

## Dr Omar BOUGHEBRI

### CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE & TRAUMATOLOGIE SPORTIVE

Ancien Interne des Hôpitaux

Ancien Chef de Clinique - Assistant à la Faculté de Médecine

DESC de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique

Membre de la Société Française de Chirurgie Orthopédique - SOFCOT

Membre de la Société Française d'Arthroscopie - SFA

Membre de la Société Européenne de Chirurgie de l'Épaule et du Coude - SECEC

#### DIPLOMES INTER-UNIVERSITAIRES

- DIU Chirurgie de l'Épaule et du Coude (Faculté de Médecine - Paris XII)
- DIU Arthroscopie (Faculté de Médecine - Paris VII)
- DIU Chirurgie de la Main et du Membre Supérieur (Faculté de Médecine - Paris VI)
- DU Microchirurgie (Faculté de Médecine - Rouen)
- DIU Chirurgie du Genou (Faculté de Médecine - Lyon)

#### PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Results of 45 arthroscopic Bankart procedures: Does the ISIS remain a reliable prognostic assessment after 5 years?

O.Boughebri, Maqdes A, Moraiti C, Dib C, Leclère FM, P.Valenti. Décembre 2014

Prothèse d'Épaule Inversée combinée à un transfert tendineux de Latissimus Dorsi et Teres Major pour déficit actif de l'élévation et de la rotation externe. Résultats de 15 cas avec un recul minimum de 2 ans.

O.Boughebri, A.Kilinc, P.Valenti. Orthopaedics & Traumatology: Surgery & Research. Avril 2013

Small supraspinatus tears repaired by arthroscopy: are clinical results influenced by the integrity of the cuff after two years? Functional and anatomic results of forty-six consecutive cases.

O.Boughebri, X.Roussignol, O.Delattre, J.Kany, P.Valenti. Journal of Shoulder and Elbow Surgery. Mai 2012

Analyse Dynamique par Arthroscopie du Conflit huméro-scapulaire dans l'Arthroplastie Inversée d'Épaule.

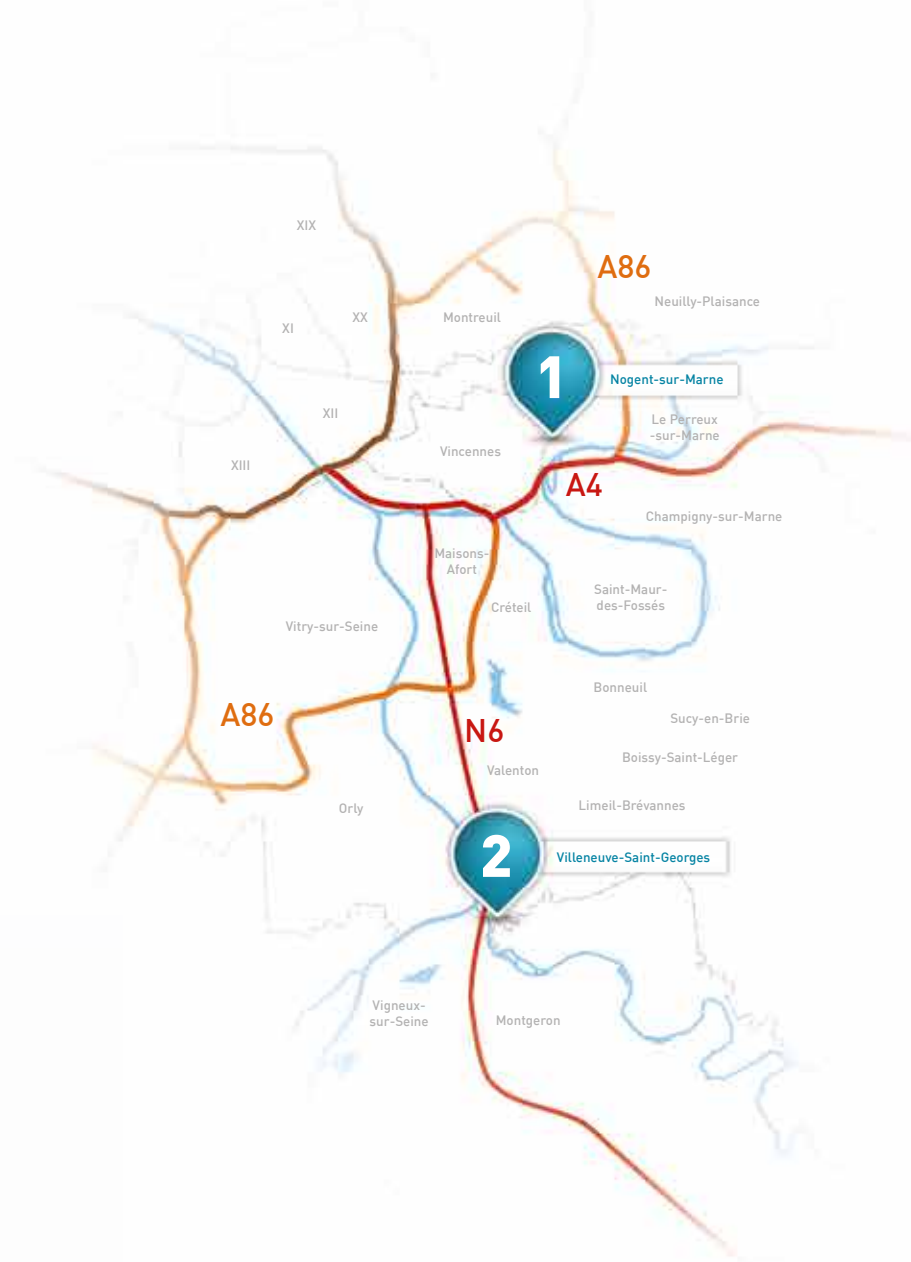
O.Boughebri, F.Duparc, JM.Adam, P.Valenti. Orthopaedics & Traumatology: Surgery & Research. Décembre 2011

