

Épaule douloureuse

N.Zehraoui-Arkoub
Service de rhumatologie
C.H.U B.E.O

INTRODUCTION

- Motif fréquent de consultation
- Causes diverses:

Pathologie de la coiffe des rotateurs +++.

autres causes : omarthrose, atteintes nerveuses,
pathologie viscérale projetées, rhumatismes
inflammatoires, ostéonécrose, tumeurs...etc.

INTRODUCTION :

- L'articulation de l'épaule fait jonction entre le membre supérieur et le tronc.
- C'est une articulation très mobile .

RAPPEL ANATOMIQUE :

- Le complexe anatomique fonctionnel de l'épaule comprend 3art et 2 espaces de glissement.

1-Les différentes articulations:

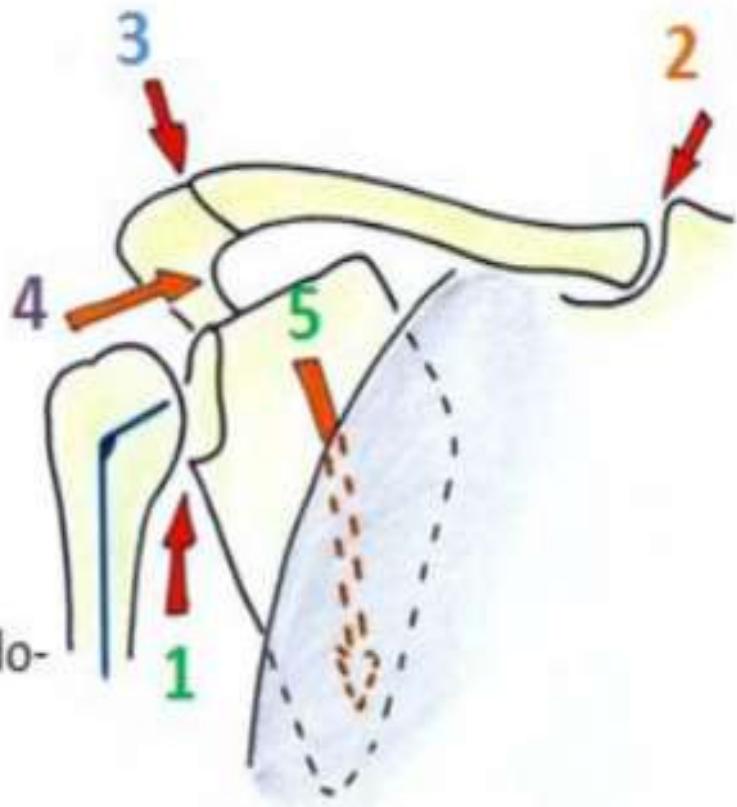
- a-Art . gléno-humérale: est l'art principale.
- b- Art acromio claviculaire.
- c- Art sterno-claviculaire.

2-Les espaces de glissement:

- a- l'espace sous acromio-deltoidien.
- b- l'espace ou plan de glissement scapulo-thoracique:
Mobilité de l'épaule par bascule de l'omoplate sur
le plan thoracique ou gril costal.

vue antérieure

1. Art. scapulo-humérale
2. Art. sterno-costo-claviculaire
3. Art. acromio-claviculaire ou cleïdo-scapulaire
4. 2ème art. scapulo-humérale
ou bourse séreuse sous acromio-delt.
5. Art. scapulo-thoracique



ENQUETE DIAGNOSTIQUE

- Interrogatoire
- Examen clinique:
 - ❖ Inspection / palpation
 - ❖ mobilité passive et active
 - ❖ Manœuvres topographiques(recherche de tendinopathies)

ANALYSE CLINIQUE D'UNE DOULEUR DE L'EPAULE:

A- L'interrogatoire doit préciser:

1-Les antécédents: médicaux ,chirurgicaux.

2-Les caractères de la douleur:

**Mode de
début/Horaire/Intensité/Siège/Irradiations.**

**3-Le retentissement fonctionnel de la
douleur.**

Examen de l'épaule

Il doit être bilatéral ,comparatif, en position assise ou debout, le malade étant torse nu.

1-Inspection:

Amyotrophie,tuméfaction,œdème,ecchymose,anomalie du relief osseux.

2-Palpation:

Rechercher les points douloureux.

3-Mobilité de l'épaule:

-M. active et passive.

-Anomalies des amplitudes articulaires.

