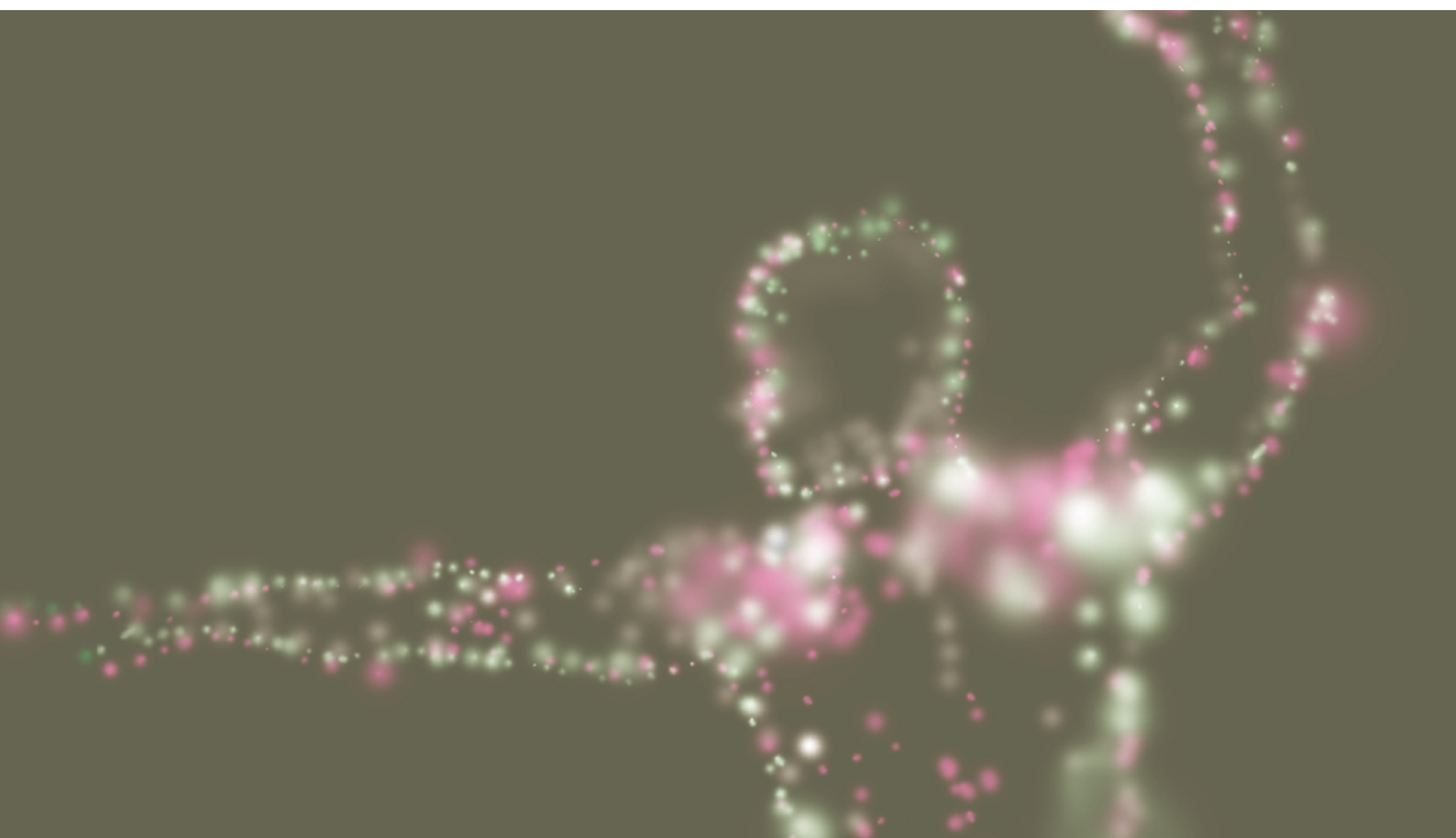


Douleurs de l'épaule

A bon diagnostic,
traitement efficace



**Ligue suisse
contre le rhumatisme**

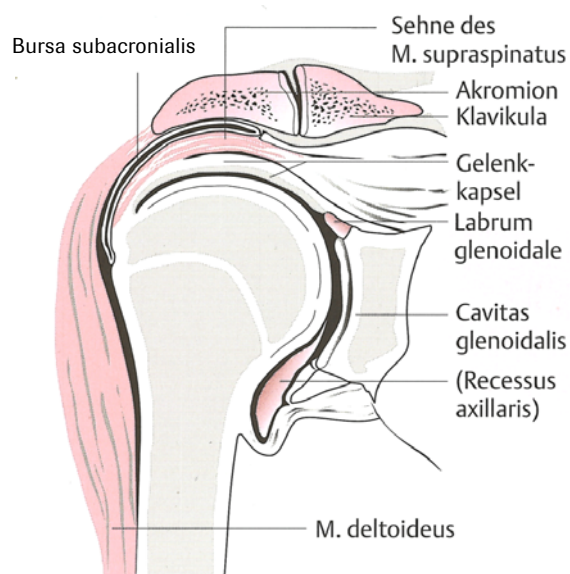
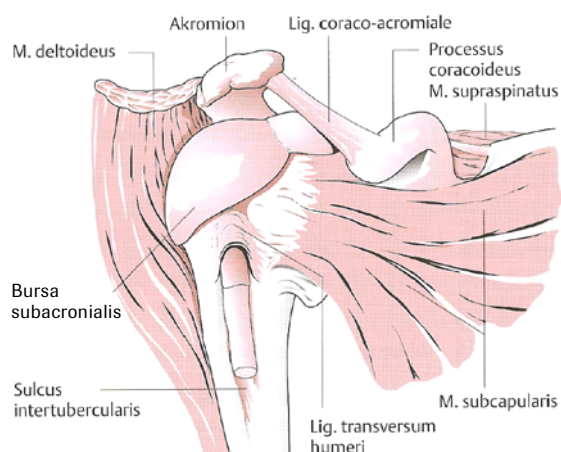
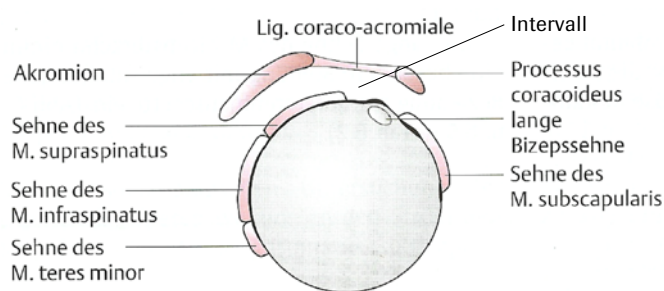
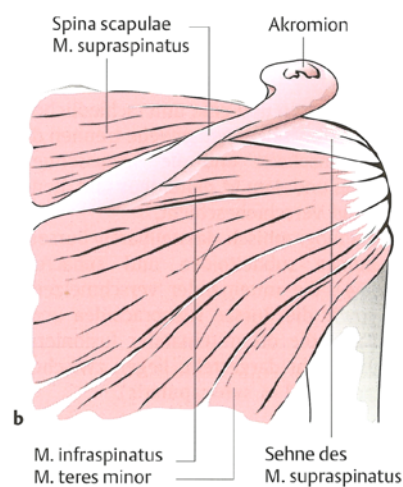
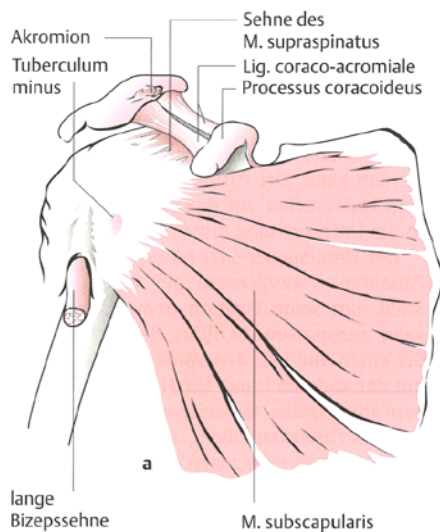
Notre action – votre mobilité

Contenu

Cliquez sur «Contenu»
pour ressortir du texte
et revenir ici.

1	Anatomie de l'épaule	3
2	Pathologies	4
3	Anamnèse et examen clinique	5
3.1	Anamnèse	5
3.2	Examen général	6
3.3	Tests spécifiques	7
4	Radiologie	10
5	Tableaux cliniques spécifiques	11
5.1	Lésion de la coiffe des rotateurs	11
5.2	Syndrome de conflit sous-acromial	11
5.3	Calcifications de la coiffe des rotateurs (tendinite calcifiante)	12
5.4	Instabilités chroniques	13
5.5	Arthrose scapulo-humérale et acromio-claviculaire	13
5.6	Capsulite rétractile (épaule gelée, «frozen shoulder»)	14
5.7	Affections neurologiques de l'épaule	15
5.8	Lésions du bourrelet	16
5.9	Luxation acromio-claviculaire	16
5.10	Syndrome de douleur myofasciale	16
6	Aspects particuliers du traitement	17
6.1	Physiothérapie	17
6.2	Technique d'injection	18
7	Aspects chirurgicaux des douleurs à l'épaule	19

1 Anatomie de l'épaule



2 Pathologies

P. périarticulaires (souvent désignées du nom descriptif de «périarthropathie scapulo-humérale» (PSH))

- Pincement sous-acromial (conflit fonctionnel, ostéophyte sous l'articulation AC, bursite sous-acromiale, calcification de la coiffe des rotateurs)
- Lésion (rupture partielle / totale) de la coiffe des rotateurs
- Tendinite calcifiante (réaction inflammatoire aiguë dans / autour de la zone calcifiée)
