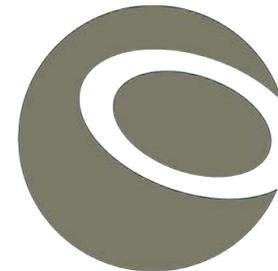


Réparation arthroscopique du sous-scapulaire : indications et technique

DIU D'arthroscopie
Toulouse 4 avril 2019

Clément TOURNIER



Centre de l'épaule



Diagnostic de rupture

- Clinique

- Traumatique:

- traction-abd-RE
 - Douleur, craquement, impotence immédiate
 - Atteinte du biceps?

- Examen **post trauma**:

- Antépulsion limitée
 - Hyper RE
 - RI limitée
 - Épaule pseudoparalytique
 - Lift-off test et belly press test ?
 - Bear hugh test+++ et facile à réaliser
 - Reste de la coiffe et biceps

- Examen à **froid**

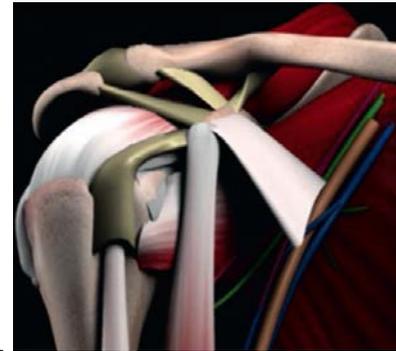
- Lift-off test++
 - Belly press+
 - Lag sign en RI(rupture complète)

Diagnostic de rupture

- Imagerie

- Echo+++

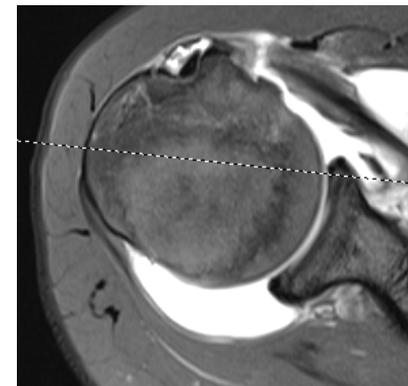
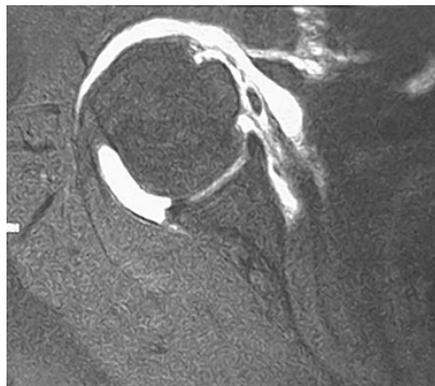
- Fiable
 - Analyse le biceps
 - Difficile stade IV et V car tendon rétracté



Satde III

- Arthro TDM et Arthro IRM

- Les plus fiables
 - Acquisition en RI (détente du subscapulaire)

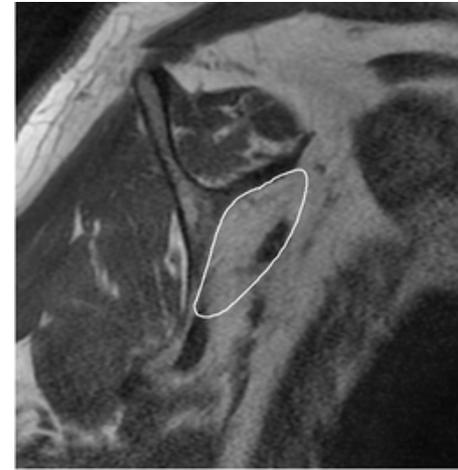


Diagnostic de rupture

- Arthro TDM ou IRM
 - Risque de faux positif si injection intratendineuse
 - Mesure le stade lésionnel
 - Évalue la qualité musculaire: dégénérescence graisseuse
 - Analyse des autres tendons: supra épineux, biceps
-  – REPARABILITE

Indication thérapeutique

- L'importance des symptômes fonctionnels
- Douleurs
- instabilité du biceps
- risque important d'aggravation vers des lésions irréparables
- Non indiqué si:
 - Peu de gêne
 - Lésion non réparable: rétraction et DG



Classification



- Lafosse

- Fox et Romeo: idem sans stade V

- Stade II: 25% partie sup
- Stade III=50% partie sup

- SFA: classification endoscopique

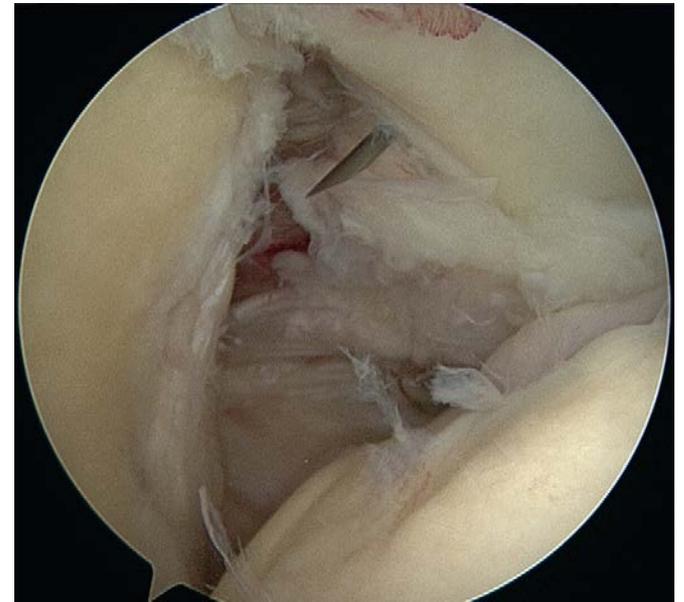
- Type I: lésion partielle fibre subscapulaire
- Type II: I + mur ant coulisse bicipitale (lig GH sup intact)
- Type III: désinsertion partielle subscap + lésion coulisse biceps
- Type IV: désinsertion complète subscap +/- coma sign



Type II

Technique chirurgicale

- Installation
 - Demi assis ou latéral
 - Matériel standard
 - Anesthésie locorégionale+/- générale
- Exploration articulaire
 - Optique voie postérieure
 - Voie antérieure
 - Voie antéro sup

