



Traitement des lésions de la coiffe des rotateurs de l'épaule de petite et de taille moyenne : réparation chirurgicale ou traitement de rééducation ?

Référence

Moosmayer S, Lund G, Seljom US, et al. At a 10-year follow-up, tendon repair is superior to physiotherapy in the treatment of small and medium-sized rotator cuff tears. J Bone Joint Surg Am 2019;101:1050-60. DOI: 10.2106/JBJS.18.01373

Analyse de

Jean-Jacques Rombouts, professeur émérite, Chirurgie Orthopédique, UCL

Minerva a déjà abordé le problème de la prise en charge de la rupture de la coiffe des rotateurs. En 2015, nous avons conclu que, à 5 ans, (1), l'étude de Moosmayer (2), pragmatique, randomisée, contrôlée, montrait que la réparation chirurgicale immédiate du tendon n'apportait pas d'avantage cliniquement pertinent au niveau de la douleur et des capacités fonctionnelles versus un programme approfondi de kinésithérapie, chez les adultes atteints d'une rupture transfixiante de la coiffe des rotateurs d'importance petite à moyenne. Nous avons également relevé que dans le groupe kinésithérapie, chez 37% des personnes qui n'avaient pas été opérées, la déchirure paraissait s'agrandir de manière importante (> 5 mm) et, que simultanément, les plaintes augmentaient. 12/51 patients du groupe kinésithérapie avaient quand même subi dans les 2 ans une réparation chirurgicale du tendon. Il semblait donc indiqué d'effectuer tout de suite une opération chez les patients d'un certain sous-groupe mais que cette étude ne nous permettait toutefois pas de définir ce sous-groupe.

Les auteurs ont poursuivi l'évaluation des résultats à 10 ans qu'ils ont publiée récemment et dont l'analyse est proposée ici. Pour rappel, ils avaient publié leurs premiers résultats à 1 an (3) et à 5 ans (2). L'article analysé ici (4) est donc l'aboutissement de la très longue observation (10 ans) d'une cohorte de 103 patients dont 91 ont pu être revus au terme de l'étude.

La question concerne le traitement des déchirures de la coiffe des rotateurs, démontrées à l'échographie et à l'IRM, ne dépassant pas 3 cm. Les patients ont été répartis au hasard entre un traitement conservateur par rééducation et un traitement par réparation chirurgicale de la lésion. Le traitement conservateur a consisté en une prise en charge par des kinésithérapeutes spécialisés à raison de 2 séances de 40 minutes par semaine pendant 12 semaines avec ensuite un traitement d'entretien pendant 6 à 12 semaines. Le traitement chirurgical a comporté une évaluation arthroscopique suivie d'une réparation à ciel ouvert par une incision économique (open / mini-open). Une acromioplastie antérieure a été pratiquée et le tendon a été réinséré par des points trans-osseux. Ils y associent une ténodèse du long biceps si nécessaire. En postopératoire, le patient porte une écharpe et entreprend une rééducation passive au début puis active avec renforcement musculaire après 12 semaines.

Le critère de jugement primaire était la mesure du score de Constant (score d'évaluation fonctionnelle de l'épaule). La taille d'échantillon nécessaire a été atteinte pour pouvoir montrer une différence de 12 points sur le score de Constant, différence jugée cliniquement pertinente (5). Les critères de jugement secondaires étaient la mesure du score de l'American Shoulder and Elbow Surgeons et un questionnaire évaluant le degré de satisfaction du patient sur une échelle visuelle analogique (EVA). Les auteurs comparent leurs résultats à 1 an, à 5 ans et à 10 ans. Les résultats concernent 93 patients sur les 103 initialement inclus. Les résultats sont analysés en intention de traiter.

Après 10 ans, les résultats étaient meilleurs pour la réparation tendineuse primaire, de 9,6 points sur le score de Constant ($p = 0,002$), de 15,7 points sur le score américain de l'épaule et du coude ($p < 0,001$), de 1,8 cm sur l'échelle analogique visuelle (10 cm maximum) pour la douleur ($p < 0,001$), de $19,6^\circ$ pour l'abduction sans douleur ($p = 0,007$) et de $14,3^\circ$ pour la flexion sans douleur ($p = 0,01$). Quatorze patients étaient passés de la physiothérapie à la chirurgie secondaire et avaient un résultat sur le score de Constant inférieur de 10,0 points à celui du groupe de réparation tendineuse primaire ($p = 0,03$). Le calcul du NNT a montré que 3,5 patients (avec IC à 95% de 2,1 à 10,7 patients) devraient être traités par réparation tendineuse plutôt que par physiothérapie pour observer un résultat bon à excellent au score de Constant. À noter cependant qu'il n'y a pas de mise en évidence significative en ce qui concerne la qualité de vie. Les auteurs insistent sur le fait que la différence de résultat entre les deux groupes, faible à 1 an et 5 ans, s'est accentuée en faveur du traitement chirurgical à plus long terme. Ils estiment que c'est un élément important à prendre en considération lors de la décision du choix thérapeutique initial, en particulier chez les sujets jeunes.

Que disent les autres études ?