- Bursite sous-acromiale (cristaux, autres maladies rhumatismales inflammatoires; si bilatérale: polymyalgia rhumatica)
- Affections des tendons bicipitaux (luxation en cas de rupture du sous-scapulaire, rupture, tendinite)

P. articulaires

Articulation gléno-humérale

- Omarthrose (généralement secondaire), arthropathie cristalline, tableau clinique mixte d'arthrose et d'arthrite (cristaux d'hydroxyapatite et destruction de l'articulation scapulo-humérale = épaule de Milwaukee, dépôts de cristaux de pyrophosphate de calcium = CCPD, goutte)
- Instabilité de l'épaule (instabilité multidirectionnelle, p.ex. avec hyperlaxité constitutionnelle; étirement capsulaire, subluxations le plus souvent antérieures)
- Omarthrite (maladies rhumatismales inflammatoires, p.ex. polyarthrite rhumatoïde, arthrite cristalline; rarement infectieuse)
- Traumatisme de l'articulation de l'épaule (fracture, contusion, luxation, lésion du bourrelet, etc.)
- Nécrose de la tête humérale (fracture humérale sous-capitale, glucocorticoïdes, alcool, coagulopathies, etc.)
- Maladie des os (tumeur osseuse, maladie de Paget, ostéomyélite, dysplasie, chondromatose)
- Capsulite rétractile (épaule gelée, «frozen shoulder»)

Articulations acromio-claviculaire (AC) et sterno-claviculaire

- Arthrose AC et / ou sterno-claviculaire (dégénérative)
- Arthrite AC (chondrocalcinose, rhumatisme inflammatoire, rarement infectieuse)
- Arthrite sterno-claviculaire (ostéite / syndrome SAPHO)
- Traumatisme (surtout luxations) / instabilité AC
- Maladie des os (tumeur osseuse, maladie de Paget, ostéomyélite, dysplasie)