Arthroplastie Totale de Hanche à couple de frottement Métal-Métal en grand diamètre. Résultats préliminaires d'une série continue de 106 implants Durom au recul moyen de 30 mois.

P.Mertl, O.Boughebri, E.Havet, P.Triclot, JF.Lardanchet, A.Gabriel. Orthopaedics & Traumatology: Surgery & Research. Février 2010

Traitement des fractures de l'extrémité proximale de l'humérus par clou Télégraph : Etude prospective de 34 cas.

O.Boughebri, E.Havet, M.Sanguina, L.Daumas, P.Jacob, B.Zerkly, P.Heissler. Revue de Chirurgie Orthopédique. Juin 2007



Centre Epau Paris 94  
Dr Omar BOUGHEBRI



dr.boughebri@ortho-paris94.com  
www.centre-epaule-paris94.com

#### Hôpital Privé Armand Brillard

3 Avenue Watteau  
94130 Nogent-sur-Marne  
RER A : Nogent sur Marne  
Bus : 113, 114, 120

#### Polyclinique de Villeneuve Saint Georges

47 Rue de Crosne  
94190 Villeneuve St Georges  
RER D : Villeneuve St Georges  
Bus : STRAV A,B,G,H,J,K,L, Athis Car

Octobre 2012 - Crédit photo : Shutterstock Images - Conception & Réalisation : UNFLUX - www.unflux.fr - 01 49 76 36 99

