

Enseignement de Formation Continue

Séance du vendredi 15 octobre 2010

*« Pathologies de l'épaule –
de la plainte au traitement »*

Docteur Serge MESSENS

Chirurgien-Orthopédiste
au Centre Hospitalier du Bois de l'Abbaye de Seraing

DOULEURS EPAULE : DEMARCHE DIAGNOSTIQUE

JEUNE < 30 ans

TRAUMATIQUE

- (sub) luxation épaule
- entorse – luxation A.C.
- fractures : clavicule, trochiter (?)
humérus (complexes ?)
- ruptures coiffe (rarissimes)

NON TRAUMATIQUE

- CONFLITS : - sous-acromial
- acromio-claviculaire
- gléno-huméral
(sports) armer
- Pathologies rares : tumeurs...

- lésions neurologiques,

30 -> 55 ans

TRAUMATIQUE

Cf. < 30 ans mais :

- ruptures de coiffe ↑↑
- fractures tête humérale ↑↑
- luxations ↓

NON TRAUMATIQUE

- tendinopathies calcifiantes
- capsulite +++
- pathologies conflit ↓
 - sous-acromial
 - A.C. (arthropathies)

> 55 ans

TRAUMATIQUE

- fractures proximales humérus
- ruptures de coiffe +++ (dégénératif)

NON TRAUMATIQUE

- conflit sous-acromial associé à lésions
dégénératives coiffe (conflits secondaires)
- rupture coiffe +++
- omarthrose : - centrée
- excentrée

PATHOLOGIES LES PLUS FREQUENTES

Trois populations :

40 – 50 ans

Non traumatique :

- Tendinopathie calcifiante
- Capsulite

Traumatique :

Rupture de coiffe

> 65 ans

Non traumatique :

- Rupture de coiffe (50%)
- Omarthrose

Traumatique :

- Fractures
- Extension rupture coiffe

< 30 ANS

Non traumatique :

- Conflits Sous-acromial (LAC) et A-C

Traumatique :

- entorse A-C
- (sub)luxation gléno-humérale
- Fractures : trochiter,...

DIAGNOSTICS LES PLUS DIFFICILES

- L'imagerie est négative : elle ne donne pas le diagnostic.
- Epaule douloureuse chez les jeunes < 30 ans :
 - Pathologie de "frictions" (conflits) 3 étages articulaires
 - Etage sous-acromial, acromio-claviculaire, gléno-huméral
 - Contexte sportif ++
 - Nécessité de réaliser des tests anesthésiants (Xylocaïne, Chirocaïne).
 - Entorse acromio-claviculaire (post-traumatique).
 - Capsulite.

REFLEXES ANAMNESTIQUES

TYPE DE DOULEUR

- Douleur inflammatoire : nocturne, permanente
Pathol . Coiffe, Capsulite
- Douleur inflammatoire et mécanique : mouvement
Conflits
- Douleur mécanique : Instabilité

Localisation Douleur

- Cervico-brachialgies : Acromio-claviculaire
- Douleur supérieure : A-C
- Douleur Postérieure : Neurologique, Myalgies périscapulaires, probl. Scapula
- Douleur Deltoïde : Pathol. Coiffe

Suite à une chute :

a) douleurs violentes immédiates avec impotence fonctionnelle +++

- Jeune : luxation gléno-humérale
luxation acromio-claviculaire
fracture (trochiter)

- > 50 ans : - rupture de coiffe +++ (antécédents de douleur)
- fractures

b) douleurs différées (lendemain ?) avec impotence +++

- lésions de coiffe : - tendinopathie calcifiante (40 à 50 ans)
- petites ruptures sur coiffe dégénérative (+ âgés)

c) douleurs tardives (2 à 4 semaines) : - capsulite post-traumatique

Reflexes Imagerie

Face à toute épaule douloureuse :

**Face 3 rotations + incidence acromio-claviculaire
Profil de Lamy (incidence acromiale)
Les Rx sont plus riches en information que l'échographie.**

- **Echographie** : souvent inutile : erreur diagnostique +++
Nombreux faux + (tendinite, rupture partielle,...)

- **Arthroscanner** : complète le bilan radio face à des douleurs persistantes durant quelques semaines après décompensation brutale (post-traumatique,...) avec un bilan radio négatif.

- Pathologies tendineuses
- Pathologies ligamentaires
- Attention : nombreux faux positifs concernant les lésions de bourrelet (OK si luxation d'épaule)

- **IRM -> Arthro-IRM ?**

LES REFLEXES CLINIQUES

- Toujours palper l'acromio-claviculaire (comparatif) : entorse, arthropathie, trouble morphologique,....