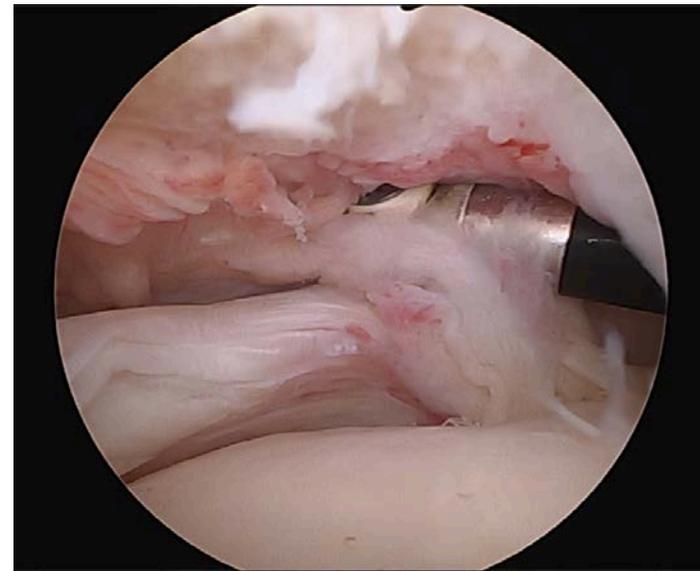


Analyse de la lésion per op

- Pas de lésion visible:
 - Faire de la rotation interne du bras
 - Démasque une désinsertion de la face profonde

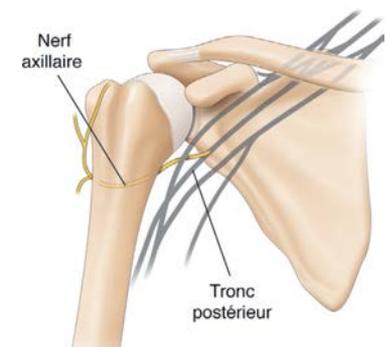
Analyse de la lésion per op

- Lésion sentinelle
 - Lésion de la coulisse bicipitale médiale
 - Poulie de réflexion du biceps
 - Lésion obligatoire au moins partielle du biceps



Technique chirurgicale

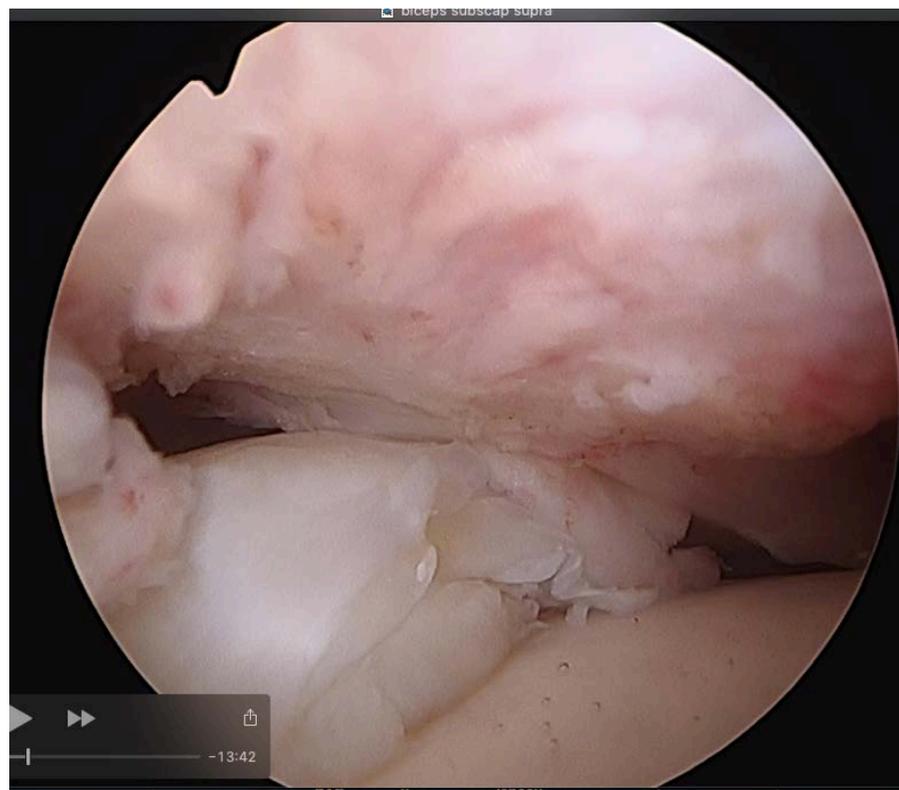
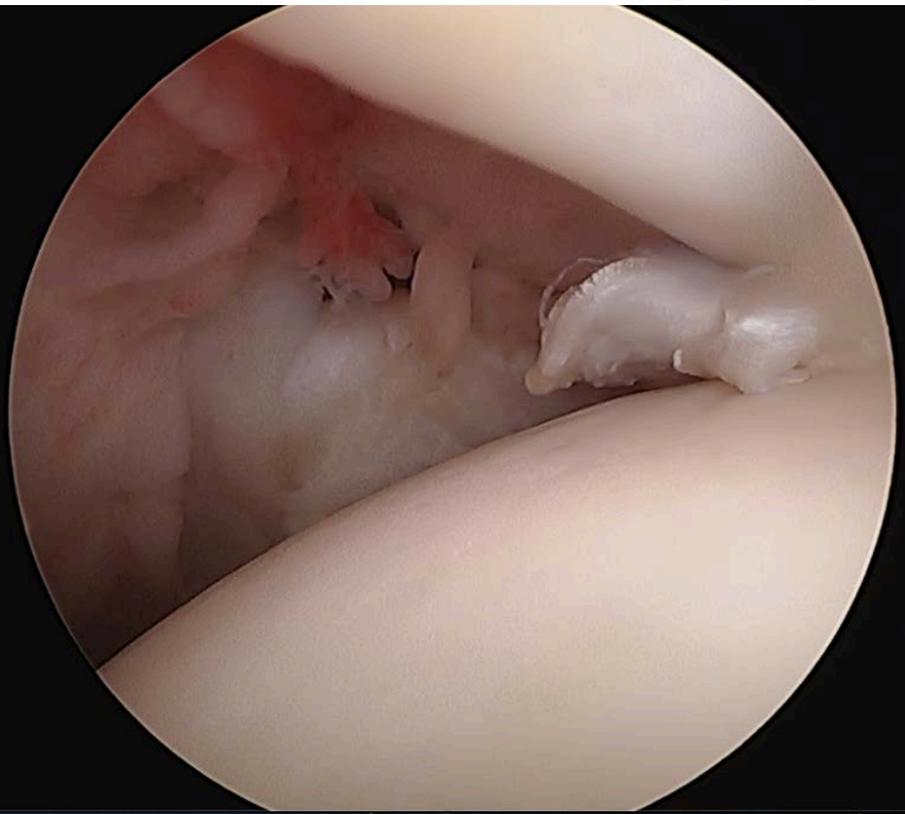
- Voie d'abord antérieure
- Ouverture de l'intervalle des rotateurs, libération du tendon
- Ténotomie / ténodèse du biceps:
 - Si nécessaire
 - Meilleure vision du subscapulaire
- Passage d'un fil tracteur: libération progressive prudente++++
 - Tendon conjoint: repère
 - Nerf axillaire
 - Fosse sub scap
 - Bord sup