P. neurogènes

- Syndrome cervicogène, thoraco-spondylogène
- Syndrome cervico-radicaire
- Neuropathie (amyotrophie névralgique de l'épaule, nerf sus-scapulaire, n. scapulaire dorsal)
- Syndrome douloureux régional complexe = SDRC (angl. CRPS) de type I (syndrome main-épaule, maladie de Sudeck, algodystrophie)
- Syndrome du défilé thoracique (Thoracic outlet syndrome = TOS)

Syndrome de douleur myofasciale

- Très souvent dû à des vices posturaux (anamnèse professionnelle!)
- Déséquilibre musculaire
- Patients avec seuil de la douleur abaissé (fibromyalgie)

Organes internes

- Douleurs référées (cœur, aorte, poumons, vésicule biliaire, diaphragme, etc.)

3 Anamnèse et examen clinique

3.1 Anamnèse

L'anamnèse dirigée renseigne sur les causes possibles des douleurs à l'épaule et conduit à un examen clinique ciblé, éventuellement complété par des investigations complémentaires. L'anamnèse rhumatologique de l'**épaule** doit couvrir les aspects suivants:

1. **Où** les troubles sont-ils localisés?
 - épaule, articulation AC, irradiation dans la nuque, dans le bras, etc.
 - circonscrits, diffus
 - limités à l'épaule ou s'étendant à d'autres sites
2. **Comment** les douleurs apparaissent-elles?
 - aiguës ou à début progressif
 - localisées ou irradiantes, si oui, où précisément?
 - spontanées, au repos ou à l'effort
 - intensité
 - avec trouble sensoriel ou faiblesse
3. **Quand** les douleurs apparaissent-elles?
 - début, durée
 - constantes, intermittentes
 - nocturnes, au repos (inflammatoires)
 - douleurs à l'effort, en début de mouvement (dégénératives)
 - épisodes antérieurs de douleurs articulaires / à l'épaule
4. **Pourquoi** les douleurs apparaissent-elles?
 - sans cause identifiable
 - origine post-traumatique
 - post-infectieuses (douleurs réactives)

En outre, il est très important d'établir l'**anamnèse systémique et familiale**:

- D'autres articulations que l'épaule sont-elles également touchées?
- Observe-t-on des symptômes systémiques tels que fièvre, sueurs nocturnes?
- Manifestations cutanées (p.ex. psoriasis)?
- Indices anamnestiques de la participation d'organes viscéraux?
- Maladies rhumatismales dans la famille, si oui lesquelles?

3.2 Examen général

Inspection	Contours, relief, tumescence, mouvements spontanés Atrophies (surtout du m. sus- / sous-épineux) Articulation AC et sternoclaviculaire Biceps Posture (tête / épaule)
Palpation	Articulation AC (douleur à la pression, phénomène de «touche de piano») Musculature (m. deltoïde, m. sus- / sous-épineux, nuque) Tendon du long biceps dans le sillon intertuberculaire Tendon du court biceps sur le processus coracoïde Articulation sternoclaviculaire
Mobilité active	Joindre les mains derrière le dos (rotation interne / rétroflexion) Joindre les mains derrière la nuque (rotation externe et abduction) (tests globaux) Abduction, adduction, rotation interne, rotation externe selon l'amplitude de mouvement (range of motion = ROM) Arc douloureux (douleurs à l'abduction entre 60° et 120°)
Mobilité passive	Abduction, adduction, rotation interne, rotation externe selon l'amplitude de mouvement (range of motion = ROM) Pincement avec inhibition de l'abduction, surtout si abduction et rotation interne passives (généralement douloureux) Body cross test (adduction forcée avec pose de la main sur l'épaule controlatérale) pour mise en évidence d'une pathologie AC (fig. 1)

Fig. 1



3.3 Tests spécifiques

Tests de mise en évidence d'un conflit sous-acromial

Test de **Hawkins** Hawkins (rotation interne forcée en antéflexion à 90°, le coude fléchi) (fig. 2)

Fig. 2



Instabilité

Translation antérieure, postérieure (fig. 3)

Test d'appréhension (rotation externe forcée en abduction à 90°) pour la mise en évidence d'une instabilité antérieure (fig. 4)

Fig. 3



Fig. 4

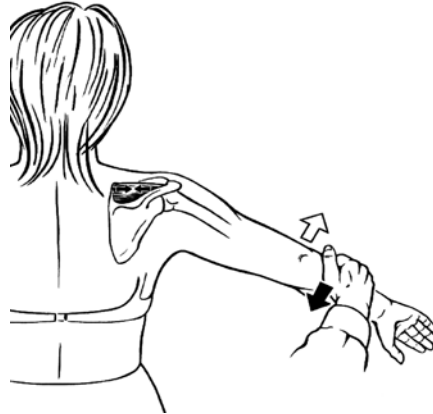


M. sus-épineux

Arc douloureux, abduction contre résistance

Test de Jobe (contre résistance, en abduction à 90°, antéflexion à 30° et pronation maximale) (fig. 5)

Fig. 5



M. sous-épineux

Rotation externe forcée depuis une position neutre ou en abduction à 90°

Lag Test (abduction à 90° et position de rotation externe contre résistance à la rotation interne de l'examineur. Un «drop sign» – le bras sitôt lâché est projeté en avant vers le bas – évoque une pathologie du muscle sous-épineux) (fig. 6)