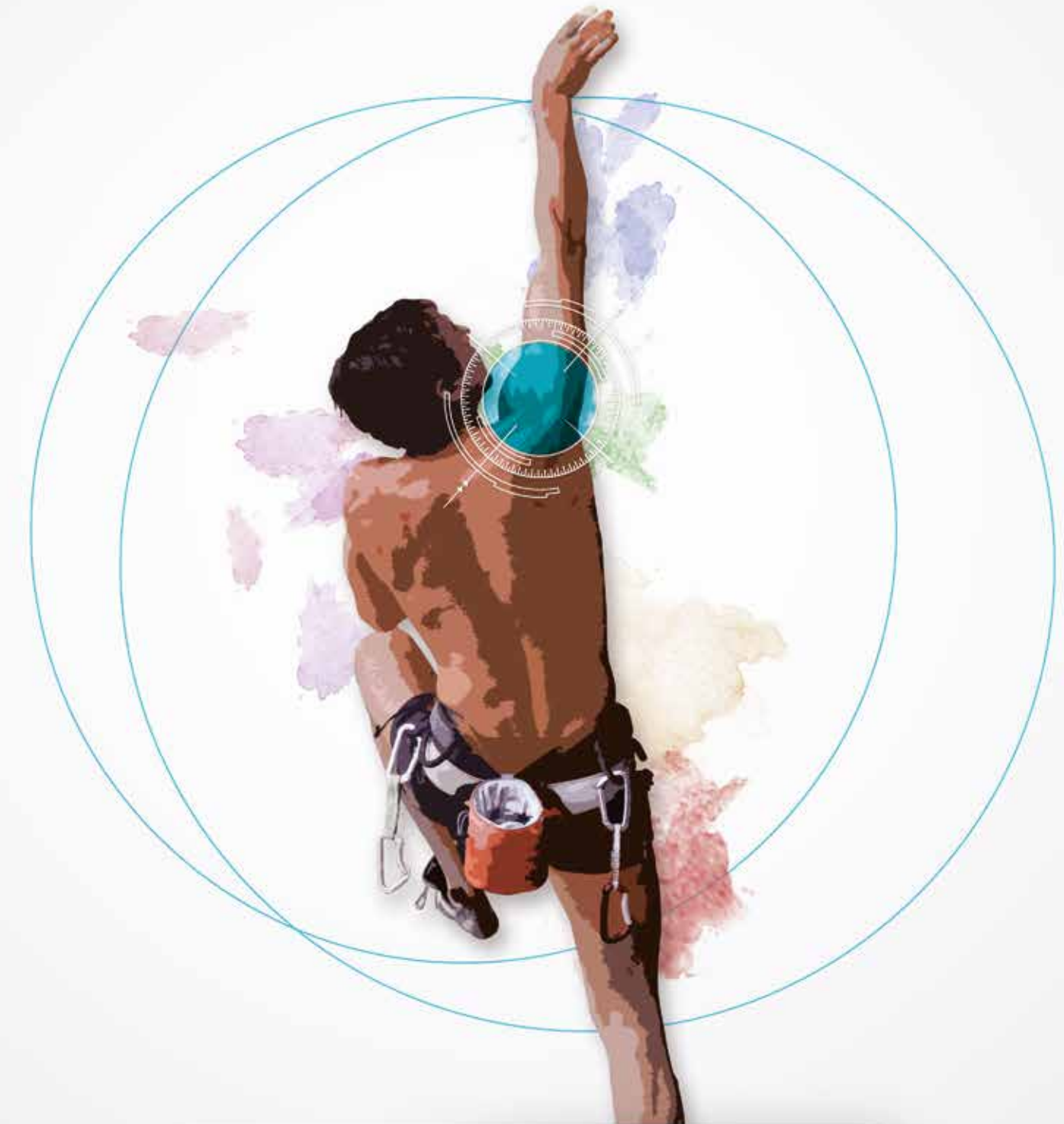
01 43 94 80 60  
dr.boughebri@ortho-paris94.com