Mouvements de l'épaule :

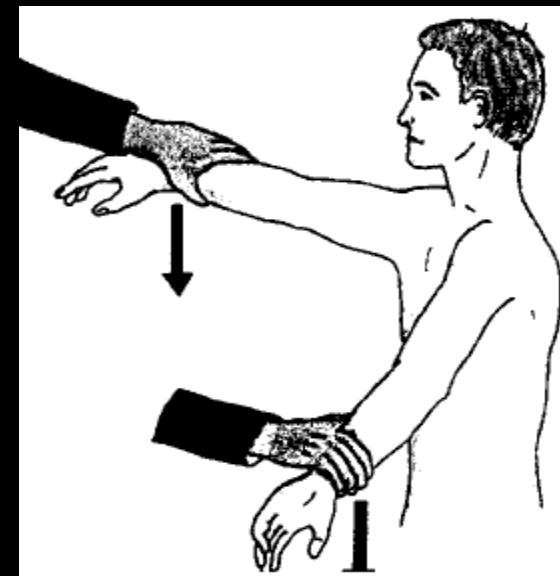
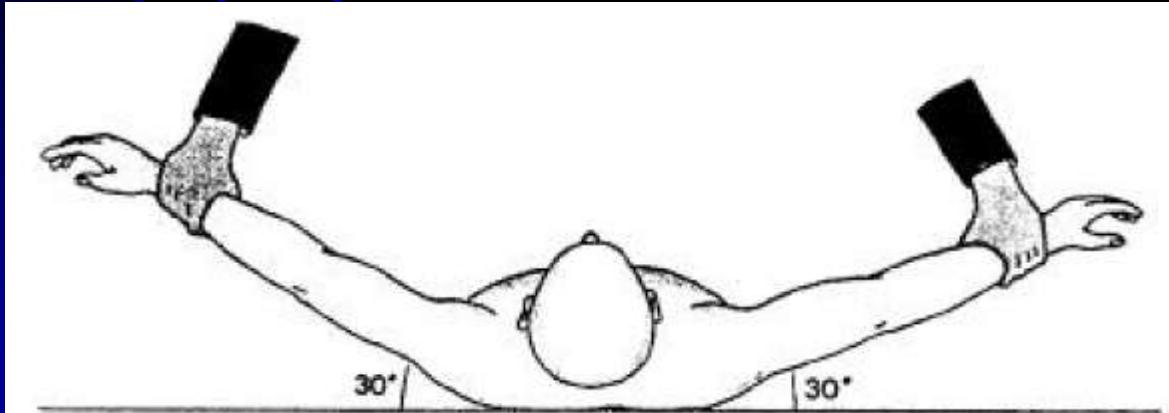
- Antépulsion : 180°
- Retropulsion : 60°
- Abduction : 180°
- Adduction : 60°
- Rotation externe : 80°
- Rotation interne : 90°

Testing musculaire

Maneœuvres topographiques

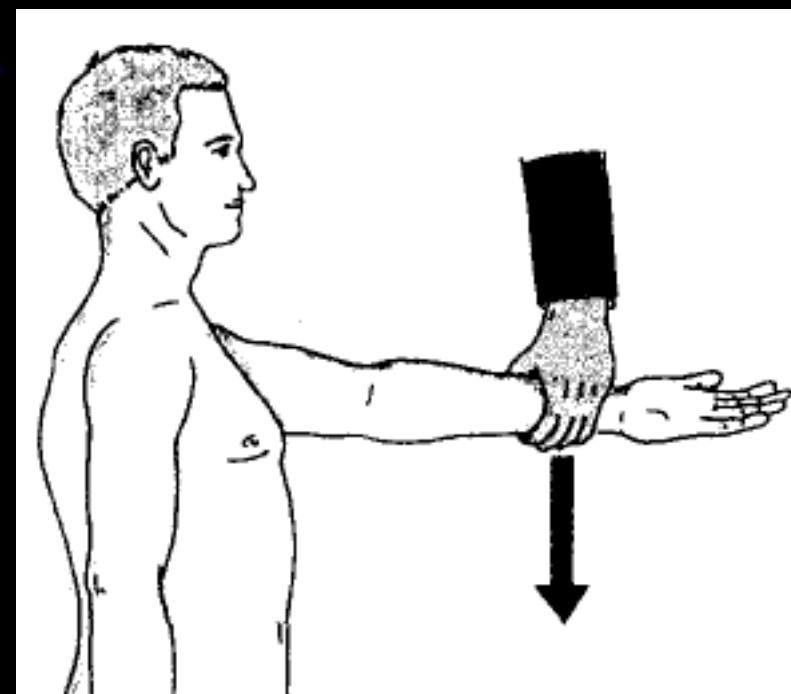
- **Manoeuvre de Jobe:** supra-épineux

L'examineur est face au patient, ce dernier place les bras à 90 ° d'abduction, 30 ° de flexion antérieure (plan de la scapula) et pouces dirigés vers le bas de telle sorte que l'épaule soit en rotation interne. L'examineur tente alors de baisser les bras du patient contre sa résistance



