

## CAS CLINIQUE

# LA TENOTOMIE ARTHROSCOPIQUE DANS LES RUPTURES MASSIVES DE LA COIFFE DES ROTATEURS (A PROPOS DE 2 CAS)

A. Bensassi, R. El Ghadraoui, O. Moctar Nech Moctar, M. El Idrissi, A. El Ibrahimy, A. El Mrini

Service de Traumatologie-Orthopédie B CHU HASSAN II. Fès.

**Mots clés:** Ténotomie, arthroscopie, long biceps, coiffe des rotateurs.

### RESUME

La ténotomie arthroscopique du tendon du long biceps procure des bons résultats cliniques dans les ruptures de la coiffe des rotateurs avec un faible taux de complication et de ré-intervention. Les résultats à moyen terme de la ténotomie arthroscopique du chef long du biceps brachial sont satisfaisants au prix d'un geste techniquement simple aux conséquences fonctionnelles limitées. Le traitement arthroscopique des lésions du biceps a beaucoup évolué ces dernières années de la simple ténotomie vers la ténodèse. En dehors du risque esthétique, les douleurs antérieures sont rares et la force en supination est conservée.

### INTRODUCTION

Les lésions de la longue portion du biceps sont fréquemment associées aux ruptures massives de la coiffe des rotateurs, et responsables de douleurs et d'impotence fonctionnelle [1, 2, 3, 4, 5]. La ténotomie du long biceps est une option validée dans les ruptures irréparables de la coiffe des rotateurs, mais peut s'accompagner de séquelles esthétiques ou fonctionnelles [6, 7, 8].

### MATERIEL ET METHODES

Notre étude a porté sur l'étude clinique et le suivi clinico-radiologique de deux patients au sein de notre formation. Les objectifs de cette étude étaient de confirmer l'efficacité clinique de la résection intra articulaire du long biceps, d'étudier l'évolution radiographique des épaules, d'évaluer les séquelles esthétiques et fonctionnelles de la ténotomie du long biceps et de les comparer à celles de la ténodèse du long biceps.

### RESULTATS

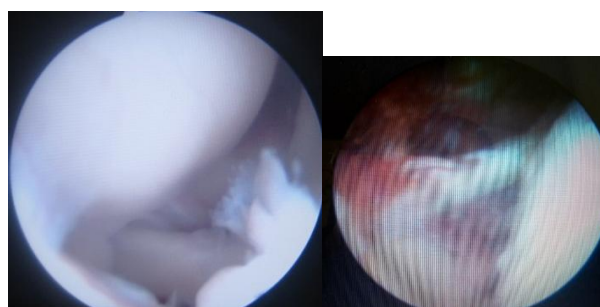
Nous rapportons les observations de deux hommes âgés de 79 et 70 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, qui présentent des douleurs chroniques de l'épaule ayant tendance à l'aggravation. L'examen clinique dans les deux cas trouve un Testing de la coiffe positif, une diminution des amplitudes articulaires, les signes de Popeye et Palm up test étaient négatifs. Nous avons utilisé le score de Constant pour évaluer nos résultats.

L'intervention chirurgicale était réalisée par voie arthroscopique en position Beach Chair et sous anesthésie générale. L'arthroscope était introduit par voie postérieure, l'exploration endo-articulaire confirmait dans les deux cas la rupture de la coiffe et son étendue. La ténotomie du chef long du biceps était réalisée à son insertion proximale du tubercule sus glénoïdienne associée à une acromioplastie décidée pour corriger la forme de l'acromion à la fraise motorisée. L'immobilisation postopératoire et la rééducation étaient systématiques.



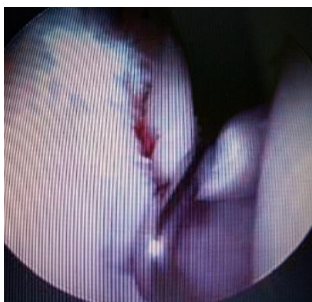
**Fig.1 :** Installation en position Beach Chair

**Fig.2 :** Repérage et préparation des voies d'abord arthroscopique



**Fig.3 :** Aspect arthroscopique d'une rupture massive de la coiffe

**Fig.4 :** image arthroscopique d'une rupture massive de la coiffe rétractée avec souffrance du long biceps



**Fig.5 :** ténatomie du long biceps

### DISCUSSION

Opération simple, rapide à réaliser sous arthroscopie, elle apporte de plus de très bons résultats et doit donc être une technique à maîtriser impérativement dans la chirurgie arthroscopique de l'épaule. En dehors du risque esthétique, les douleurs antérieures sont rares et la force en supination est conservée.

