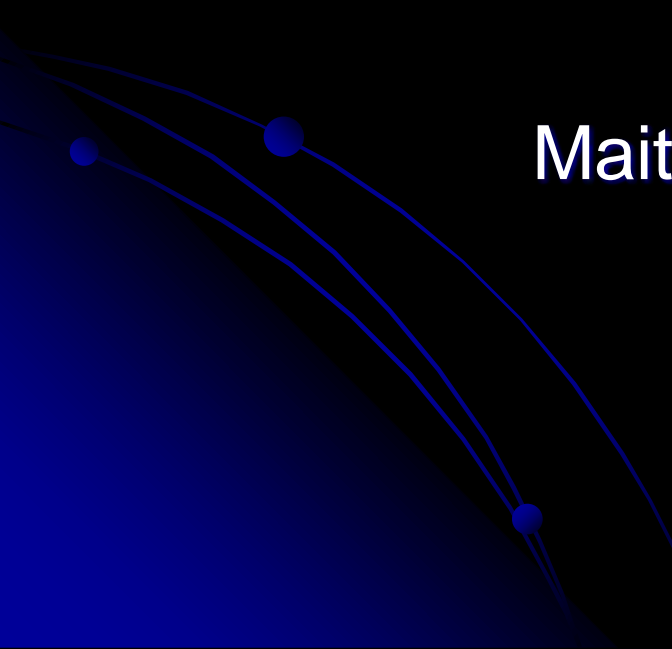


Épaule douloureuse

Dr.Talbi.A
Maitre assistante en MPR
CHU SBA

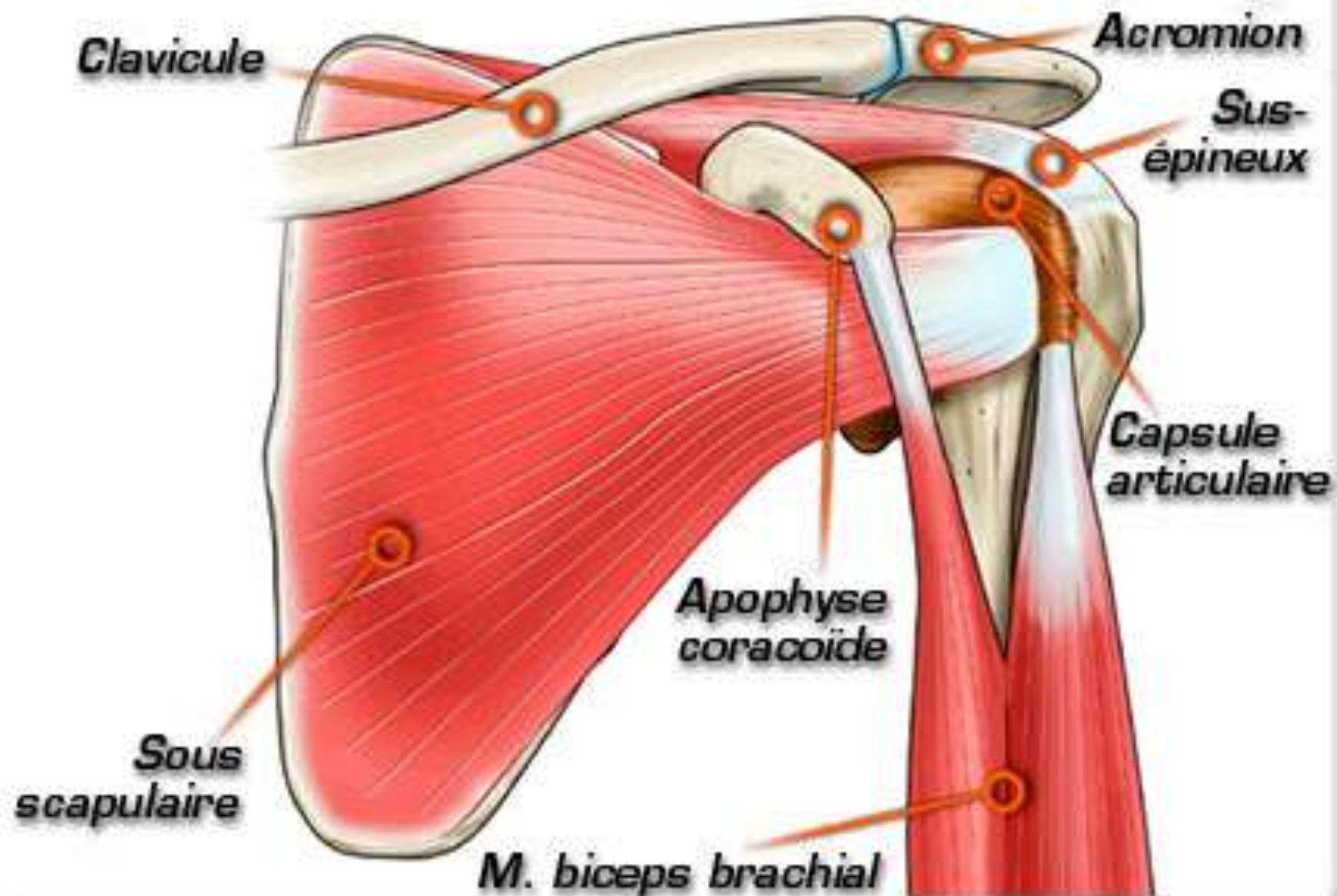


INTRODUCTION

- 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.