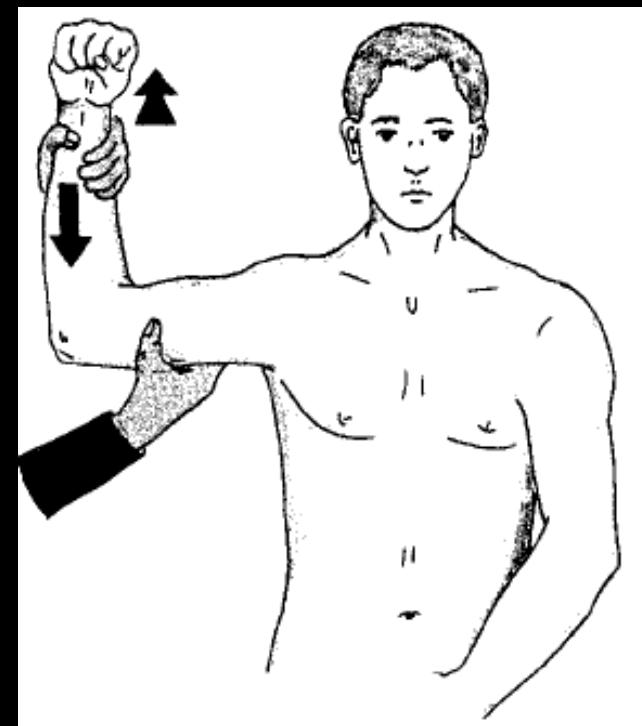
- *Palm-up test : long biceps*

Le patient effectue une élévation antérieure du bras contre résistance, coude tendu, paume de la main tournée vers le haut.



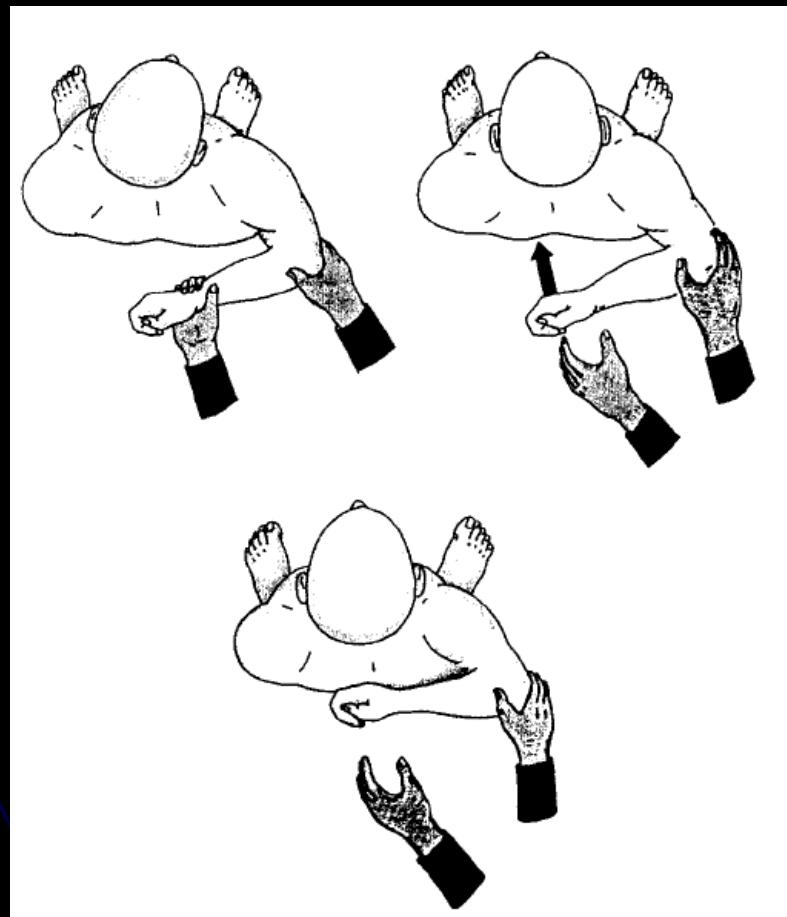
- *Manoeuvre de Patte: l'infra-épineux.*

Bras à 90° d'abduction , coude à 90° de flexion et on demande au sujet d'effectuer une rotation latérale contre résistance .