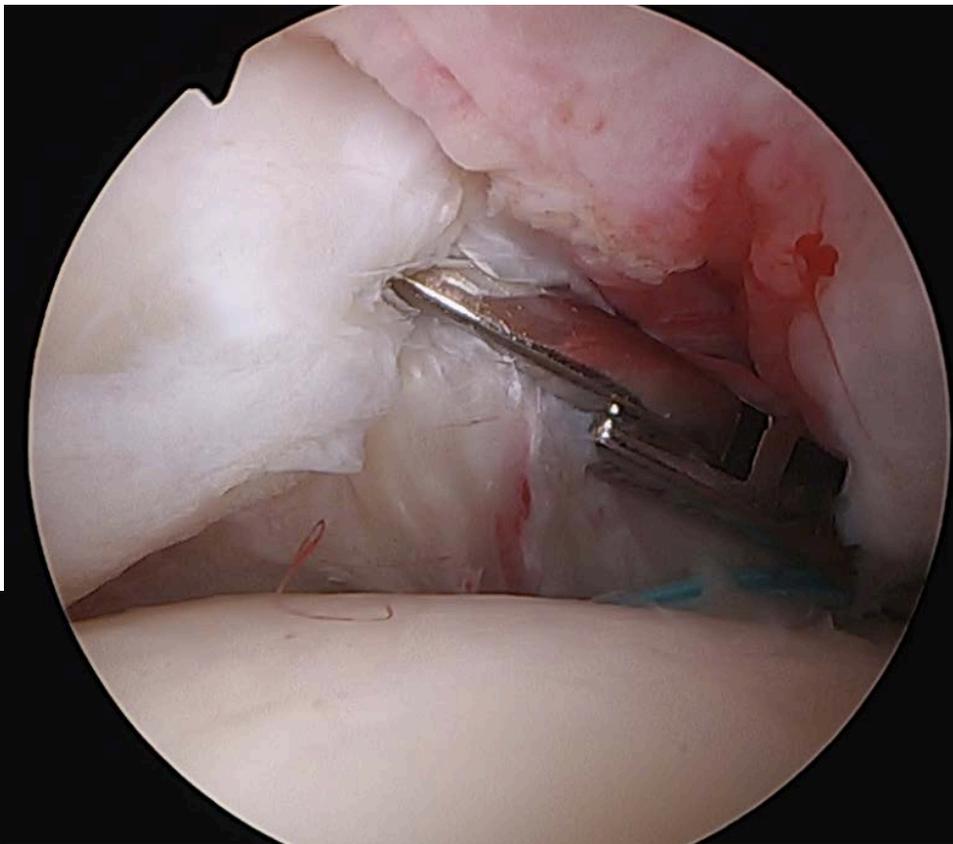
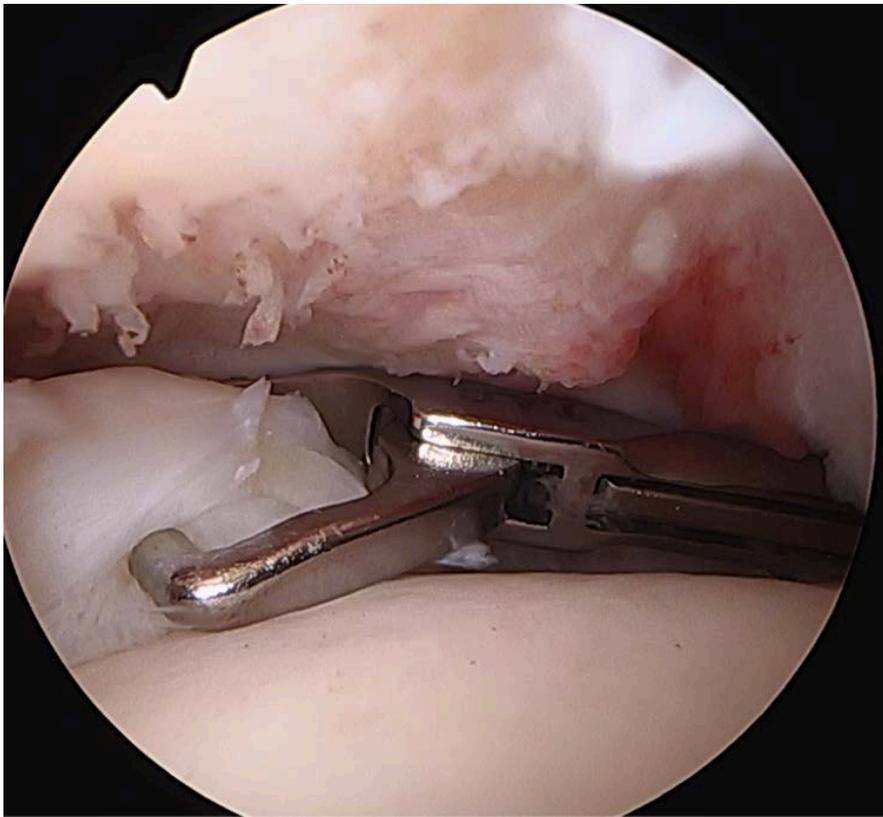