- Toujours exclure d'emblée la présence d'une capsulite rétractile en testant la rotation externe passive coude au corps.

- Raideur :

- capsulite (chez les jeunes)
- omarthrose (+ âgés)

- INTERÊT KINESITHERAPEU^{TE}

- Commencer par testings indolores (coude au corps)

- rotation externe passive
- rotation externe contrariée : sous-épineux
- testing sous-scapulaire

- Ne garder qu'un seul test de conflit : YOCUM

- inflammation sous-acromiale : calcification
conflit
rupture de coiffe...

- Les testings d'épaule sont - des tests "fins" à réaliser en douceur.
- toujours comparatifs

- RYTHME SCAPULAIRE (DYSKINESIE) EN ELEVATION ANT.

CERTAINS DIAGNOSTICS

- Calcifications :

- y penser : 40 à 60 ans :
 - antécédent de douleur inflammatoire
 - + crises hyperalgiques : épaule pseudo-paralytique
 - augmentation des douleurs différées après surmenage ou traumatisme anodin

- Rx : face 3 rotations + profil de Lamy

- Clinique : test spécifique : Yocum ++, sensibilité manœuvre de Jobe : sus-épineux.

- Capsulite

- y penser :
 - 40 – 60 ans femmes > hommes
 - douleurs inflammatoires nocturnes +++
 - contexte traumatique, hormonal (diabète, ménopause,...)
 - anxiété, contexte dépressif,...
- Rx très souvent négative
- Clinique : test spécifique : douleur en rotation externe passive coude au corps + raideur.

- Entorse acromio-claviculaire

- y penser :
 - < 40 ans
 - après traumatisme, douleur supérieure -> cervicale, bien localisée par le patient
 - antécédents négatifs
 - imagerie négative
- Clinique : test spécifique : palpation +++ adduction croisée ++ Yocum -

- Ruptures de coiffe

Bien distinguer < 50 ans : traumatiques pures : diagnostic plus facile
> 55 ans : dégénératives + traumatiques

< 50 ans : y penser si :

- traumatisme avec impotence +++ immédiate
- Rx négative
- test clinique spécifique : sus-épineux, sous-épineux, sous-scapulaire
- exclure une entorse acromio-claviculaire (palpation)
- arthroscanner si douleurs persistent au-delà de 3-4 semaines
- lésion habituelle sus-épineux isolé ou sous-scapulaire isolé + ou - LPB

au-delà de 55 ans : y penser si :

- traumatisme : cf. inférieur à 50 ans + antécédents douloureux chroniques.

- non traumatiques : épaule douloureuse chronique avec augmentation brutale suite à une surcharge ou à un mouvement brusque contrarié.

- test clinique spécifique : 4 tendons + Yocum.

- toujours s'assurer que l'épaule est parfaitement **souple**

- une faiblesse au niveau du sous-épineux traduit souvent le caractère ancien de la lésion.

- Rx : "remaniements" de l'espace sous-acromial (bec ++, géode du trochiter, pincement)

- Arthroscanner +++ : topographie exacte des lésions :
 - soit sus-épineux isolé traumatisme + ou - LPB
 - soit sous-scapulaire isolé
 - sus + sous-épineux : dégénératif + ou - traumatisme
- Analyse parfaite de la trophicité musculaire et tendineuse.

PATHOLOGIES DE CONFLIT

Y penser si individu jeune (parfois très jeune) avec épaule douloureuse d'apparition progressive sans notion traumatique + ou – associée à un contexte sportif.

- douleur à caractère mécanique : analyser le mouvement douloureux.
 - test clinique spécifique difficile à interpréter
 - test anesthésiant (Chirocaine)
 - imagerie négative
- > nécessite un avis spécialisé.
- conflit sous-acromial : pathologie du LAC (ligament acromio-coracoïdien)
 - conflit acromio-claviculaire : membrane d'interposition, anomalie d'orientation, arthropathie
 - conflit glénoïdien postéro-supérieur : sports d'armes exclusivement
 - conflit glénoïdien antéro-supérieur : sports ++, professionnels ++

LUXATIONS

- Le patient vous donne la plupart du temps le diagnostic à l'interrogatoire : sensation de déboîtement (subluxation ou véritable luxation).
- 95% des luxations sont antérieures, unidirectionnelles.
- s'assurer qu'il s'agit d'un premier épisode ou d'une luxation récidivante
- les formes postérieures sont rares :
 - volontaire < 14 ans
 - traumatique : rarissime
- l'examen de choix est l'arthroscanner :
 - analyse parfaite du bourrelet
 - attention, nombreux faux + (40% variation anatomique physiologique)
 - n'acheter une lésion de bourrelet que dans un véritable contexte de luxation ou subluxation d'épaule.
 - inutile de se compliquer la vie avec des épaules pseudo-instables, hyperlaxes,...c'est un faux problème.