Les quatre muscles de la coiffe des rotateurs

Vue de face

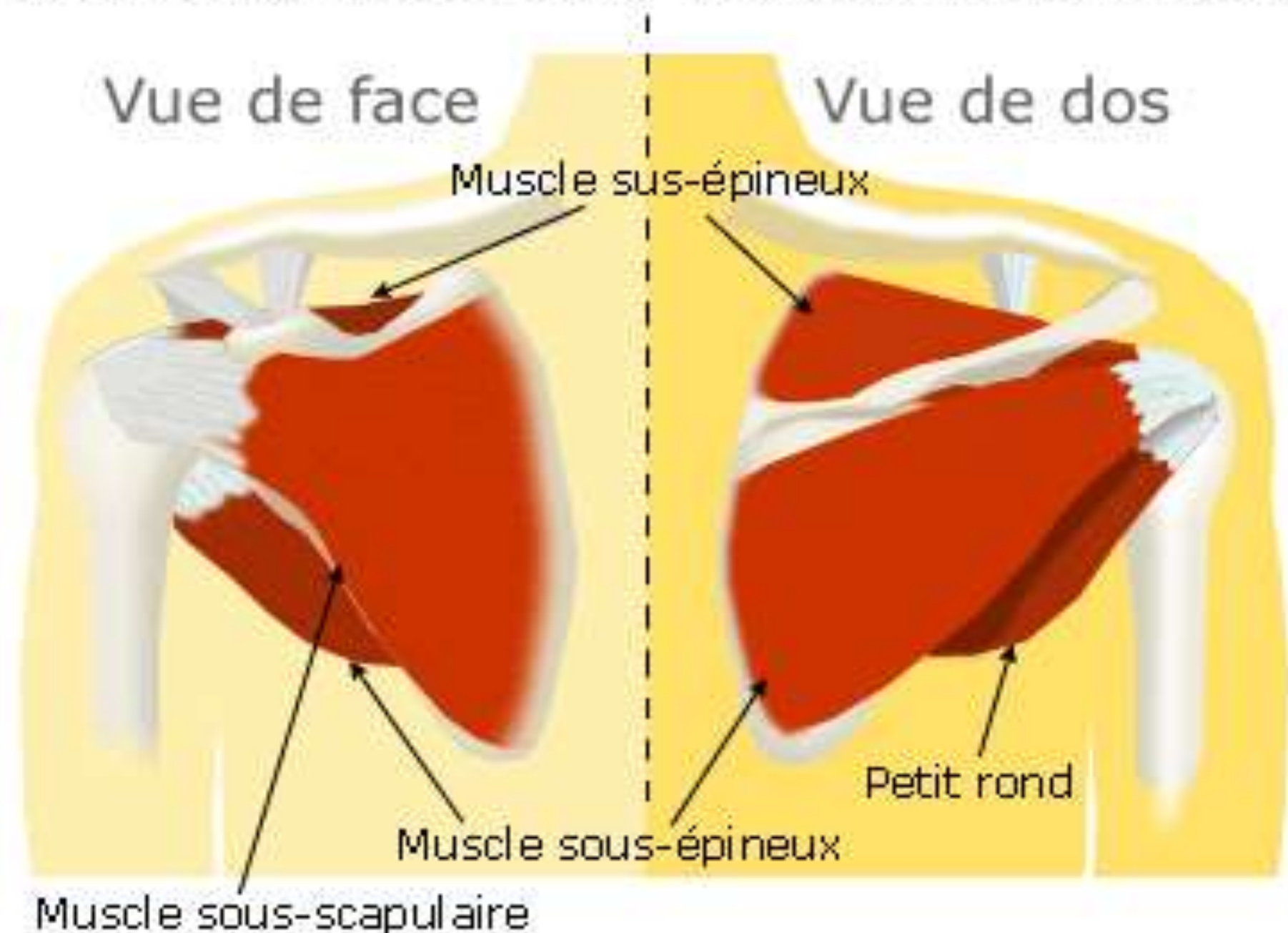
