément (sauf cas exceptionnel). Toute lésion a tendance à s'aggraver avec le temps, ce qui dépend des facteurs génétiques et acquis. La douleur n'est pas obligatoirement présente ; en revanche, la perte de force est constante et est proportionnelle à l'extension des lésions tendi-

et de sa poulie de réflexion. La récupération varie de quatre à huit mois en fonction de chaque individu.

– **Les ruptures partielles non transfixiantes sont de deux types** : les ruptures partielles profondes et les ruptures partielles superficielles. La cause des ruptures partielles profondes est probablement multifactorielle. Il existe souvent une notion traumatique, notamment dans les sports « d'armé-contré ». Les résultats chirurgicaux dépendent de l'importance de la profondeur et de l'extension des lésions et du geste chirurgical réalisé. L'arthroscopie est une excellente indication pour la prise en charge de ces lésions par rapport à la chirurgie à ciel ouvert. Le geste opératoire consiste à réaliser un simple débridement de la lésion si celle-ci est inférieure à 50 % de l'épaisseur tendineuse ou bien une véritable réparation dans le cas contraire. En ce qui concerne les lésions de la face superficielle, le mécanisme le plus probable est expliqué par un conflit sur un acromion agressif donnant un tendon effiloché bien visible après la bursectomie arthroscopique. L'acromioplastie donne d'excellents résultats, à condition que cette lésion reste isolée et ne dépasse pas plus de 50 % de l'épaisseur tendineuse.

Des questions

La prise en charge doit être aussi bien « organique » (fonctionnelle et chirurgicale) que psychique. Des questions se posent devant tout patient ayant une pathologie (rompue ou non) de la coiffe des rotateurs : existe-t-il des facteurs mécaniques et/ou anatomiques d'aggravation ? Existe-t-il des facteurs environnementaux favorisants ? Quel est le contexte psychosocial ? Y a-t-il eu un traumatisme ? Ce traumatisme est-il déclenchant ou aggravant d'une lésion préexistante ?

Plusieurs tableaux

Après cette analyse médico-sociale, plusieurs tableaux peuvent être rencontrés.

– **Les tendinopathies non rompues** désignent un tendon pathologique, par hypersollicitation sportive ou professionnelle aggravée par les facteurs précités, sans discontinuité à l'arthrographie. L'acromioplastie arthroscopique est une bonne alternative thérapeutique en cas d'échec du traitement conservateur. Il importe de faire attention au diagnostic différentiel, notamment chez le sujet jeune, et de rechercher systématiquement une atteinte concomitante de l'acromio-claviculaire, une atteinte neurologique ou une épaule douloureuse instable. Le bilan clinique, dans certains cas atypiques, peut être aidé par une infiltration test sous-acromiale radioguidée. Le bilan radiologique élimine une rupture tendineuse et renforce le diagnostic de conflit avec un bilan échographique dynamique. L'arthroscopie vérifie les lésions « cachées » du tendon du long biceps

le plan frontal avec une rétraction tendineuse intermédiaire, moyenne ou importante et dans le plan coronal vers l'arrière en direction de l'infratendineux et/ou vers l'avant en direction du subscapulaire. Le risque de re-rupture tendineuse est d'autant plus élevé que la rétraction tendineuse est plus importante. La chirurgie consiste à réaliser une réparation chirurgicale de ces lésions avant le stade irréversible. Cette chirurgie peut être effectuée par chirurgie conventionnelle, par mini-abord ou par arthroscopie, avec des résultats à ce jour identiques. L'arthroscopie qui nécessite une technicité parfaite reste toujours plus esthétique. Elle permet de libérer plus aisément et sereinement (nerf suprascapulaire) la face profonde supraglénoidienne de la coiffe, et de vérifier précisément ces fameuses lésions « cachées » du tendon du long biceps et de son « entourage ». Dans les ruptures rétractées irréparables, l'arthroscopie garde un avantage certain par rapport à la chirurgie conventionnelle. Elle permet de vérifier et de traiter les lésions du tendon du long biceps, elle analyse de façon complète le cartilage glénodien et huméral en vue d'une éventuelle chirurgie palliative de transfert musculaire. Le respect du deltoïde est un élément fondamental en faveur de la chirurgie arthroscopique. Le risque de re-rupture reste encore aujourd'hui relativement élevé quel que soit le niveau du chirurgien. Cela pourrait être expliqué par la « commande génétique » chez certains individus programmés pour ne pas cicatriser. La solution d'avenir réside probablement dans la biologie moléculaire...

> Dr BRIGITTE VALLOIS

D'après la communication du Dr Richard Aswad (Marseille) lors des 8^e Rencontres de traumatologie du sport de Marseille.