Centre Epau Paris 94

www.centre-epaule-paris94.com

## ARTHROSCOPIE D'ÉPAULE POUR RÉPARATION DE LA COIFFE DES ROTATEURS

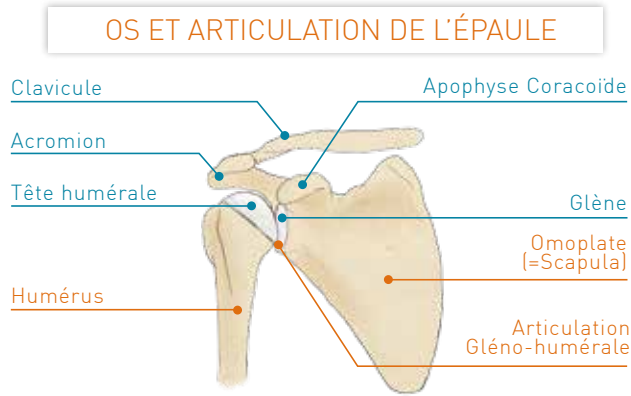


Centre Epau Paris 94

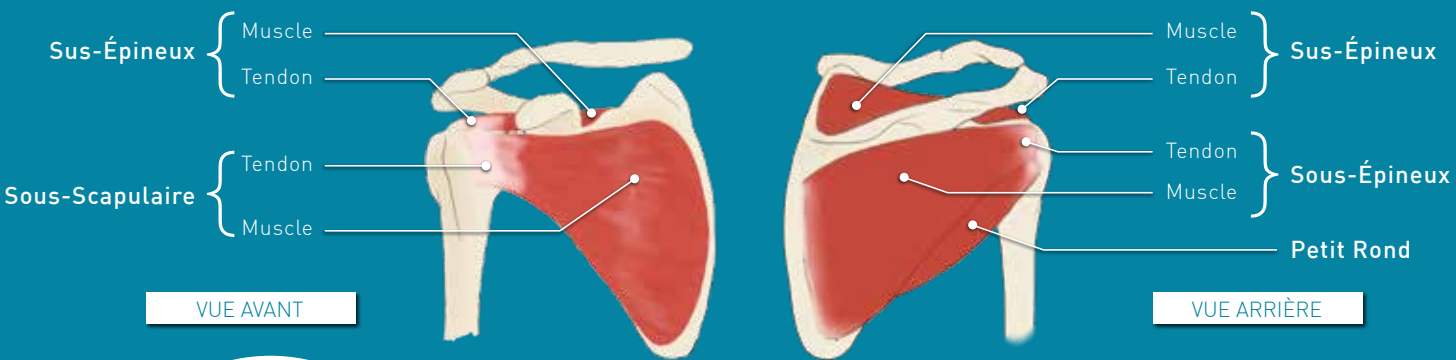
www.centre-epaule-paris94.com

# QU'EST-CE QU'UNE RUPTURE DE LA COIFFE DES ROTATEURS

La Coiffe des Rotateurs est un groupe de **4 tendons** qui entourent la tête de l'**Humérus** et qui se fixent dessus. Ces tendons sont le prolongement de muscles fixés à l'**Omoplate**, permettant les **mouvements actifs de l'épaule** (en élévation et rotation) et contribuant à la stabilité de la tête humérale dans son articulation avec la glène de l'omoplate (**Articulation gléno-humérale**).



## LA COIFFE DES ROTATEURS



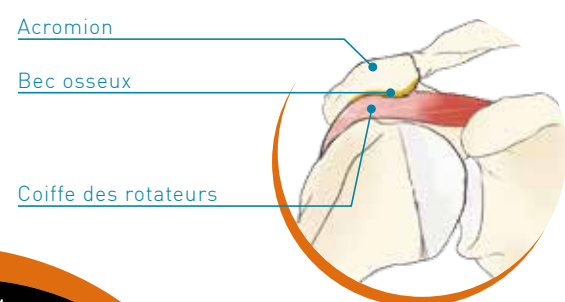
Les 4 muscles de la Coiffe sont

- Sus-Épineux
- Sous-Épineux
- Sous-Scapulaire
- Petit Rond

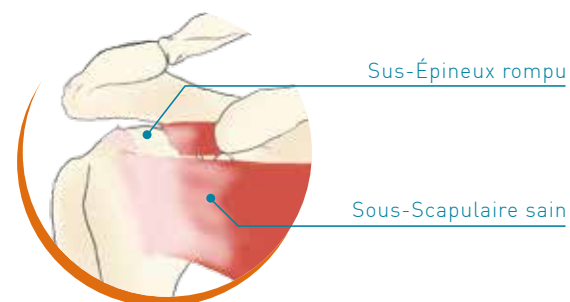
Ces tendons peuvent se rompre et se détacher de leurs fixations sur l'humérus, entraînant des douleurs et une baisse de force de l'épaule. Il s'agit d'une « **Rupture de Coiffe** » qui peut faire suite à un traumatisme (une chute sur l'épaule par exemple) ou à une usure progressive, dégénérative, par des mouvements répétitifs.