Vue de dos

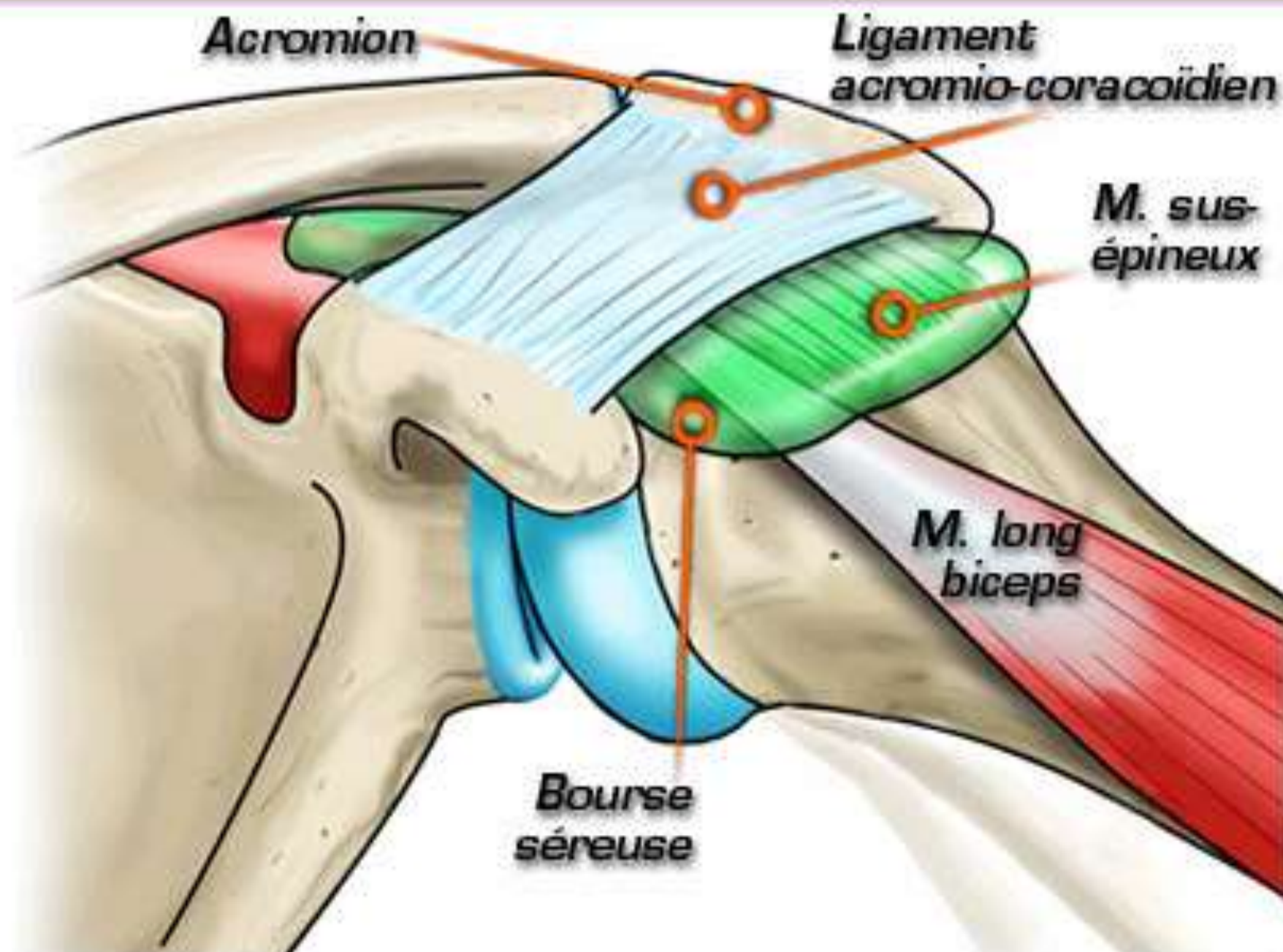
Muscle sus-épineux

Petit rond