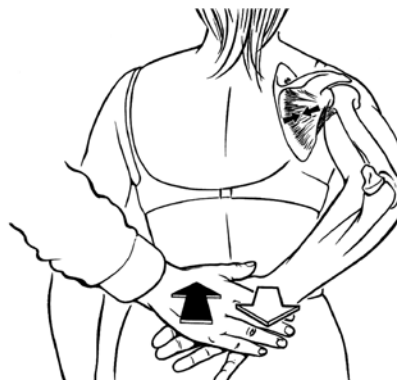
Fig. 6



M. sous-scapulaire

Test lift-off (main posée sur le dos en rotation interne maximale et rotation interne forcée contre résistance de l'examineur) (fig. 7)

Fig. 7



Tendon du long biceps

Test palm-up (bras en supination le coude fléchi à 90°, flexion du coude contre résistance de l'examineur) (fig. 8)

Test de Yergason (supination forcée contre résistance, le coude fléchi) (fig. 9)

Fig. 8

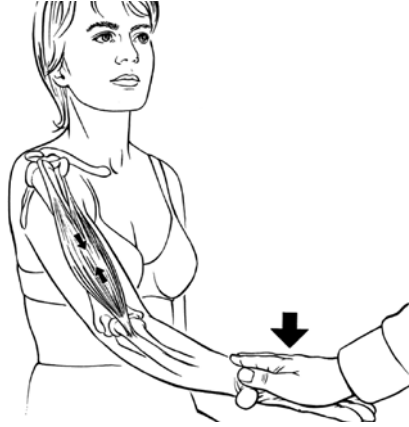


Fig. 9



Epaule gelée

(«frozen shoulder») : limitation de la rotation externe et de l'abduction passive et active. Un test sensible est celui de la rotation externe passive en adduction ou sur le dos (ou avec fixation de l'omoplate).

Défilé thoracique

Syndrome du scalène mis en évidence par le **test d'Adson**: hyper-extension de la colonne cervicale, rotation homolatérale de la tête du côté des symptômes et arrêt en inspiration maximale.

Syndrome costo-claviculaire mis en évidence par le **test d'Eden**: traction du bras en direction dorso-caudale.

Syndrome coracoïdo-pectoral mis en évidence par le **test d'hyper-abduction**: abduction passive, rotation externe du bras et rotation maximale de la CC du côté controlatéral.

Les tests sont positifs si les symptômes (douleurs, paresthésies) sont reproductibles, si le pouls est imperceptible et que le teint de la peau pâlit.

4 Radiologie

Radiographie conventionnelle

- Dégénérescence, calcification, syndrome de conflit sous-acromial: clichés antéro-postérieurs en rotation externe et interne (incidence crânio-caudale) / profil de Neer.
- Traumatisme: cliché AP en rotation externe à 10° et profil de Neer.
- Luxation de l'art. AC: cliché à l'effort, les bras pendants portant une charge de 5–10 kg.
- Sur les clichés de face en trois rotations, celui en abduction est inutile car il n'apporte pas d'informations supplémentaires.

Interprétation

Omarthrose ou arthrose AC: Signes tardifs classiques: amincissement de l'interligne articulaire, ostéophytes, sclérose sous-chondrale, kystes sous-chondraux.

Recherche d'un éperon sur la face inférieure de l'acromion, cause fréquente d'un pincement articulaire (conflit sous-acromial).

Calcifications: 2 projections (rotation interne et externe), dont souvent une seule permet de les visualiser.

Fracture et luxation: passent facilement inaperçues! (fractures humérales sans déplacement, fractures supplémentaires lors d'une luxation de l'épaule, évent. fractures de la clavicule ou de l'omoplate).

Omarthrite: les signes radiologiques n'apparaissent pas avant 3–4 semaines et sont non-spécifiques, donc peu exploitables.

Rupture de la coiffe des rotateurs: un signe indirect est l'ascension de la tête humérale (cut off < 6 mm).

Echographie

Tendinopathie: coiffe des rotateurs et tendon du long biceps (y c. luxation).

Calcifications: localisables pour une ponction à l'aiguille.

Bursite: bourse sous-acromiale épaissie / remplie de liquide, bien visible.

Epanchement articulaire: bien visible à partir de quelques ml en rotation externe du côté dorsal.

Avantage: examen dynamique, possibilité de ponction ciblée, évent. mesure du débit capillaire (power doppler) si cause inflammatoire.

Limitation: les lésions du bourrelet ne peuvent être mises en évidence

IRM

Natif (ou avec produit de contraste IV)

Méthode d'examen sensible et utile notamment dans la recherche des pathologies suivantes:

- omarthrite / synovite
- fractures non décelables par une radiographie conventionnelle
- structures osseuses (tumeur, nécrose de la tête humérale)
- structures tendineuses (faible sensibilité pour les calcifications!)
- musculature (dégénérescence graisseuse, atrophie)

Avec produit de contraste intra-articulaire = arthro-IRM

- Lésions de la coiffe des rotateurs
- Lésions du bourrelet

CT

Indiqué uniquement pour le diagnostic spécifique d'un traumatisme en vue de la planification d'une opération

5 Tableaux cliniques spécifiques

5.1 Lésion de la coiffe des rotateurs

Pathogénèse

- dégénérative par hypovascularisation et dégénérescence fibreuse secondaire
- mécanique par pincement articulaire chronique
- traumatique
- partielle (non perforante/perforante), complète

Diagnostic

- tests spécifiques (p.ex. test de Jobe) selon le tendon concerné, évent. avec pseudoparalyse / bras qui tombe
- échographie, arthro-IRM

Traitement

- Lésions dégénératives chez les patients âgés: toujours commencer par un traitement conservateur, infiltration sous-acromiale de stéroïdes, évent. physiothérapie. Si douleurs résistantes au traitement ou surtout dysfonction trop importante: chirurgical.
- Ruptures traumatiques chez les patients jeunes: traitées le plus tôt possible par chirurgie.