La Rupture peut être favorisée par un bec osseux sous l'acromion qui entre en conflit avec les tendons de la Coiffe  
Il s'agit du « **Conflit sous-acromial** »

### CONFLIT SOUS-ACROMIAL

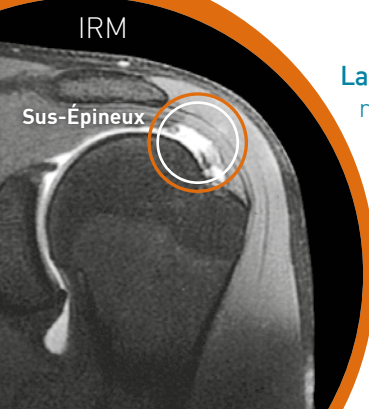


### RUPTURE DE COIFFE



La plupart des ruptures concernent le muscle **Sus-Epineux**. Avec l'évolution, le tendon rompu se rétracte et la rupture peut s'étendre en avant au Sous-Scapulaire et/ou en arrière au Sous-Épineux (voire au Petit-Rond dans les ruptures massives). De plus, les muscles qui ne sont plus sollicités depuis plusieurs mois (ou plusieurs années) s'atrophient et dégèrent progressivement en graisse (« **dégénérescence graisseuse** »).

Les différents examens (Radiographies, Echographie, Arthro-scanner, IRM) permettent au Chirurgien de confirmer la Rupture de Coiffe, d'apprécier l'importance de la rétraction tendineuse et de l'atrophie musculaire, afin d'envisager une éventuelle réparation.



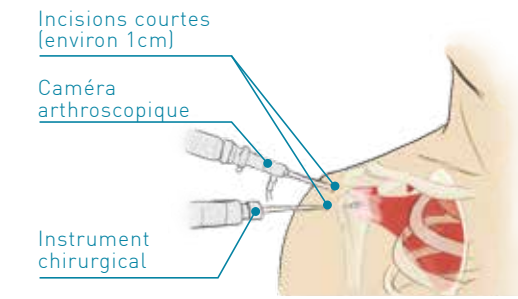
# TRAITEMENTS D'UNE RUPTURE DE COIFFE

Le traitement chirurgical est envisagé en fonction de l'âge, de la douleur, de la perte de force de l'épaule. Dans tous les cas, la **rééducation avant l'intervention** permet de garder une épaule souple et de faciliter les suites de l'intervention.

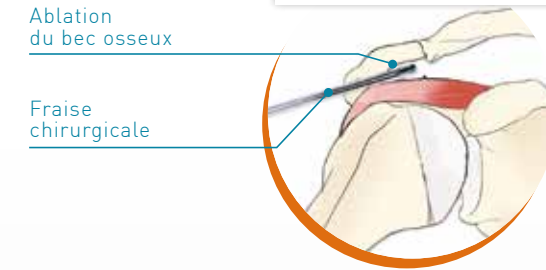
La plupart des Ruptures de Coiffe peuvent être réparées par **Arthroscopie**, à l'aide d'une **caméra vidéo** (de la taille d'un crayon) et d'instruments introduits dans l'articulation par plusieurs incisions de moins d'1 cm.

La rupture est réparée en refixant le(s) tendon(s) sur la tête de l'humérus à l'aide de fils résistants et d'ancres (= attaches) introduites dans l'os. Le bec osseux à l'origine de la rupture est retiré à l'aide d'une fraise (Acromioplastie) afin de restaurer un bon espace sous-acromial et d'éliminer le conflit avec les tendons

### ARTHROSCOPIE D'ÉPAULE



### ACROMIOPLASTIE



D'autres gestes peuvent également être réalisés en fonction des autres pathologies associées

- En cas de **tendinite du long biceps** :  
Ténotomie (section du tendon)  
Ténodèse (fixation du tendon sur l'Humérus)
- En cas d'**arthrose de la clavicule au niveau de son articulation avec l'acromion** (articulation acromio-claviculaire) :  
Résection acromio-claviculaire à la fraise (le cartilage usé de la clavicule est retiré)

### RÉPARATION DE COIFFE



En cas de **dégénérescence graisseuse importante du muscle ou de rétraction majeure du tendon**, la réparation n'est pas possible.