REFLEXES THERAPEUTIQUES

A. GENERALITES

- Les fractures :

- prise en charge urgente
- toujours un avis spécialisé
- très souvent complexes
- conséquences fonctionnelles parfois catastrophiques
- souvent mal gérées : prise en charge chirurgicale difficile
- ne jamais négliger une fracture d'épaule même apparemment simple et banale.

- Les attelles :

- la plupart du temps uniquement à titre antalgique (excepté pour les fractures)
- le moins longtemps possible
- elles sont très enraidissantes
- à combiner le plus tôt possible avec un programme de rééducation spécifique.

- Les infiltrations :

- ne seront proposées qu'après un diagnostic précis (on n'infiltré pas une douleur)
- ne sont efficaces que si faites au bon endroit (difficulté du geste technique)

- ~~deux~~ principales indications :

TROIS - la tendinite calcifiée

- la capsulite (à infiltrer chez le Radiologue sous contrôle scopique en gléno-huméral)

- la bursite sous-acromiale : infiltration à l'étage sous-acromial : *sur coiffe*
dégenerative :

- La rééducation :

- occupe une grande place dans la prise en charge médicale des épaules douloureuses
- cette rééducation sera d'autant plus efficace que nous aurons un diagnostic précis avec un protocole précis, auprès d'un kiné compétent
- rappel : la plupart des pathologies ne bénéficient que de 18 séances

- La chirurgie :

- ces dernières années, nous avons fait d'énormes progrès dans la prise en charge chirurgicale des épaules douloureuses
- en posant mieux nos indications (meilleure sélection des cas) et
- en apportant d'énormes progrès techniques (chirurgie arthroscopique non invasive)

LE CONFLIT SOUS ACROMIAL

I. GENERALITES

Toute épaule douloureuse n'est pas nécessairement un conflit sous acromial.

- Il s'agit d'un diagnostic d'exclusion, à poser seulement après avoir éliminé d'autres pathologies (cf. diagnostic différentiel).
- Laisser tomber le terme « périarthrite » scapulo-humérale, ... terme trop général, ne correspondent à aucune pathologie spécifique de l'épaule, ... (périarthrite = douleur !) ce terme n'est pas utile dans la démarche diagnostique.
- Le conflit sous acromial peut survenir à tout âge mais augmente avec le vieillissement tendineux (conflit secondaire sur coiffe dégénérative).
- Nécessite souvent un test d'anesthésiant (xylocaïne ou chirocaïne) dans l'espace sous acromial, entraînant une normalisation des tests cliniques pour affirmer avec certitude le diagnostic de conflit sous acromial.

II. CLASSIFICATION GENERALE DES CONFLITS

a) Conflits extra articulaires (external impingement) :

- Conflit sous acromial : contact entre la coiffe des rotateurs (sus épineux principalement) et la voûte acromiale.
- Conflit sous coracoïdien : contact entre l'apophyse coracoïde et la tête de l'humérus : contexte particulier souvent lié à la rupture du sous scapulaire.

b) Conflits intra articulaires (internal impingement) : conflits dans un contexte sportif, principalement dans les sports d'armé.

- Conflit glénoïdien postéro supérieur (Walch, Boileau et Jobe) : contact entre la face profonde du sus épineux et la partie postéro supérieure du bourrelet glénoïdien.
- Conflit glénoïdien antéro supérieur (Gerber) : en position de flexion, add et rot interne (fin du mouvement et la partie interne du bourrelet).

III. ETIOPATHOGENIE

Il est important de bien distinguer le conflit primitif du conflit secondaire à une autre pathologie.

Conflit primitif :

- Une voûte acromiale trop agressive (anomalie constitutionnelle) est responsable du conflit par irritation de la bourse et de la partie superficielle de la coiffe (sus épineux, intervalle des rotateurs).
- LAC : patient jeune inférieur à 30 ans.
- Acromion type III (bigliani) supérieur à 40 ans.

Conflit secondaire :

- Le conflit apparaît secondairement à une autre pathologie de l'épaule.