5.2 Syndrome de conflit sous-acromial

Cause principale de la plupart des lésions de la coiffe des rotateurs et des tendons du biceps, cause la plus fréquente des douleurs chroniques de l'épaule.

Pathogénèse

Pincement primaire

- Rétrécissement du défilé sus-épineux délimité par la partie antérieure de l'acromion, le ligament coraco-acromial et la face inférieure de l'articulation AC.
- Facteurs favorisants: épaississement du ligament coraco-acromial, forme et angle d'inclinaison de l'acromion, présence d'ostéophytes à l'extrémité caudale de l'articulation AC arthrosique.

Pincement secondaire

- Proéminence du tubercule majeur suite à une fracture
- Perte des dépresseurs de la tête humérale après lésion de la coiffe des rotateurs
- Perte du mécanisme de suspension de l'épaule (luxation ancienne de l'AC, grade III de Tossy)
- Épaississement de la bourse (bursite), épais dépôts calcaires
- Sollicitation non physiologique, p.ex. chez les paraplégiques

Diagnostic

D. clinique: tests spécifiques (p.ex. arc douloureux, test de Hawkins).

Event. test d'infiltration sous-acromiale par des anesthésiques locaux (test de Neer).

Radiologie conventionnelle: surélévation de l'épaule, calcifications, forme de l'acromion, arthrose AC.

Autres examens d'imagerie: échographie (équivalente à l'IRM dans des mains expertes), au besoin **Arthro-MRI** (pour la planification opératoire).

Traitement**Conservateur**

- Si douleurs (souvent aussi nocturnes) dues à l'état d'irritation inflammatoire (bursite) : infiltration sous-acromiale de stéroïdes.
- Elargissement du défilé sous-acromial par physiothérapie avec instruction d'exercices de centrage de la tête humérale.

Chirurgical

- Débridement sous-acromial et élargissement du défilé (en général par arthroscopie), évent. reconstruction de la coiffe des rotateurs.

5.3 Calcifications de la coiffe des rotateurs (tendinite calcifiante)**Survenue**

- Apparaît typiquement entre 40 et 50 ans. Généralement sans modifications dégénératives de la coiffe des rotateurs. Une hypothèse évoque que le frottement des tendons de la coiffe des rotateurs génère une hypoxémie induisant une transformation chondroïde. Les dépôts calcaires sont constitués d'hydroxyapatite.
- Fréquence: env. 6%
- Distribution des calcifications: tendon sus-épineux, env. 50%; tendon sous-épineux, 30%; tendon petit rond, 17%; tendon sous-scapulaire, 3%

Signes cliniques

- Généralement asymptomatique
- S. mécaniques: selon sa localisation et sa taille, la calcification peut causer des symptômes de conflit sous-acromial.
- S. inflammatoires: exacerbation douloureuse aiguë, avec douleurs au repos et nocturnes parfois très vives dues à une inflammation autour du foyer calcaire ou percée du dépôt calcaire dans la bourse voisine (tendinite calcaire, bien visible en échographie Power Doppler). Il arrive assez souvent que le foyer calcaire soit alors résorbé.

Diagnostic

Radiographie et / ou échographie: clichés antéro-postérieurs de l'épaule en rotation externe et interne, incidence crânio-caudale

Traitement

- Physiothérapie dans le but d'agrandir le défilé sous-acromial (centrage de la tête humérale)
- Médication par des AINS (surtout si exacerbation inflammatoire aiguë; dans ce cas, compléter le traitement par une réfrigération)
- Infiltration sous-acromiale de glucocorticoïdes
- Traitement par ponction / lavage à l'aiguille (guidé par échographie ou par imagerie).
- Traitement par ondes de choc (attention: n'est pas remboursé par les caisses)
- Chirurgical

5.4 Instabilités chroniques

On distingue les instabilités de l'épaule multidirectionnelles et unidirectionnelles. Les premières sont généralement constitutionnelles (p.ex. syndrome d'hypermobilité) et les secondes d'origine post-traumatique.

Instabilité multidirectionnelle

Survenue: constitutionnelle, plus fréquente chez les femmes et dans le syndrome d'hypermobilité (primaire, secondaire dans le syndrome de Marfan, le syndrome d'Ehlers-Danlos, etc.)

Signes cliniques: souvent sensation subjective d'instabilité, difficultés au lancer, luxations récidivantes ne s'expliquant par aucun traumatisme compatible

Résultats d'examen: test d'appréhension positif, généralement pas de signe radiologique de pathologie (rarement dysplasie glénoïdienne)

Traitement: physiothérapie pour stabilisation musculaire, chirurgie

Instabilité unidirectionnelle

Survenue: post-traumatique; luxation antérieure (85%, se manifeste typiquement par une résistance brusque au mouvement de lancer, p.ex. handballeurs) ou postérieure (14%), très rarement inférieure ou crânienne

Signes cliniques: luxations / subluxations récidivantes, selon le type d'instabilité et de luxation

Résultats d'examen: tests de provocation selon le type d'instabilité pour la recherche de pathologies. Instabilité souvent accompagnée de lésions structurales (glénoïde = lésion de Bankart, tête humérale = lésion de Hill-Sachs, lésions du bourrelet, capsule, ligaments, fractures du tubercule ou de l'humérus)

Traitement: physiothérapie pour stabilisation musculaire, traitement chirurgical pour luxations répétées ou importantes lésions structurales

5.5 Arthrose scapulo-humérale et acromio-claviculaire

Arthrose de l'articulation scapulo-humérale

L'arthrose scapulo-humérale est presque toujours secondaire à une autre pathologie; il faut donc systématiquement en rechercher les causes!