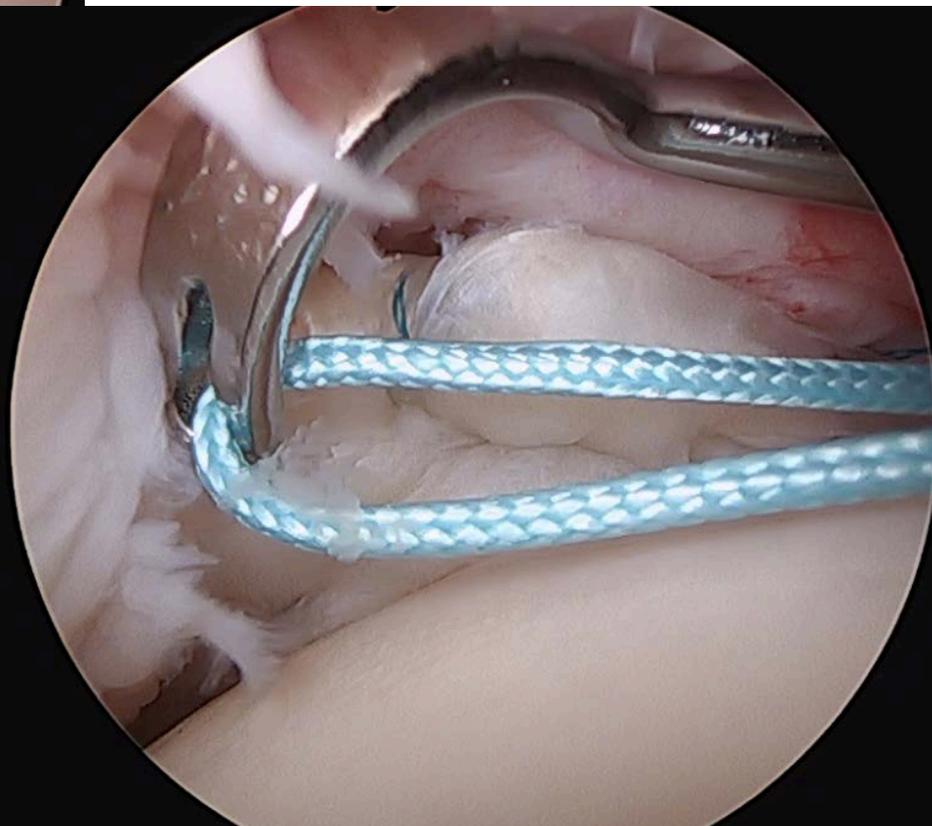
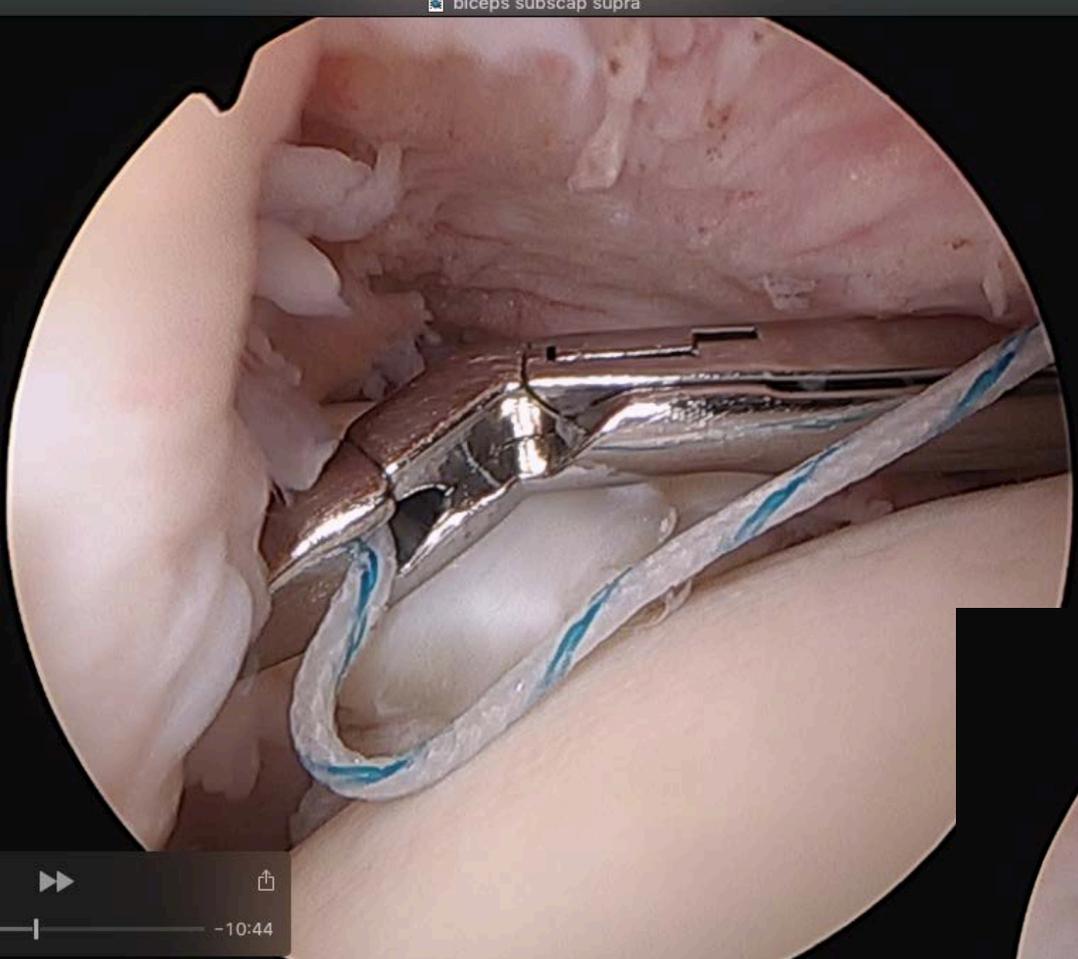
Technique chirurgicale