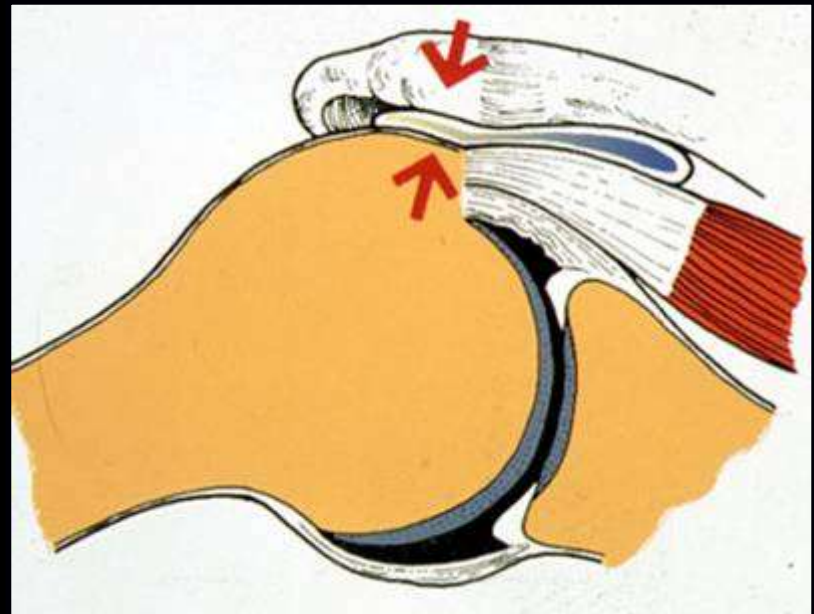
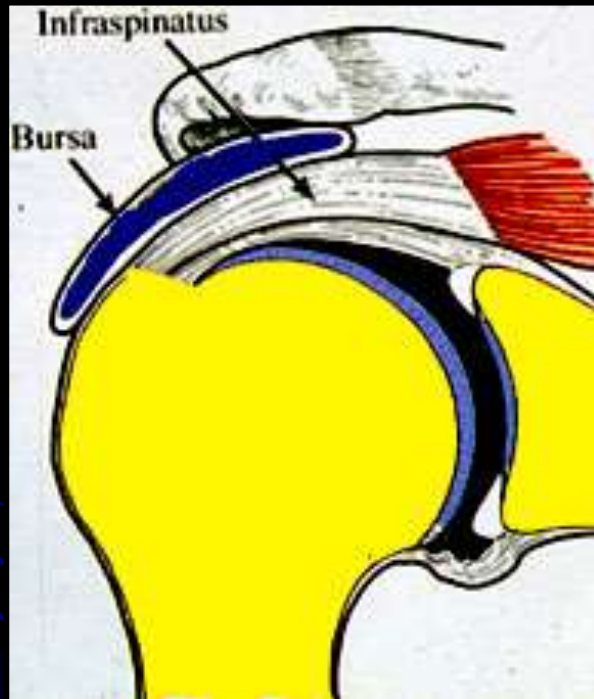
Muscle sous-épineux