Causes

- Après rupture de la coiffe des rotateurs («cuff tear arthropathy» si rupture étendue)
- Après des luxations répétées
- Dans l'arthrite:
 - *Polyarthrite rhumatoïde, spondylarthrite, etc.*
 - *Arthropathies cristallines: le plus souvent causées par des dépôts de pyrophosphate de calcium*
 - *Arthrite septique due p.ex. à Staph. aureus (attention: potentiellement mortelle!)*
- Dans les maladies osseuses: p.ex. ostéonécrose, maladie de Paget

Diagnostic

- Examen clinique et diagnostic radiologique (conventionnel)

Traitement

- En cas d'échec du traitement conservateur (y c. injections), l'implantation d'une prothèse peut être indiquée: soulage souvent efficacement la douleur, mais n'apporte que rarement une amélioration fonctionnelle (seulement si coiffe des rotateurs intacte); voir aussi chapitre 7: Aspects chirurgicaux des douleurs à l'épaule

Arthrose de l'articulation acromio-claviculaire**Causes**

- La plus fréquente chez les jeunes patients est l'arthrose post-traumatique, p.ex. après luxation de l'articulation AC
- L'arthrose peut aussi être primaire, une forme fréquente chez les personnes âgées
- Elle est plus rarement consécutive à une arthrite, p.ex. bactérienne, ou résultant d'une maladie due à des dépôts de pyrophosphate de calcium

Diagnostic

- Tests de provocation de la douleur, principalement par abduction maximale ou adduction horizontale (body cross test) du bras
- Douleur à la pression sur l'articulation (pression en direction crânio-dorsale)
- Diagnostic radiologique

Traitement

- En cas d'échec du traitement conservateur (y c. injections), une résection articulaire sous arthroscopie peut être indiquée.

5.6 Capsulite rétractile (épaule gelée, «frozen shoulder»)**Limitation du mouvement (modification pathologique de la capsule articulaire)**

la rotation gléno-humérale (externe) est souvent la plus fortement limitée, et se complique d'une réduction de l'abduction

- La plupart des patients sont âgés de 40 à 60 ans.
- La partie antérieure de la capsule articulaire est la plus fortement touchée (évolution histologique similaire à celle de la maladie de Dupuytren)
- Stade I (phase inflammatoire, env. 3 mois), fortes douleurs, douleurs nocturnes
- Stade II (fibrose progressive, env. 3–9 mois), limitation croissante du mouvement, douleurs
- Stade III (phase de résolution, env. 9–18 mois), lente amélioration de la mobilité
- Le pronostic à long terme est favorable dans la plupart des cas, mais des limitations résiduelles de la mobilité ne sont pas rares

Causes possibles

- Affection primaire / idiopathique
- Origine post-traumatique
- Affection souvent secondaire pour toutes les limitations de la mobilité de l'épaule d'étiologie fonctionnelle ou douloureuse
- Diabète sucré
- Maladie cardiaque
- Hypothyroïdie
- Irritation des racines cervicales
- Médicaments: antiépileptiques, isoniazide

Traitement

Stade I

- Injections intra-articulaires d'un stéroïde (p.ex. 40 mg de triamcinolone) durant la phase inflammatoire

Stades II et III

- Traitement médicamenteux: analgésiques, AINS / coxibes, évent. calcitonine pendant 4 à 6 semaines (attention aux limitations d'emploi)
- Mobilisation non douloureuse, active et passive, des articulations, en part. de l'art. scapulo-thoracique, sous l'égide d'un physiothérapeute, traitement des zones musculaires voisines
- Event. hydrodilatation
- Event. anesthésie locale du n. sous-scapulaire
- Si malgré un traitement conservateur rigoureux, aucun progrès n'est observé dans les 6–12 mois, envisager une arthrolyse (capsulotomie) sous arthroscopie, suivie d'une physiothérapie intensive

5.7 Affections neurologiques de l'épaule

Syndrome cervico-radulaire

■ C3, C4

Signes cliniques: douleurs à la nuque et à l'épaule

Diagnostic: parésie du diaphragme (innervation par les racines C4 surtout, plus rarement C3), C4: parésies possibles des muscles scapulaires et deltoïde

■ C5

Signes cliniques: douleurs latérales et dorsales au niveau du m. deltoïde

Diagnostic: parésies possibles du m. deltoïde, parfois aussi du m. biceps brachial, baisse de la VS sanguine

■ C6

Signes cliniques: douleurs irradiant du bord postérieur du m. deltoïde en direction radiale vers le pouce et l'index

Diagnostic: parésies possibles du m. biceps brachial, parfois aussi du m. brachio-radial, mais jamais d'atrophies, VS fortement diminuée ou nulle

Amyotrophie névralgique de l'épaule (névrite du plexus brachial, syndrome de Parsonage et Turner)

Survenue: la plupart des patients sont plutôt jeunes, les hommes sont plus touchés que les femmes

Signes cliniques: début aigu, du jour au lendemain, avec des douleurs déchirantes extrêmement vives à l'épaule, plus fréquentes à droite qu'à gauche.