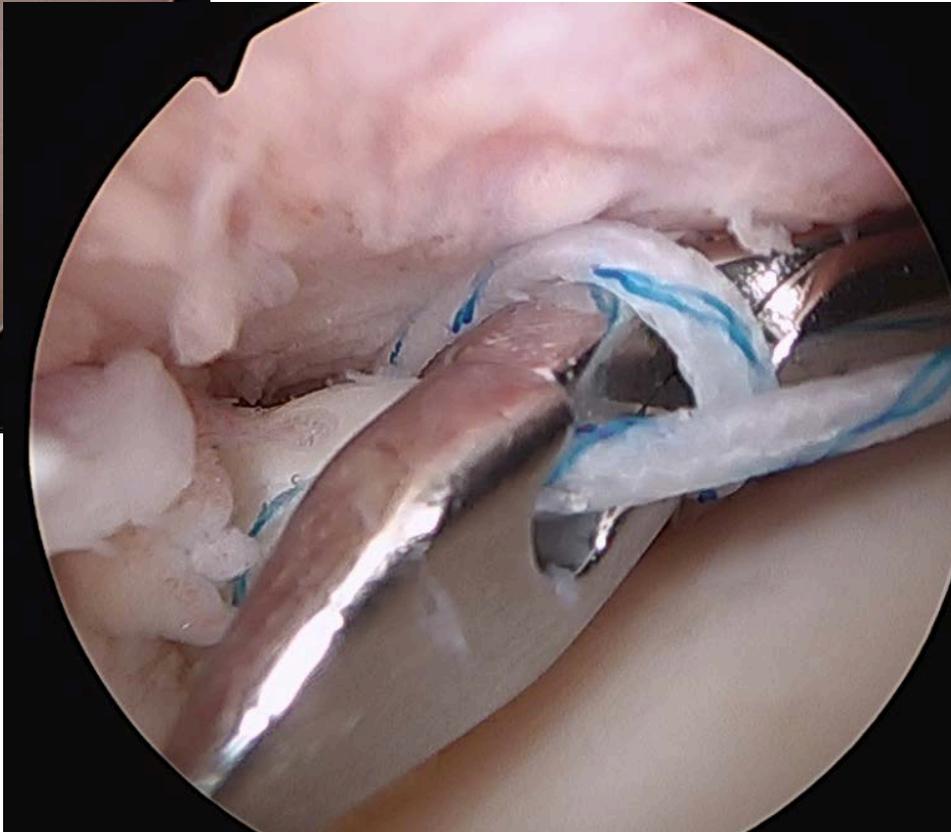
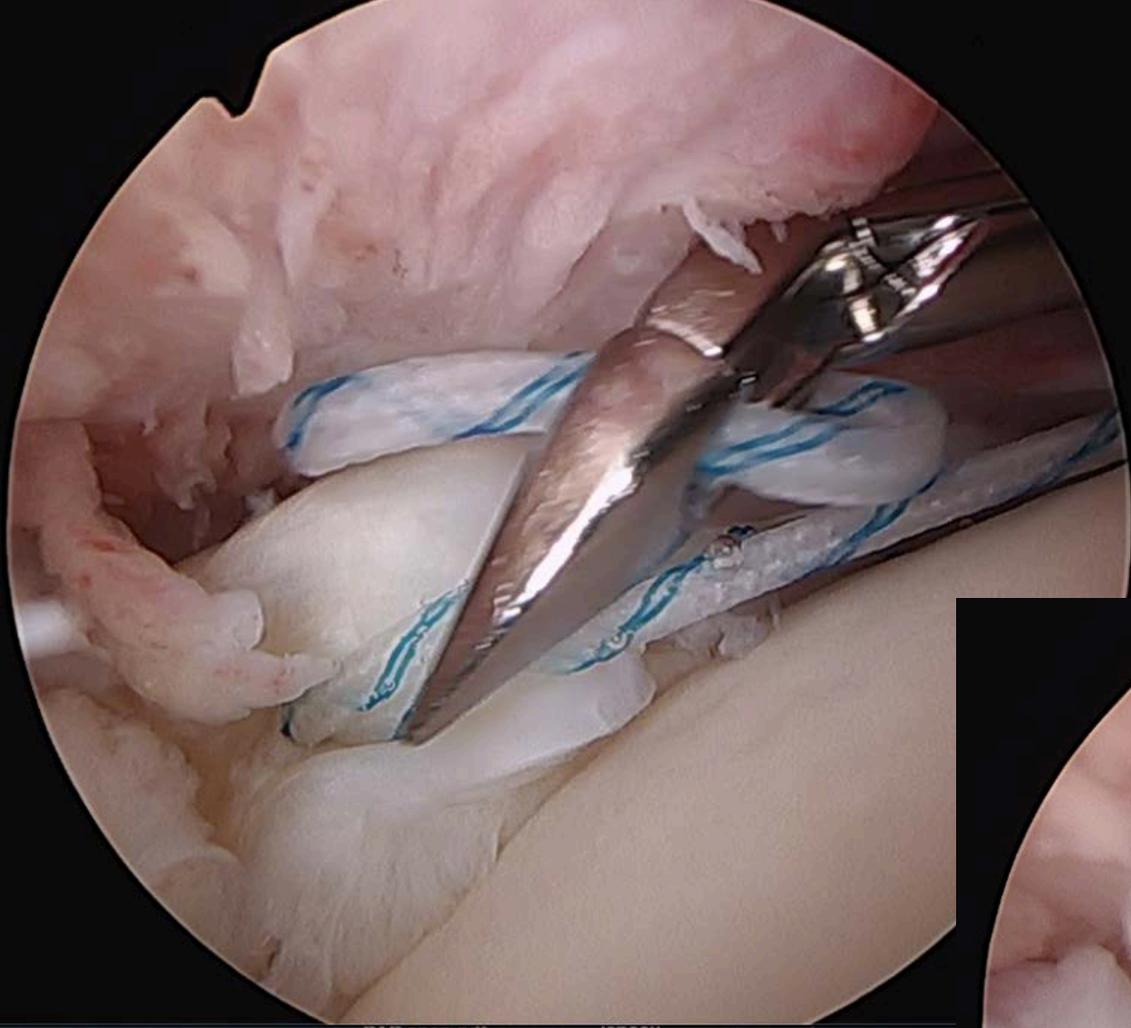
- Si lésion de petite taille: SFA I, II, III
 - Pas de rétraction
 - Fil tracteur rarement nécessaire
 - Le scope peut rester en voie postérieure
- Si lésion complète (SFA IV)
 - Fil tracteur nécessaire pour la libération
 - Scope par voie latérale/ antéro lat
 - Souvent double rang