- *Lift-off test de gerber: sous scapulaie*

On demande au patient de placer sa main dans le dos; l'examineur lui demande de décoller sa main et de garder cette position

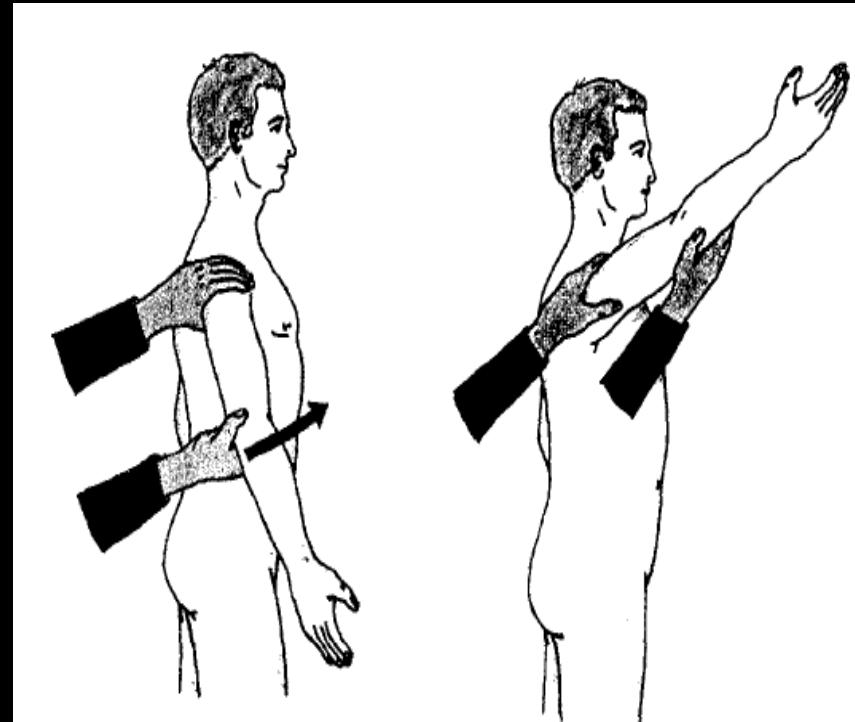


Réponses :

- Pas de douleur : tendon intact.
- Résistance partielle : tendinopathie ou rupture partielle.
- Pas de résistance : rupture totale.

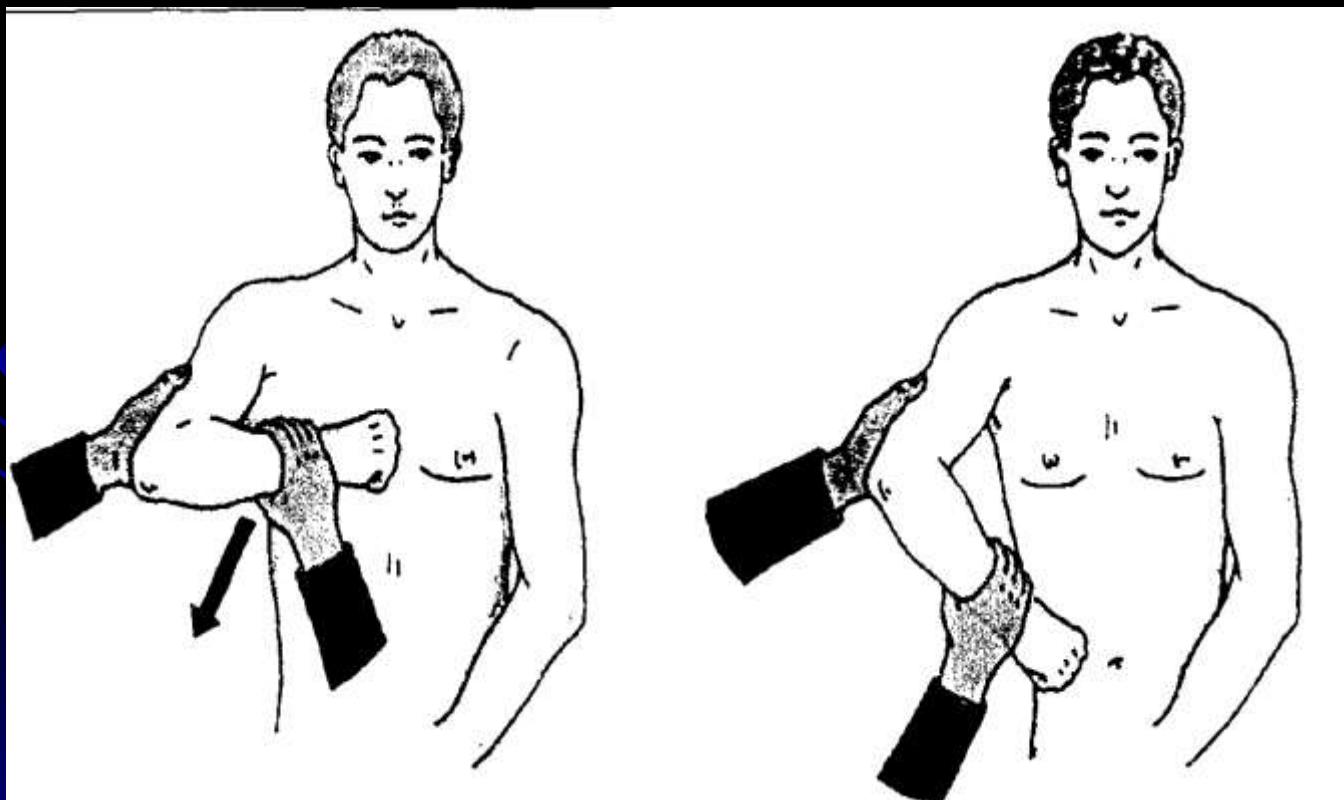
- *Les signes de conflit:*
- Entre les tendons de la coiffe et les structures anatomiques de voisinage ;ligaments ,reliefs osseux.
- ***Le signe de Neer :***