- Toutes pathologies pouvant modifier la fonction de l'épaule et les rapports anatomiques au sein de l'étage sous acromial, peuvent entraîner un conflit secondairement.

a) coiffe dégénérative (avec ou sans rupture) :

Adaptation de voûte acromiale à l'ascension de la tête humérale : perte du rôle coapteur de la coiffe des rotateurs.

- Enthésophyte (ossification du LAC).
- Rupture de coiffe ?

b) dyskinésie d'omoplate :

Trouble de la position et de la mobilisation de l'omoplate lors du mouvement scapulo huméral ; ce qui entraîne un changement de la position de l'acromion (intégrer toutes les causes de dyskinésie).

c) raideur capsulaire :

La raideur est souvent postérieure ; ce qui entraîne une ascension de la tête humérale, une subluxation antérieure, et souvent une dyskinésie d'omoplate.

d) l'instabilité postérieure (souvent les formes volontaires) :

Probablement liée à un problème de dyskinésie d'omoplate responsable du conflit secondaire (cf. : b).

e) faiblesse, perte de force (?) :

Provient d'un non usage, peut-être les formes post traumatiques (assez rare) ; traumatisme pouvant entraîner une immobilisation, de la raideur, une dyskinésie, une faiblesse responsable secondairement d'un conflit sous acromial.

f) causes plus rares :

- Neurologique (paralysie du grand dentelé, ...)
- Problème de morphotype : cyphose dorsale, ...

EN RESUME

Les conflits secondaires peuvent apparaître dans de nombreux contextes pathologiques différents :

- il faut toujours rechercher la ou les causes du conflit, ... afin de le traiter correctement (pour moi, travail essentiel en kinésithérapie).
- Patient âgé : coiffe dégénérative.
- Patient jeune : causes multiples (dyskinésie, raideur capsulaire, instabilité postérieure, post traumatique, ...).

IV. CLINIQUE

- On peut affirmer que ce conflit survient (presque) toujours du côté **dominant**.
- Apparition progressive de la symptomatologie douloureuse selon un schéma tendineux classique (Blazina) : douleur après l'effort, à l'effort, ensuite douleur nocturne.
- Quelques rares formes post traumatiques mais être prudent à l'interprétation du conflit dans ce contexte (faiblesse, raideur, dyskinésie, ...)

Tests cliniques :

3 buts essentiels :

1. retrouver une souffrance sous acromiale ; Test de Yucum + test de xylocaïne.
2. retrouver la cause du conflit : pour cela, il est important de réaliser un examen clinique systématique de l'épaule, l'examen doit être le plus complet possible.
3. éliminer les diagnostics différentiels : ne pas oublier que le conflit sous acromial est un diagnostic d'exclusion.

Imagerie :

Bilan radio standard, Rx face trois rotations + profil de Lamy (+ test de xylocaïne).

- Analyser la forme acromiale.
- Analyser la présence de calcifications (diagnostic différentiel).

Diagnostic différentiel :

- Tendinopathie calcifiante : le diagnostic est fait à la radiographie, impossible à faire cliniquement.
- Les capsulites débutantes : douleur inflammatoire importante, nocturne avec à l'examen clinique un étirement capsulaire qui est électivement douloureux, bien rechercher cette sensibilité capsulaire.
- La pathologie acromio claviculaire : pour moi, le diagnostic différentiel qui est le plus difficile à réaliser, douleur prédominant plutôt dans la région supérieure, le patient localise très bien avec son index son niveau de douleur, cette douleur augmente à l'adduction croisée alors qu'on a un testing de Yucum moins douloureux.
- Test de xylocaïne indispensable pour affirmer cette souffrance acromio claviculaire.
- Les conflits gléno-huméraux postérieurs ou antérieurs : ne surviennent qu'exclusivement chez les sportifs d'armé.

Traitement :

1. Médical : je me réfère à votre protocole.
2. Chirurgical : ne sera proposé qu'après échec du traitement médical et après avoir éliminé et traité toute les formes secondaires.

La chirurgie est réservée d'une manière générale au :

- Conflit secondaire à une coiffe dégénérative au sein d'une population âgée.
- Conflit primitif (acromion type III ou pathologie du ligament acromio coracoïdien).

Le geste chirurgical est simple, il consiste à réaliser une bursectomie, une résection du ligament acromio coracoïdien et une acromio plastie dans le cas d'une forme acromiale agressive.

MERCI ... à tous.

Ne pas oublier de bien remplir vos fiches : ce sera la seule façon d'objectiver la qualité de notre travail.