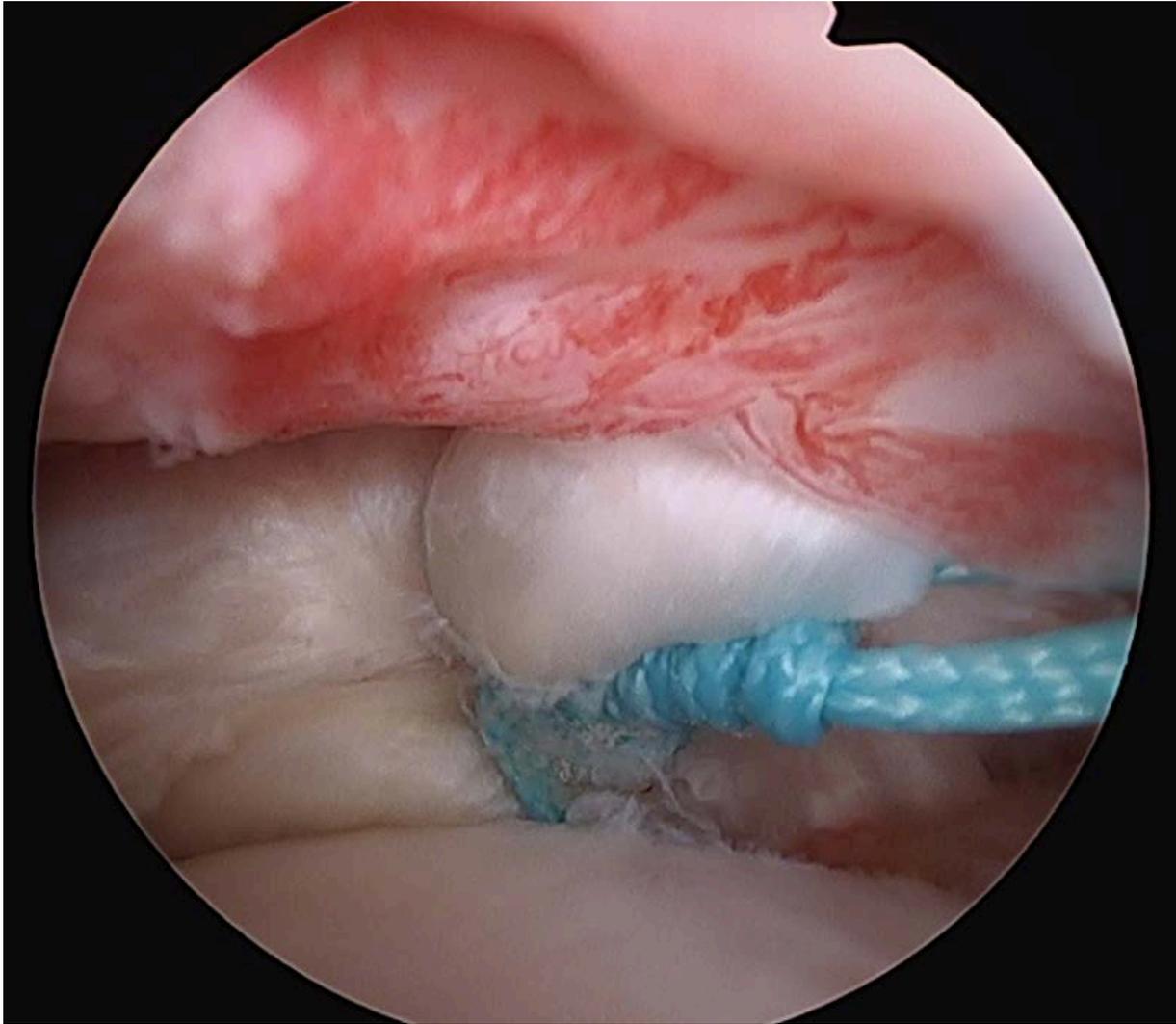
Lésion stade 2







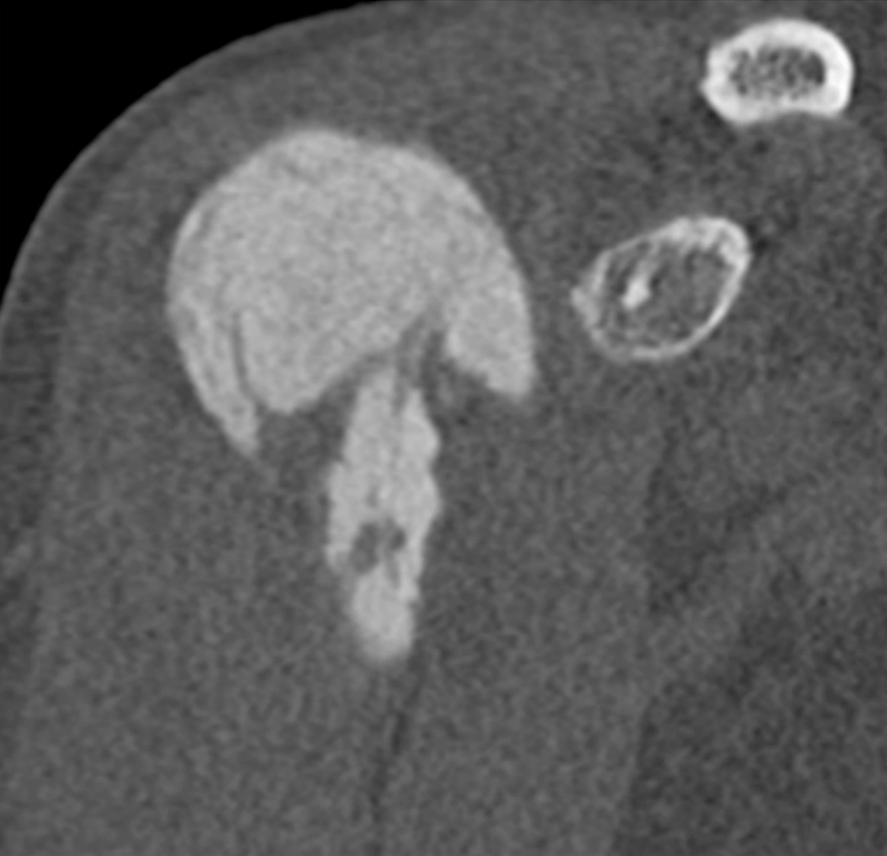
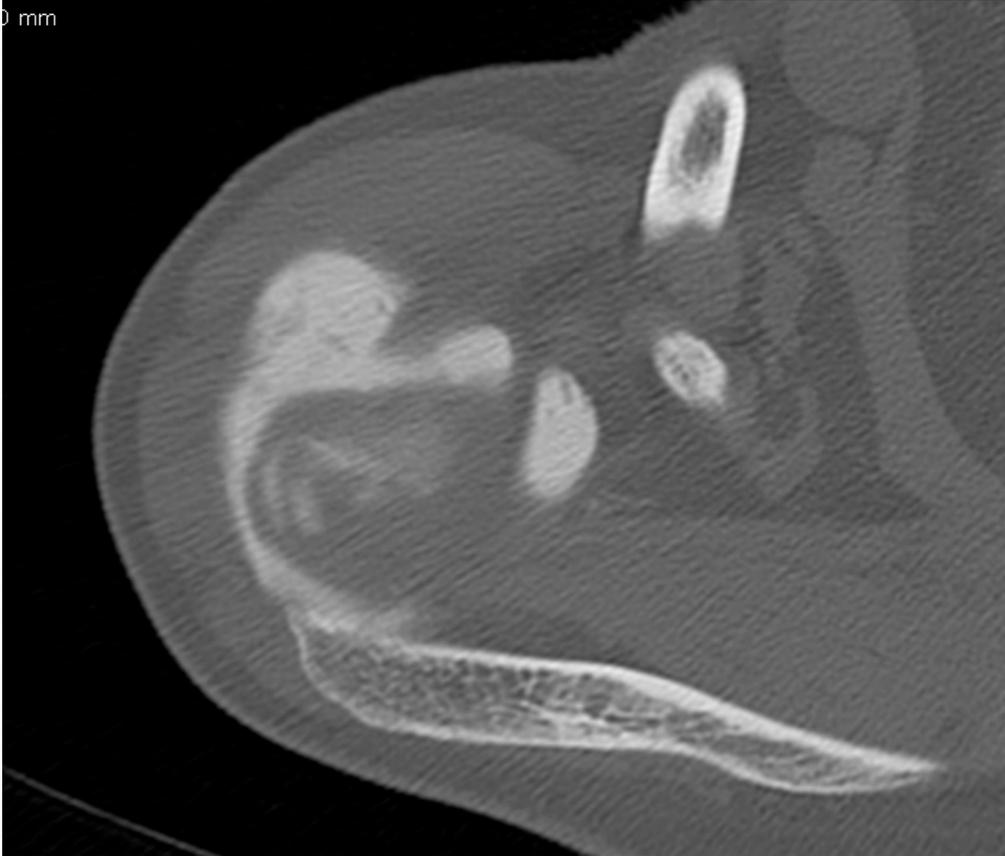