Un simple « **débridement** » par Arthroscopie avec Ténotomie du Long Biceps permettent tout de même de réduire les douleurs en améliorant la fonction de l'épaule, même si la force musculaire n'est pas totalement récupérée.

## SUITES ET RÉSULTATS DE L'INTERVENTION

🕒 Durée de l'intervention : **env. 1h15**

🏠 Hospitalisation : **une à deux nuits**

### Suites de l'intervention :

Une attelle avec coussin d'abduction doit être portée après l'intervention pendant **4 à 6 semaines** afin de protéger la suture pendant la cicatrisation du tendon.

- Une **radiographie** confirme la disparition du bec osseux sous-acromial et la restauration d'un espace satisfaisant avec l'humérus grâce à l'acromioplastie.
- Le **programme de rééducation** débute dès le lendemain avec le kinésithérapeute par des mouvements pendulaires et passifs au dessus de l'attelle. L'engagement du patient dans la rééducation est capital pour optimiser le résultat de la chirurgie.
- **Quatre à six semaines après l'intervention**, un rendez-vous avec le Chirurgien permet de contrôler la bonne évolution. **L'attelle** est retirée définitivement.
- La **rééducation doit être poursuivie** en augmentant l'intensité avec des mouvements actifs.

La récupération est complète après **3 à 6 mois en général**.  
Les douleurs disparaissent progressivement et l'épaule récupère sa force.



# ANESTHÉSIE ET CONTRÔLE DE LA DOULEUR

Les nouvelles techniques d'anesthésie permettent une meilleure gestion de la douleur pendant et après l'intervention.

Elle se pratique, en général, sous **anesthésie générale** avec une éventuelle **anesthésie loco-régionale** associée (injection d'anesthésiant au niveau de l'épaule, afin de réduire les douleurs). Après l'intervention, un passage en salle de réveil de quelques heures est nécessaire pour surveiller la levée d'anesthésie (surveillance de la pression artérielle, du pouls, de la conscience, de la douleur et du besoin de médicaments antalgiques).

Pour le retour à domicile, les antalgiques oraux prescrits à la sortie de la clinique sont en général utiles les premiers jours, la douleur s'atténuant rapidement la plupart du temps.

## AVANT L'INTERVENTION

- Lire attentivement et signer la fiche de Consentement éclairé
- Consultation d'Anesthésie au moins 48 heures avant l'intervention
- Ne prendre aucun médicament contenant de l'Aspirine pendant les 10 jours précédant l'intervention
- L'arrêt du tabac est fortement recommandé
- Rester à jeûn 6 heures avant l'intervention (Ne pas boire, manger ou fumer)



## LES PRINCIPAUX RISQUES DE LA CHIRURGIE

Pour la grande majorité des cas, l'intervention se déroule normalement et sans anomalie, les suites sont favorables et le patient est satisfait du résultat. Cependant, comme pour toute intervention chirurgicale, des complications peuvent survenir, pendant ou après la procédure. Le patient doit en être conscient avant l'intervention.

- Le risque principal est la récurrence de la rupture de coiffe des rotateurs.
- Une infection peut malheureusement parfois survenir.
- Lésions de vaisseaux ou de nerfs pendant l'intervention.
- Douleurs et enraidissement persistants, pouvant aller jusqu'à l'algodystrophie, dont la guérison peut nécessiter plusieurs mois.



La récupération de la souplesse et de la force de l'épaule est parfois incomplète. Chez le travailleur manuel, cela peut parfois nécessiter une adaptation ou un changement du poste de travail.



Centre Epaula Paris 94