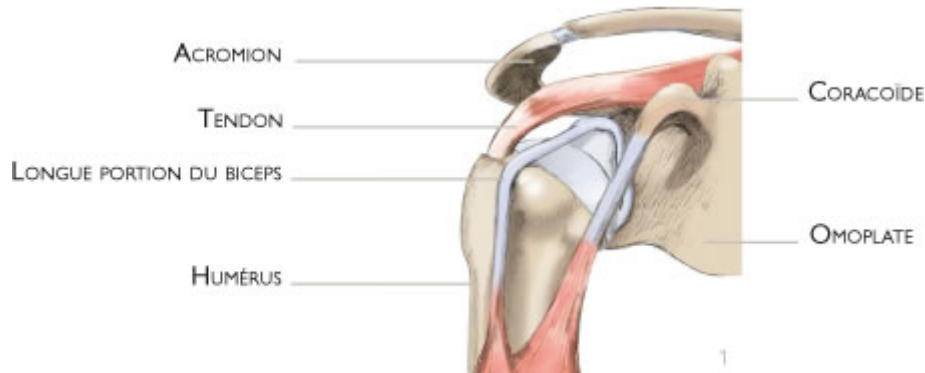


Ténoïdèse du biceps

Le problème : Lésion du biceps

L'épaule correspond à l'articulation entre l'omoplate et l'humérus. La partie supérieure de l'humérus constitue une tête qui pivote dans un creux de l'omoplate qui est la glène. L'acromion est une partie de l'omoplate qui forme une voûte au dessus de l'articulation. Les tendons de la coiffe relient les muscles à l'os. Ils s'insèrent autour de la tête de l'humérus et coulisent entre la tête et l'acromion lors des mouvements de l'épaule (figure 1).



Le muscle du biceps est relié à l'omoplate par deux tendons. Le premier qui est de loin le plus gros s'insère sur la coracoïde qui est un petit crochet osseux de l'omoplate. Le deuxième, plus grêle et appelé longue portion du biceps, coulisse dans une gouttière de l'humérus, passe au dessus de la tête humérale pour aller s'insérer à la partie supérieure de la glène (figure 1).

Un acromion épais et courbe constitue parfois un vrai bec osseux qui réduit l'espace de glissement et irrite les tendons. Ceci induit une inflammation des tendons de la coiffe et de la longue portion du biceps au niveau de son passage au dessus de la tête humérale et peut aboutir à leur rupture. On parle alors de tendinopathie du biceps sur pathologie de la coiffe (figures 2 et 3).

Une lésion du tendon du biceps peut aussi siéger au niveau de son insertion sur la glène (figure 4). Ceci peut être dû à un traumatisme ou occasionné par des mouvements extrêmes de l'épaule notamment lors de la pratique de certains sports. On parle alors de SLAP lésion.

L'atteinte du biceps se manifeste par une douleur ou une difficulté à lever le bras. En cas d'évolution défavorable avec le traitement médical et la kiné, se pose alors la question d'une intervention chirurgicale.

L'intervention : Ténoïdèse du biceps

L'intervention consiste à fixer la longue portion du biceps dans sa gouttière et à retirer la partie lésée permettant ainsi le soulagement de la douleur, la récupération de la mobilité et l'utilisation normale du bras.

Elle est réalisée sous arthroscopie, c'est à dire sans ouvrir l'articulation. Deux ou trois petites incisions de 5 mm sont réalisées autour de l'épaule. Une petite caméra est introduite par l'une d'entre elles pour visualiser l'articulation. Des petits instruments sont introduits par les autres incisions pour sectionner le tendon et réséquer la partie intra-articulaire (figure 5). Une ancre est vissée dans la gouttière, les fils montés sur cette ancre sont passés dans le tendon et noués entre eux afin de l'appliquer à l'os (figures 6 et 7).

En présence d'une pathologie de la coiffe, elle est traitée en même temps par une acromioplastie ou une réparation. L'intervention est réalisée sous anesthésie générale. Une anesthésie loco-régionale peut y être associée. Elle dure en moyenne une heure et nécessite une hospitalisation d'environ 2 jours.

Après l'opération, un pansement stérile ainsi qu'une attelle sont mis en place.

Le traitement de la douleur sera mis en place, surveillé et adapté de manière très rapprochée dans la période post-opératoire.

La rééducation post-opératoire et la reprise des activités

Pendant les 6 premières semaines suivant l'opération, votre épaule est immobilisée dans une attelle coude au corps. Après la 6ème semaine et la visite de contrôle chez votre chirurgien, vous pouvez enlever définitivement votre attelle et commencer la rééducation.

La reprise du volant est envisageable après le 2ème mois. Celle du travail survient en général entre le 3ème et le

6ème mois et cela en fonction de votre profession, une activité de bureau pouvant être plus précoce. La reprise des activités sportives ne sollicitant pas l'épaule est envisageable au 3ème mois. Il faut attendre le 6ème mois pour reprendre les sports sollicitant votre épaule.

Les risques et les complications

En plus des risques communs à toute intervention chirurgicale et des risques liés à l'anesthésie, notons quelques risques plus spécifiques à cette chirurgie :

Une raideur articulaire peut se développer si la rééducation post-opératoire n'est pas bien prise en charge.

Des réactions inflammatoires post-opératoires peuvent occasionner des douleurs importantes et un ralentissement de la rééducation. Ces réactions exacerbées correspondent parfois à une algodystrophie. Cette complication bien que rare, reste très longue à guérir. Cependant, de nouveaux traitements existent et permettent de la gérer plus facilement.

La survenue d'une infection de l'articulation reste exceptionnelle. Cette complication connue nécessite un lavage de l'épaule et la mise sous antibiotiques plus ou moins longue avec éventuellement une reprise chirurgicale.

Il est possible que la zone opérée saigne et qu'il se forme un hématome. En fonction de son importance, une évacuation peut être nécessaire.

Les nerfs qui entourent l'épaule peuvent être accidentellement blessés. Cette complication exceptionnelle peut occasionner une douleur ou une perte de la sensibilité et de la motricité de certaines parties du bras.

La ténodèse peut générer des douleurs à la face antérieure de l'humérus dans la période post-opératoire. Cette douleur est en général passagère et peut bénéficier d'un traitement spécifique dans le cas contraire.

Les risques énumérés ne constituent pas une liste exhaustive. Votre chirurgien donnera toute explication complémentaire et se tiendra à votre disposition pour évoquer avec vous chaque cas particulier avec les avantages, les inconvénients et les risques de l'intervention.

Les résultats La disparition de la douleur est très rapide après l'opération. La récupération de la mobilité et de la force musculaire survient en général entre 3 et 6 mois.

Dans le cadre d'une tendinopathie sur pathologie de la coiffe, la ténodèse permet une disparition des douleurs, une amélioration de la fonction ainsi qu'une satisfaction des patients de l'ordre de 85%.

Dans le cadre d'une SLAP lésion, La ténodèse du biceps procure de très bons résultats avec un retour aux activités sportives dans plus de 90% des cas.