Antepulsion passive du bras en rotation interne tandis que l'autre main bloque l'omoplate.



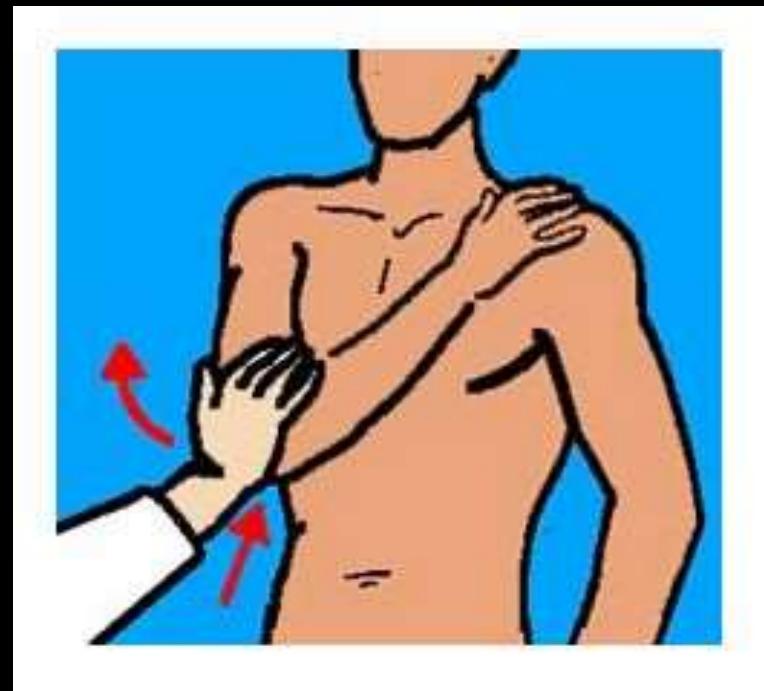
- ***Le signe de Hawkins:***

90° d'antepulsion, coude fléchi à 90°
, abaissement de l'avant bras qui induit
une rotation interne.



- ***Le signe de yocum:***

La main sur l'épaule controlatérale ,l'examineur demande au patient de faire une élévation contrariée de son coude.



C- Examen général:

Rachis cervical, articulations du membre supérieur,

Examen neurologique et somatique.

EXAMENS COMPLEMENTAIRES:

A- E. Biologiques:

- bilan inflammatoire :FNS-VS-CRP
- glycémie.
- bilan phosphocalcique.

. Radiologie:

1-RX Standards: systématique et bilatérale:
rotation neutre, externe, interne et profil de coiffe
(Lamy).

2-Echographie des épaules: Permet d'étudier

-La coiffe des rotateurs: Tendinopathie
et rupture.

-La synoviale: épanchement art.

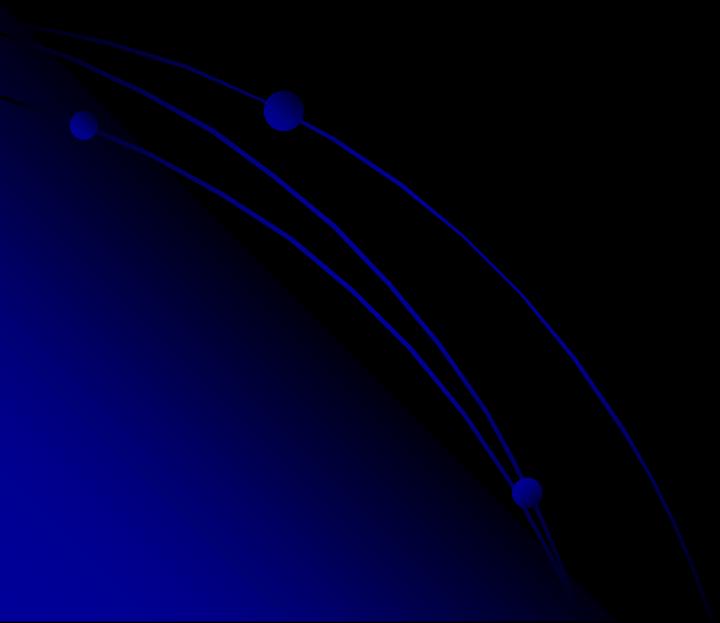
3-Arthrographie: Rupture, capsulite art,synoviale.