Diagnostic: des parésies apparaissent souvent au bout de quelques heures déjà; elles touchent le plus souvent les muscles innervés par le plexus brachial supérieur (C5 et C6), et plus particulièrement le m. dentelé et le m. deltoïde

Des troubles de la sensibilité n'apparaissent que dans env. ¼ des cas (face externe de la voûte de l'épaule et du bras)

Les douleurs se résorbent généralement en quelques jours, suivies des atrophies musculaires, mais il faut des mois pour que disparaissent les parésies

Traitement: anti-inflammatoires non stéroïdiens, stéroïdes

Affections rares: neuropathies de compression**Survenue:** p.ex. n. sus-scapulaire**Signes cliniques:** compression du n. sus-scapulaire dans l'incisure scapulaire**Diagnostic:** atrophie des muscles sus-épineux et sous-épineux; parésie à la rotation externe de l'épaule, douleur à la pression sur l'incisure scapulaire**5.8 Lésions du bourrelet****Survenue:** origine traumatique, blessures chez les jeunes, fréquentes dans la pratique des sports de lancer**Signes cliniques:** douleurs à l'épaule au mouvement, surtout si abduction et rotation externe simultanée. Diagnostic souvent difficile.**Diagnostic:** examen clinique non spécifique. Diagnostic par arthro-IRM: lésion du bourrelet supérieur (SLAP = Superior Labral Anterior Posterior) souvent accompagnée d'une lésion de l'insertion du tendon du long biceps sur le complexe glénoïde / bourrelet**Traitement:** généralement chirurgical**5.9 Luxation acromio-claviculaire****Survenue:** origine post-traumatique (conséquence typique d'une chute sur l'épaule avec le bras en adduction)**Classification des stades selon Tossy ou Rockwood****Signes cliniques:** épaule enflée et douloureuse, surtout si l'articulation AC est mise en charge**Traitement:** en général conservateur, parfois aussi chirurgical selon les sollicitations / symptômes ou l'existence d'une indication esthétique**5.10 Syndrome de douleur myofasciale****Survenue:** très fréquent, causé par une surcharge (troubles statiques, activités monotones, mauvaise ergonomie p.ex. au travail à l'écran) et par une douleur irradiante («referred pain»); souvent l'expression d'une chronicisation de la douleur**Signes cliniques:** douleurs locales ou régionales des parties molles et en particulier de la musculature, dont la généralisation aboutit au syndrome de fibromyalgie**Résultats d'examen:** posture: cyphose de la colonne dorsale, protrusion de l'épaule vers l'avant. Palpabilité des points gâchettes myofasciaux du m. sous-épineux, du m. sus-épineux, du m. élévateur de l'omoplate et du m. sternocléidomastoïdien avec irradiation des douleurs après provocation locale. Souvent aussi douleurs diffuses à la pression, en particulier dans les cas de chronicisation.

6 Aspects particuliers du traitement

6.1 Physiothérapie

Stratégie thérapeutique visant en règle générale au rétablissement fonctionnel, moins adaptée au traitement des lésions structurales. Corrélation souvent faible entre la pathologie structurale et les symptômes.

L'accent est mis sur le traitement de la configuration pathologique du mouvement.

Les structures environnantes sont également traitées.

La définition du problème détermine le choix des méthodes de traitement et la formulation d'un objectif thérapeutique individuel.

Attention : quand les douleurs ou l'état inflammatoire sont au premier plan (bursite, capsulite rétractile ou omarthrite), la physiothérapie seule donne rarement des résultats. La physiothérapie devient essentielle à partir de la phase subaiguë.

Physiothérapie

1. Limitations de la mobilité articulaire / conflit sous-acromial

- Techniques manuelles dont le but est de mobiliser les articulations (y c. l'art. scapulo-thoracique). S'il y a pincement sous-acromial, le but prioritaire est d'améliorer la mobilité sous-acromiale et de mieux centrer la tête humérale dans la cavité glénoïde (voir aussi Instabilités).
- Programme de maintien / d'amélioration de la mobilité à domicile

2. Troubles musculaires / périarthropathies

- Traitement des myogéloses et des pathologies d'insertions tendineuses; développement spécifique de la musculature insuffisante
- Elongation des muscles raccourcis
- Amélioration de la statique
- Adaptations et conseil ergonomiques (p.ex. sur le lieu de travail)
- Traitement des points gâchettes, y compris par dry needling

3. Instabilités, insuffisances musculaires

- Centrage de l'articulation ==> atteinte d'un équilibre musculaire (surtout au niveau de la coiffe des rotateurs)
- Programme d'entraînement dirigé (programme à domicile / kinésithérapie)

4. Symptomatologie radiculaire

- Le traitement de l'irritation d'une racine nerveuse a pour but premier de soulager l'irritation.
 - Décompression de la racine nerveuse par des techniques manuelles (p.ex. traction ou flexion latérale)
 - Instructions posturales / adaptations statiques
 - Mesures analgésiques (techniques de diminution de la tonicité des parties molles)
 - Programme à domicile pour l'amélioration du métabolisme local
 - Instructions pour appliquer soi-même la thérapie par traction
 - Cryothérapie / électrothérapie

5. Syndrome du défilé thoracique

- Corrections posturales actives et traitement des déséquilibres musculaires
- Techniques manuelles de correction d'une dysfonction
 - 1^{re} côte / articulation acromio-claviculaire / articulation sternoclaviculaire (avec participation de la jonction cervico-thoracique)

6.2 Technique d'injection

Généralités

Les infiltrations périarticulaires (c.-à-d. sous-acromiales) ou intra-articulaires de stéroïdes sont très souvent efficaces dans le traitement des problèmes d'épaule. Elles peuvent être réalisées (moyennant une expérience suffisante) sous guidage par palpation ou par marquage échographique ou sous contrôle échographique direct.

Voies d'abord des injections (l'injection doit toujours pouvoir se faire avec un minimum de pression sur le piston)

- voie gléno-humérale, abord antérieur
- voie gléno-humérale, abord postérieur
- voie sous-acromiale (bourse)
- articulation acromio-claviculaire

Directives d'injection

- Selon la recommandation de la Société suisse de rhumatologie (SSR), à consulter sur www.rheuma-net.ch
- Chercher à obtenir une ponction dans le liquide libre pour des analyses diagnostiques: cytologie (tube EDTA pour la numération cellulaire), cristaux (tube sec) et évent. bactériologie générale (tube sec stérile)
- On injecte en général une préparation cristalline de stéroïde (triamcinolone, 40 mg) ou, à défaut, de la bêtaméthasone (Diprophos, mélange des formes hydrosoluble et cristalline), le plus souvent associée à quelques millilitres d'un anesthésique local à brève durée d'action (lidocaïne / Rapidocaïne).