La littérature sur la prise en charge des ruptures de la coiffe des rotateurs est très abondante et contrastée. Plusieurs études dont deux parues en 2016 concluent qu'il n'y a pas de différence d'évolution entre les patients opérés et non opérés (6) et recommandent donc le traitement conservateur (7). D'autres études, comme celle de Lambers Heerspink et al., montrent un bénéfice pour la chirurgie en ce qui concerne les douleurs et la fonction, mais ce bénéfice clinique est modeste (8). Une méta-analyse récente du Royal College of the Surgeons du Royaume-Uni (9) apporte quelques nuances à prendre en considération lors de la décision clinique. Les auteurs concluent en effet qu'"il n'y a pas de doute qu'une approche non chirurgicale a sa place dans la prise en charge des lésions dégénératives de la coiffe des rotateurs : cela concerne principalement les patients qui présentent un risque chirurgical majoré et ceux qui présentent des lésions irréparables de la coiffe. Il s'avère cependant que la réparation chirurgicale peut donner un bénéfice significatif sur la douleur, la mobilité et la qualité de vie."

De plus, les ruptures aiguës de la coiffe d'origine traumatique doivent être considérées séparément car une réparation précoce se justifie (10).

Que disent les guides de pratique clinique ?

Pour la pratique, le guide de bonne pratique Duodecim dans son édition de 2009 (5) recommandait dans un premier temps un traitement conservateur en cas de rupture de la coiffe des rotateurs, une large déchirure à l'examen clinique devant rapidement orienter vers le traitement chirurgical. En 2019, le guide de pratique Duodecim (11) précise que si on soupçonne une rupture diffuse, le diagnostic doit être vérifié par échographie ou IRM avant l'opération. En cas de douleur, de diminution de la capacité de mouvement et de faiblesse entraînant une invalidité marquée persistante après 1-2 mois de traitement conservateur, il faut envisager l'opération, un délai de 6 mois donnant de moins bons résultats. L'opération chirurgicale aboutit au résultat d'une articulation de l'épaule complètement guérie, non douloureuse et dont la force n'est pas diminuée chez un nombre limité de patients. La place de la chirurgie est explicitée selon les âges et les situations cliniques.

Conclusion

Cette étude pragmatique randomisée contrôlée, montre, à 10 ans, un bénéfice modéré mais statistiquement significatif de la chirurgie sur la fonction et la douleur chez des patients présentant une lésion dégénérative ne dépassant pas 3 cm de la coiffe des rotateurs. Le choix entre un traitement conservateur et une réparation chirurgicale n'est pas déterminé formellement par les faits probants, que ce soit par les RCTs ou par les méta-analyses, mais fait préférer la réparation chirurgicale chez les patients jeunes en particulier. Il reste une part importante pour le jugement clinique du chirurgien.

Références

1. De Schutter F. Rupture de la coiffe des rotateurs : réparation chirurgicale ou kinésithérapie ? *MinervaF* 2015;14(6):70-1.
2. Moosmayer S, Lund G, Seljom US, et al. Tendon repair compared with physiotherapy in the treatment of rotator cuff tears: a randomized controlled study in 103 cases with a five-year follow-up. *J Bone Joint Surg Am* 2014;96:1504-14. DOI: 10.2106/JBJS.M.01393
3. Moosmayer S, Lund G, Seljom U, et al. Comparison between surgery and physiotherapy in the treatment of small and medium-sized tears of the rotator cuff: a randomised controlled study of 103 patients with one-year follow-up. *J Bone Joint Surg Br* 2010;92:83-91. DOI: 10.1302/0301-620X.92B1.22609
4. Moosmayer S, Lund G, Seljom US, et al. At a 10-year follow-up, tendon repair is superior to physiotherapy in the treatment of small and medium-sized rotator cuff tears. *J Bone Joint Surg Am* 2019;101:1050-60. DOI: 10.2106/JBJS.18.01373
5. Pathologie de la coiffe des rotateurs de l'épaule. Duodecim Medical Publications. Dernière mise à jour: 14/02/2009.
6. Chalmers PN, Ross H, Granger E, et al. The effect of rotator cuff repair on natural history: a systematic review of intermediate to long-term outcomes. *JBJS Open Access* 2018;3:e0043. DOI: 10.2106/JBJS.OA.17.00043
7. Itoi E. Surgical repair did not improve functional outcomes more than conservative treatment for degenerative rotator cuff tears. *J Bone Joint Surg Am* 2016;98:314. DOI: 10.2106/JBJS.15.01240
8. Lambers Heerspink FO, van Raay JJ, Koorevaar RC, et al. Comparing surgical repair with conservative treatment for degenerative rotator cuff tears: a randomized controlled trial. *J Shoulder Elbow Surg* 2015;24:1274-81. DOI: 10.1016/j.jse.2015.05.040
9. Narvani AA, Imam MA, A Godenèche A, et al. Degenerative rotator cuff tear, repair or not repair? A review of current evidence. *Ann R Coll Surg Engl* 2020;102:248-55. DOI: 10.1308/rcsann.2019.0173
10. Craig R, Holt T, Rees JL. Acute rotator cuff tears. *BMJ* 2017;359:j5366. DOI: 10.1136/bmj.j5366
11. Pathologie de la coiffe des rotateurs de l'épaule. Duodecim Medical Publications. Dernière mise à jour: 29/06/2017. Dernière révision contextuelle: 17/03/2019.