4-Arthroskopie: Exploration des surfaces art
bourrelet glénoïdien, coiffe, geste chirurgical
de réparation des structures lésées.

5-Arthro-scanner: Étude des surfaces art et
des composants capsulo-ligamentaires.

6-IRM.

Diagnostic étiologique



TENDINOPATHIES NON ROMPUES NON CALCIFIANTES DE LA COIFFE:

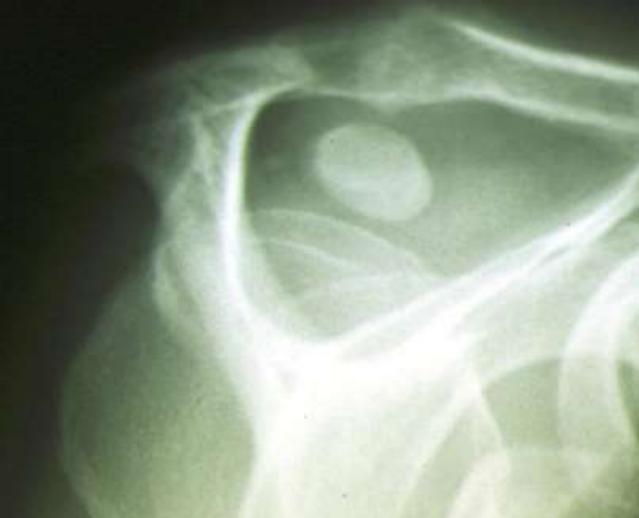
Sus épineux ++

- Sujet jeune sportif, sujet âgé.
- Douleur modérée, mécanique, peut être intense
- Dlr à la palpation du tendon au dessous et en avant de l'acromion, le bras étant en rétropulsion
- Mouvements passifs et actifs douloureux mais non limités
- Manœuvres d'accrochages: positives
Manœuvres topographiques douloureuses
- Évolution: favorable
 - perforation du tendon, bursite aigue
- Radiographie:
 - Souvent normale
 - Condensation trochiterienne ou acromiale inférieure.

TENDINOPATHIES NON ROMPUES CALCIFIANTES DE LA COIFFE

- Asymptomatiques
- Douleurs mécaniques
- Crises hyperalgiques: début brutal spontané ou après surmenage (20 - 40ans)
=bursite aigue microcristalline
 - Provoquée par la migration d'une C* du tendon dans la BSAD ou par une poussée inflammatoire autour d'une C* tendineuse
 - Douleur intense, permanente
 - Mobilité active et passive limitées

- Évolution: favorable en quelques semaines
- Radiographie:
 - Calcification(type A, B, C, D)
 - Absence de calcification en cas de lyse lors de sa migration.
 - calcification controlatérale