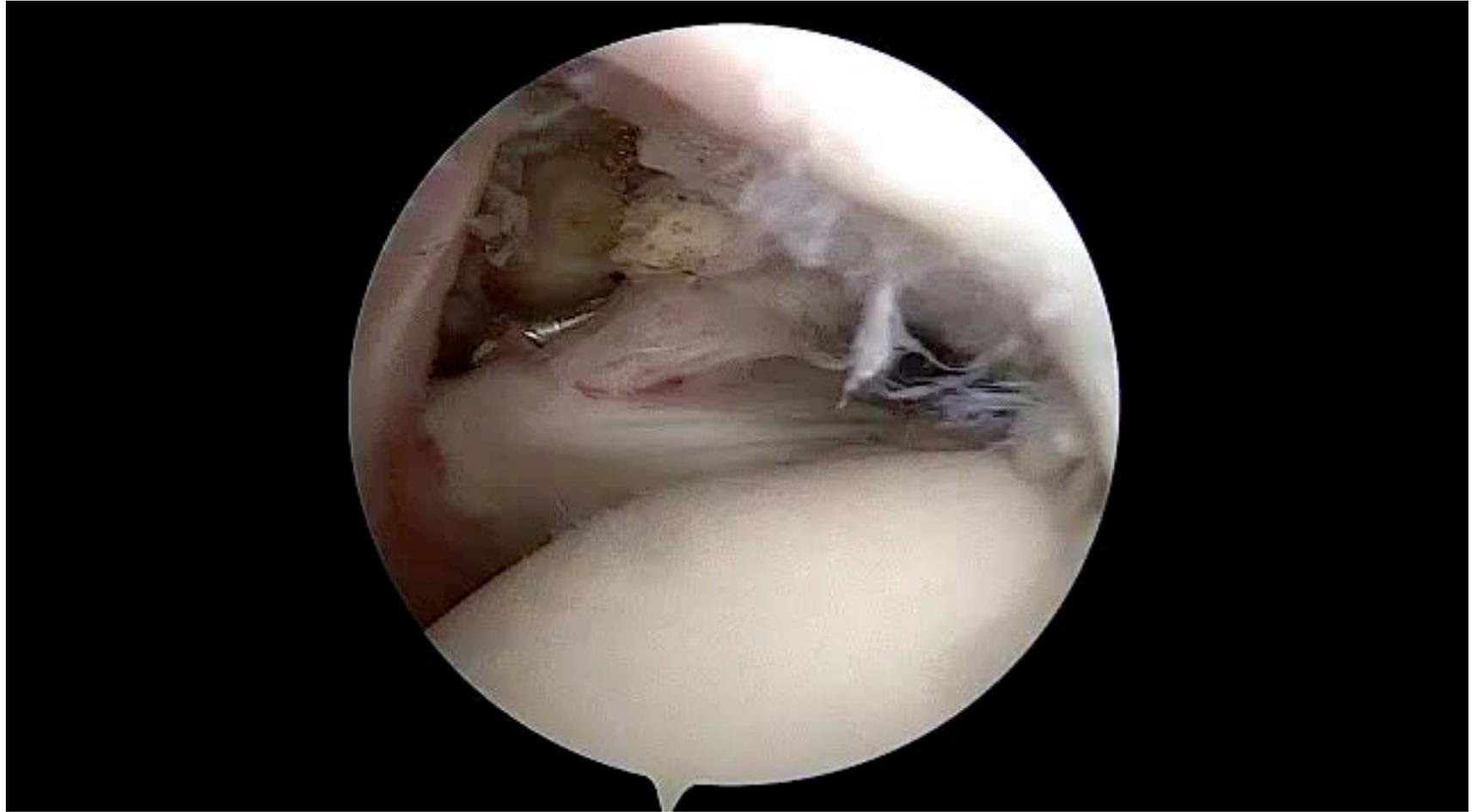


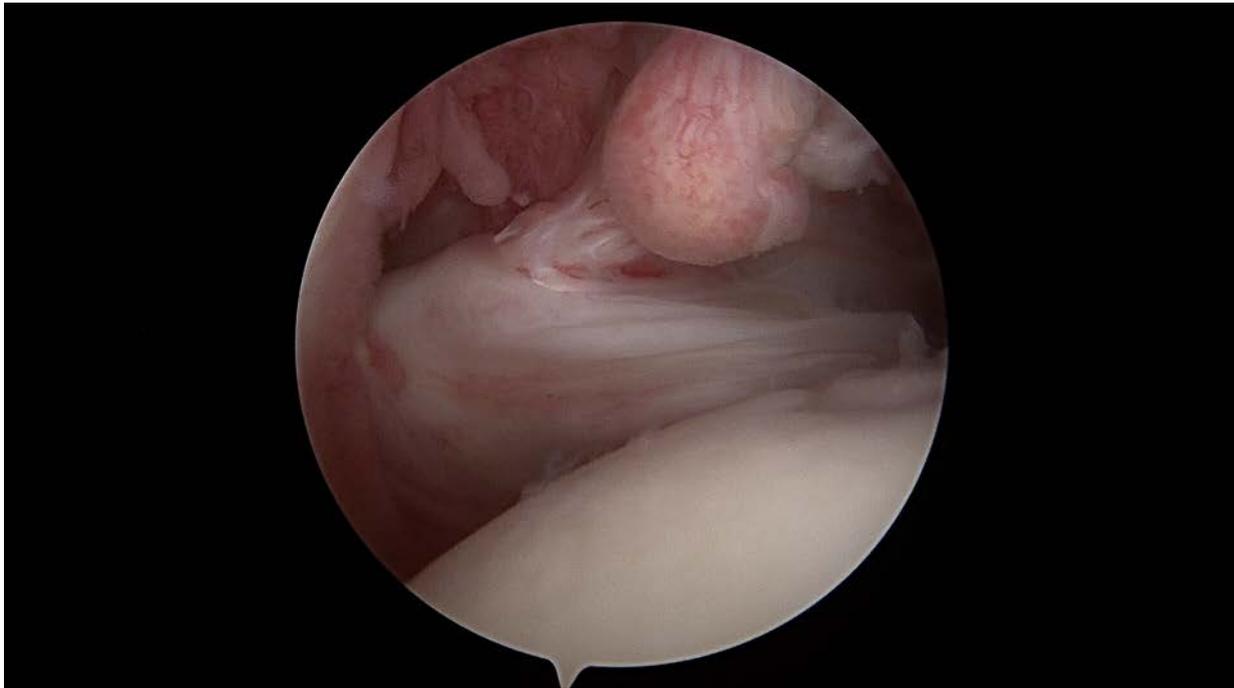
Cas clinique: Homme 61 ans

- Chute il y a 4 mois
 - SSV 40%
 - EVA 8/10 jour, 9/10 nuit
 - EA 170° passif, 85° actif
 - RE1 90° passif, 20° actif
 - Jobe +, Patte+, bellypress+