Effets indésirables

- EI systémiques: rougeur faciale / flush pdt 1-2 jours (fréquent)
- Légère élévation passagère de la tension artérielle, palpitations cardiaques
- Plus rarement: saignements en dehors des règles chez la femme
- Hausse passagère de la glycémie
- Seules des infiltrations multiples créent des effets indésirables à long terme

Complications (globalement très rares!)

- Infection (très rare, soit env. 1 cas sur 40 000, si l'injection a été effectuée correctement et conformément aux directives ci-dessus)
- Réaction allergique (en général à l'anesthésique local)
- Hémorragie ou lésion nerveuse
- Réaction vasovagale

7 Aspects chirurgicaux des douleurs à l'épaule

Conflit sous-acromial

- Principe primordial: remédier au problème de contrainte spatiale
- Débridement: ablation de la bourse épaissie, du tissu cicatriciel et, s'il y a lieu, de la masse calcaire
- Elargissement du défilé: résection de la pointe acromiale, lissage de l'articulation AC et division du ligament coraco-acromial Cette intervention peut être réalisée sous arthroscopie ou à ciel ouvert.
- Reconstruction de la coiffe des rotateurs dans la mesure du possible

Rupture de la coiffe des rotateurs

- Une coiffe des rotateurs intacte n'est pas indispensable à tout le monde.
- La rupture de la coiffe des rotateurs fait partie des processus normaux du vieillissement (à partir de 60 ans: rupture partielle chez 50%, rupture complète chez 30% des individus)
- La rupture complète d'un tendon conduit en quelques mois à une rétraction du muscle et à une dégénérescence graisseuse, facteur limitant de la guérison d'une suture
- Les patients âgés dont la fonction est conservée et dont le symptôme directeur est la douleur reçoivent en premier lieu un traitement conservateur
- Les patients plus jeunes dont le symptôme directeur est la faiblesse après rupture complète récente d'un tendon et pseudoparalysie sont traités en premier lieu par chirurgie
- Après rétablissement de la continuité musculo-tendino-osseuse, on atteint une résistance d'env. 25% en 6 semaines et d'env. 80 % après 6 mois. Une mobilisation adéquate sous mise en charge est par conséquent impérative, le temps de réadaptation sera long.
- Les symptômes tels que la douleur et la limitation de la mobilité s'améliorent même en cas de guérison incomplète et de nouvelle rupture du tendon opéré.

Arthrose de l'articulation AC

- Très fréquente, s'aggrave avec l'âge, rarement isolée
- Pas toujours douloureuse, ne devient souvent symptomatique qu'après un traumatisme
- Traitement initial conservateur par infiltration de stéroïdes
- Si réponse insuffisante ou récurrence en l'espace de 6 mois, envisager une résection de l'art. AC sous arthroscopie

Luxation de l'art. AC

- Traitement initial conservateur avec mise au repos en écharpe / immobilisation dans un bandage en huit de chiffre (taux de succès > 90%)
- Traitement en urgence: fractures latérales et plurifragmentaires, risque aigu de perforation (rare, chez les sportifs de haut niveau)

Bursite sous-acromiale

- Rarement isolée
- Traitement initial conservateur avec infiltration de stéroïdes
- Une opération n'est indiquée que si la réponse est insuffisante

Tendinite calcaire

- Le dépôt calcaire disparaît souvent spontanément
- Traitement initial par infiltration locale pour inhibition de la réaction inflammatoire, cette réaction chimique étant à l'origine des douleurs
- Est rarement la seule indication à une opération; doit être associée pour cela à un pincement articulaire

Rupture du tendon du long biceps

- N'est jamais l'indication à une opération, car n'entraîne pas de perte fonctionnelle essentielle

Omarthrose / omarthrite avancée avec arthrose secondaire

- Adopter initialement une attitude expectative
- Epuiser les mesures conservatrices
- Un débridement seul est obsolète
- Prothèse articulaire anatomique: seulement si tendons intacts
- Prothèse inverse si rupture de tendons, mais le m. deltoïde doit impérativement être intact
- Longue réadaptation
- Le traitement de suivi est déterminant pour le succès
- Une prothèse inverse peut limiter la mobilité

Instabilité

- L'instabilité chronique ou un état après plusieurs luxations sont une indication à une procédure chirurgicale
- Reconstructions exclusives des parties molles: p.ex. stabilisation ventrale de l'épaule selon Putti-Platt, plicature capsulaire de Neer
- Reconstructions des parties molles avec incorporation d'un bloc osseux: p.ex. ostéotomie sous-capitale de rotation de Weber, ostéotomie coracoïdienne de Trillat
- Toutes ces procédures sont associées à un taux de récives d'environ 10 à 15%

Impressum

Responsabilité scientifique 2015

Dr Thomas Langenegger, président, Baar

Dr Wolfgang Czerwenka, Wettingen

Dr Adrian Forster, Winterthur

Dr Jean-Jaques Volken, Sierre

Dr Jean-Marc Waldburger, Confignon

(Lectorat édition française)

Dr Nicola Keller, Morbio Inferiore

(Lectorat édition italienne)

Secrétariat

Valérie Krafft, directrice,

Ligue suisse contre le rhumatisme

Simone Schnyder,

Ligue suisse contre le rhumatisme

Organisatrice

Ligue suisse contre le rhumatisme

Josefstrasse 92, 8005 Zurich

Tél. 044 487 40 00

Fax 044 487 40 19

update@rheumaliga.ch



**Ligue suisse
contre le rhumatisme**

Notre action – votre mobilité