Type A: denses arrondies bien limitées 20%

Type B: polylobées à contours nets 45%

Type C: inhomogènes à contours festonnés



Type C

Type D: enthésopathies





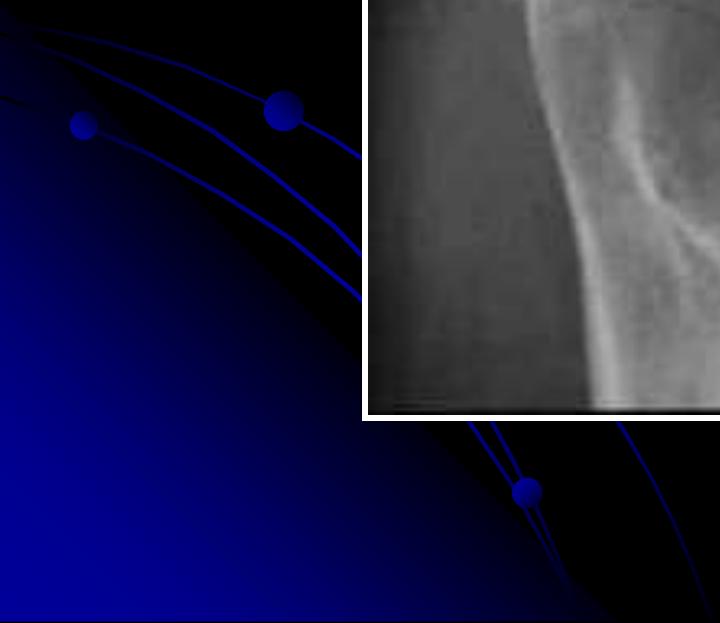
CALCIFICATION DANS LA
BOURSE SEREUSE

TENDINOPATHIES ROMPUES DE LA COIFFE

- = rupture ou perforation +/- étendue des tendons CR
- Partielles ou transfixiantes.
- Sujet âgé: apparition progressive, survient après effort minime, douleur modérée.
- Sujet jeune: traumatisme violent, douleur intense.
- Limitation des mouvements actifs et normalité des mvts passifs.
- Rupture du sus épineux: abduction active impossible.
- Rupture du chef long du biceps: tuméfaction au dessus coude, flexion de l'avant bras souvent conservée.
- Manœuvres topographiques: déficitaires
- Évolution : il n'existe pas de capacité de cicatrisation spontanée d'une rupture de la coiffe

TENDINOPATHIES ROMPUES DE LA COIFFE (suite)

- Radiographie:
Normale ou signes indirects de rupture:
ascension de la tête humérale avec ↓ espace acromio huméral, rupture du cintre omo-huméral, parfois remaniements du trochiter
- Échographie: Met en évidence la rupture de la coiffe des R en précisant la topographie et l'étendue.
- Arthroscanner +++
dépister, mesurer, apprécier trophicité et dégénérescence des muscles
- ArthroIRM: ruptures intra tendineuses et de la face supérieure de la coiffe ++



Capsulite rétractile

- = épaule gelée = épaule bloquée
- Secondaire à une rétraction et épaissement de la capsule articulaire
- Peut succéder à une épaule douloureuse simple, s'intégrer dans un Sd épaule main ou exister de façon isolée (algodystrophie) dans ces cas on retrouve les mêmes circonstances étiologiques

- Évolution: 3phases
- 1° Phase: dlr épaule parfois très intense pdt plusieurs S
- 2° phase: épaule enraide avec régression des dlr mais limitation de la mobilité active et passive
- 3°Phase: récupération de la mobilité qui est souvent pas totale (séquelle minime) s'étendant sur 12 à 24 mois

IMAGERIE:

- Radiographie:

Normale ou hypertransparence épiphysaire hétérogène de la tête humérale à un stade tardif

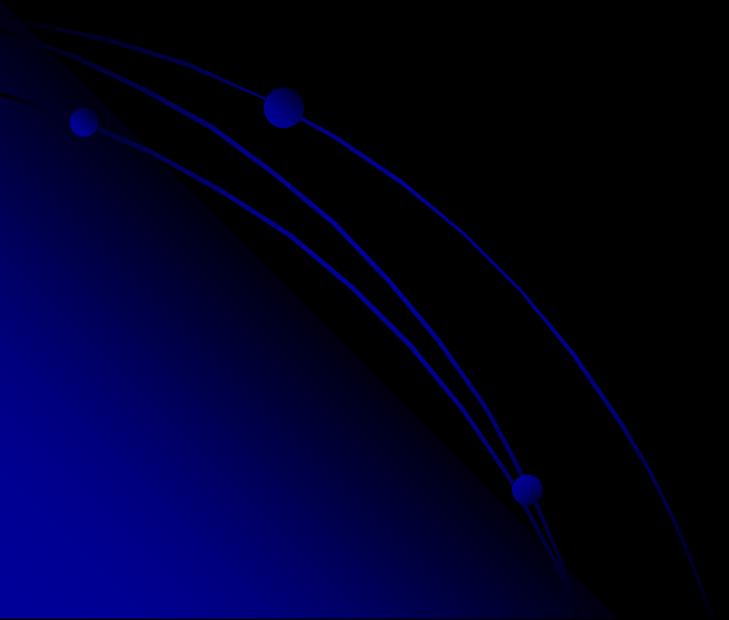
- Arthrographie: réduction de la capacité articulaire de l'épaule et disparition des récessus capsulaire inférieurs et sous scapulaire(<10)
- Scintigraphie: hyperfixation diffuse intense