Classiquement, deux points d'entrée sont utilisés pour sa réalisation :

— Un postérieur (le *soft point*) : le point d'entrée dans l'articulation pour l'arthroscope.

— Le deuxième, antérieur, sera réalisé après avoir repéré grâce à une aiguille le meilleur point d'entrée pour la section proximale du biceps. Il se fait d'ailleurs souvent à l'aplomb de ce dernier. Un couteau arthroscopique ou un bistouri électrique sera alors introduit afin de réaliser la section du pied d'attache du biceps.

Il faut naturellement bien observer la disparition du biceps dans la gouttière. En l'absence de rétraction spontanée du biceps (biceps hypertrophique, en sablier) dans sa gouttière, une section bipolaire, c'est-à-dire à son insertion proximale et à son entrée dans sa gouttière devra impérativement être réalisée. La persistance d'un moignon tendineux intra-articulaire de biceps sera sinon responsable d'un échec de la ténatomie avec persistance de douleurs d'épaule et d'une perte de la mobilité passive (élévation antérieure). Une troisième voie d'abord peut dans ces conditions être utile afin de maintenir sous tension une des deux extrémités du biceps pendant que l'autre extrémité est sectionnée.

Les résultats sont équivalents en terme de score de Constant entre ténatomie et ténodèse. Cependant, la ténodèse semble diminuer l'incidence du signe de Popeye et permet une meilleure conservation de la force en flexion et en supination du coude. L'acromioplastie ne semble pas nécessaire si l'espace acromio-huméral est conservé en préopératoire, et semble délétère si cet espace est pincé. La présence d'un signe du clairon préopératoire ou d'un muscle petit rond atrophique ou absent, semble être une limite de l'indication d'une ténatomie ou d'une ténodèse isolée

### CONCLUSION

La ténatomie du chef long du biceps est un geste simple permettant l'obtention d'un effet antalgique rapide avec des conséquences fonctionnelles limitées à une perte de force en supination et au prix d'une hospitalisation courte.

### REFERENCES

1. MURTHI AM, VOSBURGH CL, NEVIASER TJ : the incidence of pathologic changes of the long head of the biceps of the biceps tendon. *J Shoulder Elbow Surg*, 2000, 9, 382-385.
2. WALCH G, NOVE-JOSSERAND L, BOILEAU P, LEVIGNE C : Subluxations and dislocations of the tendon of the long head of the biceps. *J Shoulder Elbow Surg*, 1998, 7, 100-108.
3. BOILEAU P, AHRENS PM : The Hourglass Biceps: another cause of shoulder pain. *J Shoulder Elbow Surg*, 2004, 13, 249-257.
4. SETHI N, WRIGHT R, YAMAGUSHI K : Disorders of the long head of the biceps tendon. *J Shoulder Elbow Surg*, 1999, 8, 644-654.
5. BERELMAN U, BAYLEY I : Tenodesis of the long head of the biceps brachii in the painful shoulder: improving results in the long term. *J Shoulder Elbow Surg*, 1995, 4, 429-435.
6. WALCH G, EDWARDS BE, BOULAHIA A, NOVE-JOSSERAND L, NEYTON L, SZABO I : Arthroscopic tenotomy of the long head of the biceps in the treatment of rotator cuff tears. Clinical and radiographic results of 307 cases. *J Shoulder Elbow Surg*, 2005, 14, 238-246.
7. MAYNOU C, MEHDI N, CASSAGNAUD X, AUDEBERT S, MESTDAGH H : Résultats cliniques de la ténatomie arthroscopique de la longue portion du biceps dans les ruptures massives de la coiffe des rotateurs non réparée : 40 cas. *Rev Chir Orthop*, 2005, 91, 300-306.
8. BOILEAU P, BAQUE F, VALERIO L, AHRENS P, CHUINARD C, TROJANI C : Isolated arthroscopic biceps tenotomy or tenodesis improves symptoms in patients with massive irreparable rotator cuff tears. *J Bone Joint Surg*, 2007, 89, 747-757.