Homme 61 ans: chute datant de 4 mois







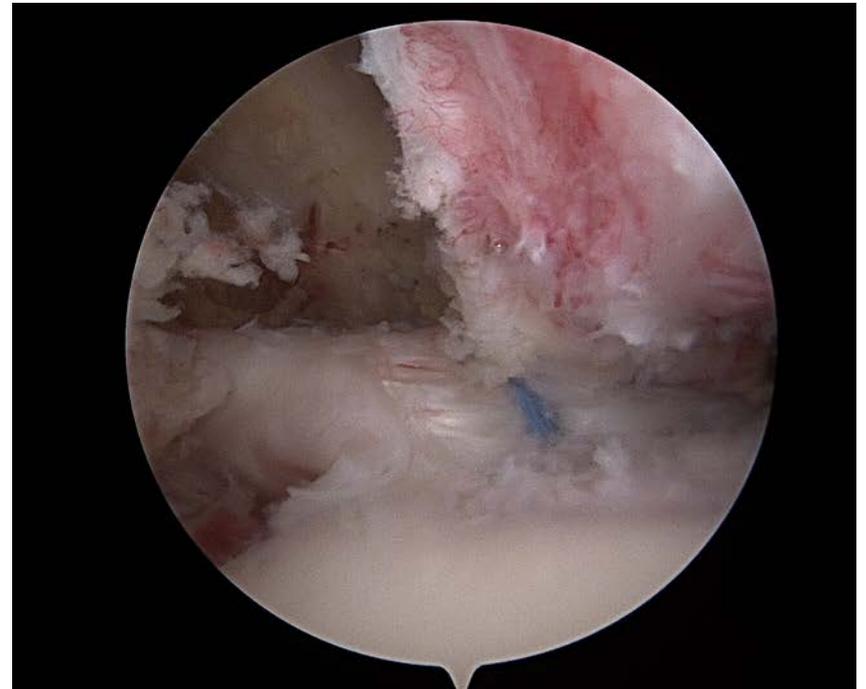
- Quelle est votre stratégie?



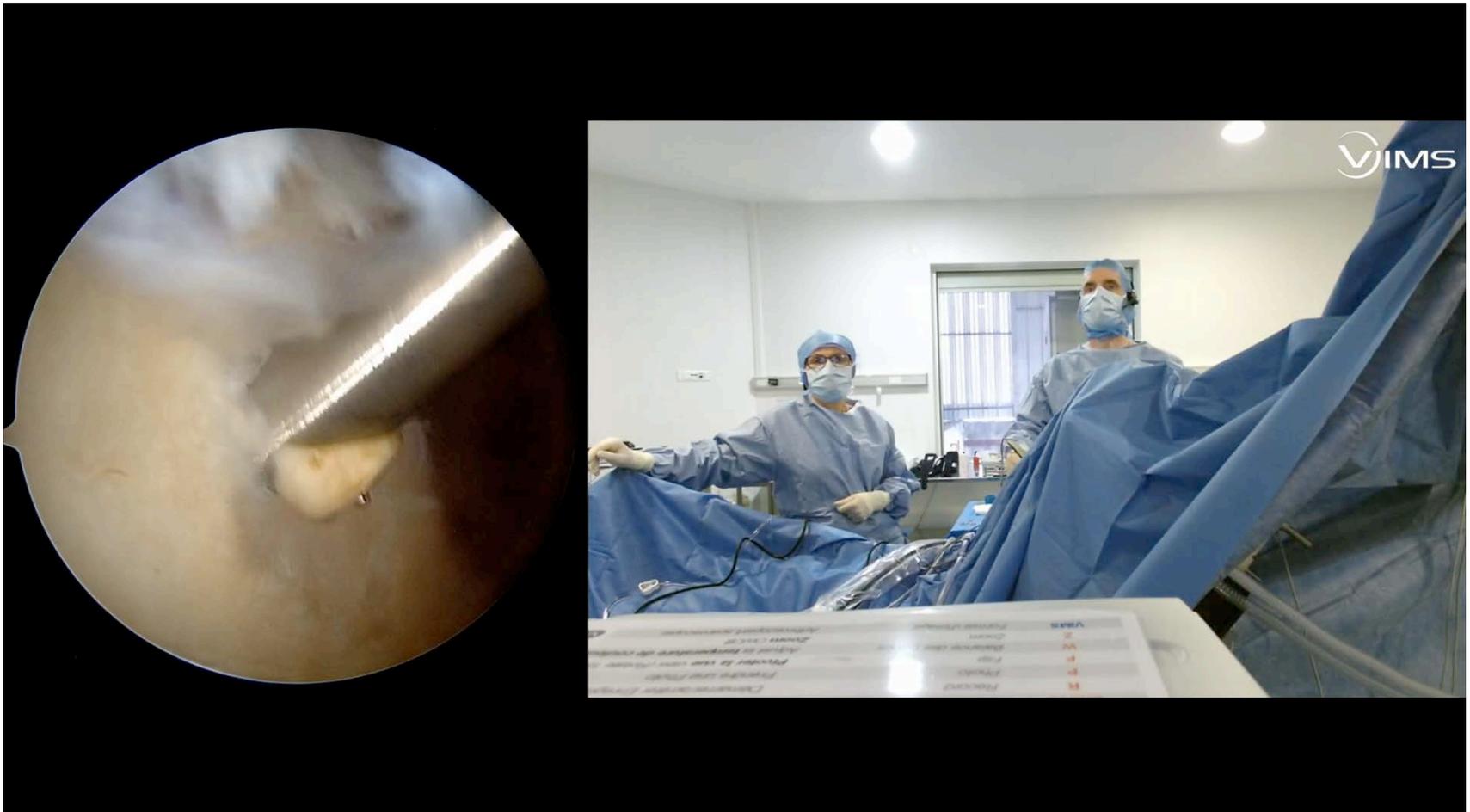




- Subscapulaire:
 - 1 ancre médiale
 - 1 ancre latérale (coma sign)
- Supra épineux:
 - Suture double rangée



Réparation stade IV (Dr Joudet)



Réparation stade IV (Dr Joudet)