Autres causes de scapulalgies

- Pathologie artic glénohumérale:
omarthrose, rhumatisme inflammatoire, arthropathie destructrices rapide idiopathique ou II chondrocalcinose
- Pathologie des artic de voisinage:
sterno-claviculaire, acromio-claviculaire
- Pathologie du bourrelet glénoïdien
- Pathologie osseuse:
ONTH, Tm oss de ESH ou glène, path oss voisinage
- Atteinte nerveuse périphérique nerf sus scapulaire, circonflexe et grand dentelé
- Douleur projetées à l'épaule(cervicale, viscérale)
- Épaule post traumatique
- Épaule radique

TRAITEMENT



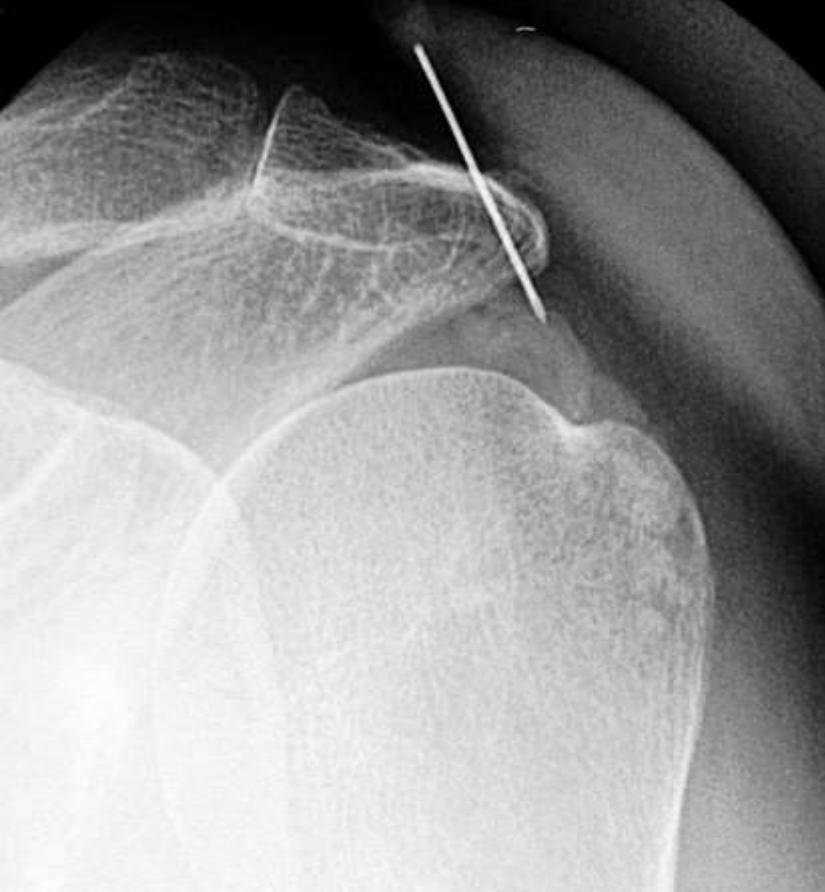
TENDINOPATHIE NON ROMPUE NON CALCIFIANTE DE LA COIFFE:

- Économie articulaire
- Antalgiques, AINS
- Infiltration locale péritendineuse par dérivé cortisonique
- Physiothérapie à but antalgique
- Rééducation
- Traitement chirurgical: échec du traitement fonctionnel.
sous arthroscopie: Acromioplastie
chirurgie à ciel ouvert

TENDINOPATHIES NON ROMPUES CALCIFIANTES

- Immobilisation
- Antalgiques, AINS, vessie de glace
- +/- infiltration de la bourse séreuse s/acromiale
- +/- ponction lavage de la calcification
- Ondes de choc extracorporelles
- Rééducation en dehors de la crise hyperalgique
- Chirurgie: échec du traitement médical
calcification de taille importante

sous arthroscopie ou chirurgie à ciel ouvert



**Reflux laiteux dans
la seringue**

TENDINOPATHIE ROMPUE DE LA COIFFE

- Traitement fonctionnel:
 - Antalgiques, AINS.
 - Rééducation.
 - +/- Infiltrations.
- Chirurgie: dépend de plusieurs critères:
 - Age (<50ans) et motivation
 - Trophicité musculaire et le degré de dégénérescence graisseuse
 - Résultats de la rééducation (mobilité passive)

Capsulite rétractile

- Antalgiques, AINS
- Trt locale: infiltration intra articulaire
Si échec:
 - Arthrodistension + infiltration intra-articulaire par des corticoïde associée à une mobilisation intensive du membre supérieur
 - À tous les stades: rééducation +++
 - Parfois capsulotomie chirurgicale

conclusion

La pathologie de l'épaule est dominée par l'atteinte de la coiffe des rotateurs dont le diagnostic est basé sur un examen clinique soigneux et une exploration radiographique standards avant toutes autres demande d'imagerie complémentaire.