Muscle sous-scapulaire





Le conflit sous-acromial



- Inflammation de la bourse

ENQUETE DIAGNOSTIQUE

- Interrogatoire:
 - ❖ précise le terrain: âge, ATCD, latéralisation du patients (droitier / gaucher)
 - ❖ le statut professionnel et sportif,
 - ❖ Les circonstances d'apparition de la douleur, son irradiation, son caractère diurne ou nocturne, facteurs aggravants/ sédatifs, son évolution dans le temps
 - ❖ la limitation des amplitudes articulaires, et surtout le degré de gêne fonctionnelle

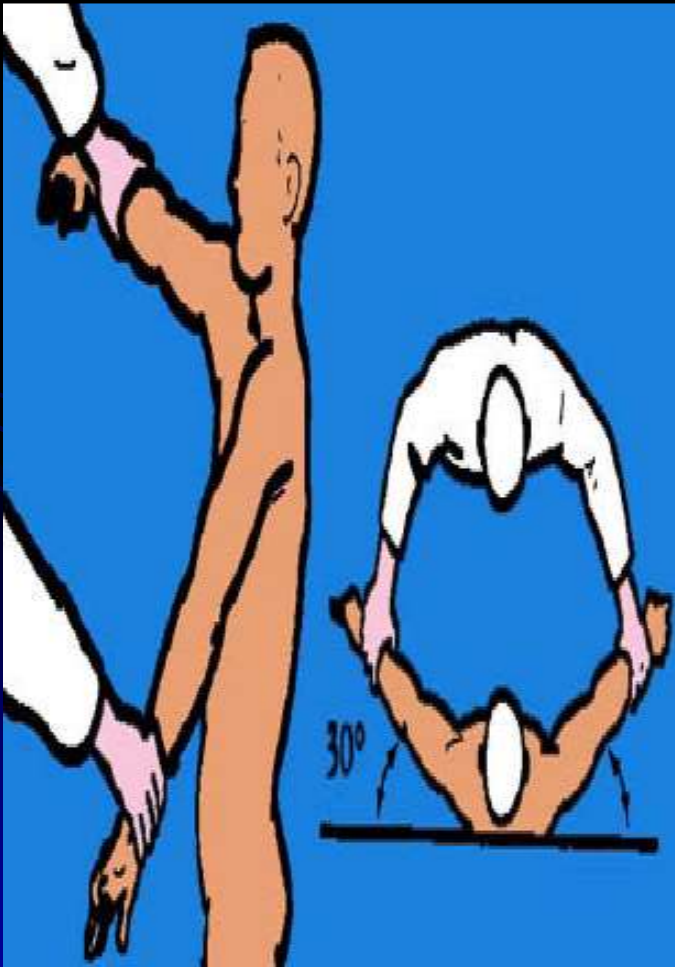
- Examen clinique:

- ❖ Inspection (gonflement , asymetrie , amyotrophie, rougeur...)
- ❖ Palpation(points douloureux,chaleur)
- ❖ Mobilité passive et active
- ❖ Manœuvres topographiques(recherche de tendinopathies):
 - Manœuvre de Jobe (Sus épineux)
 - Manœuvre de Patte (Sous épineux)
 - Palm up Test (long biceps)
 - Lift off test de Gerber (Sub scapulaire)

Manœuvres topographiques

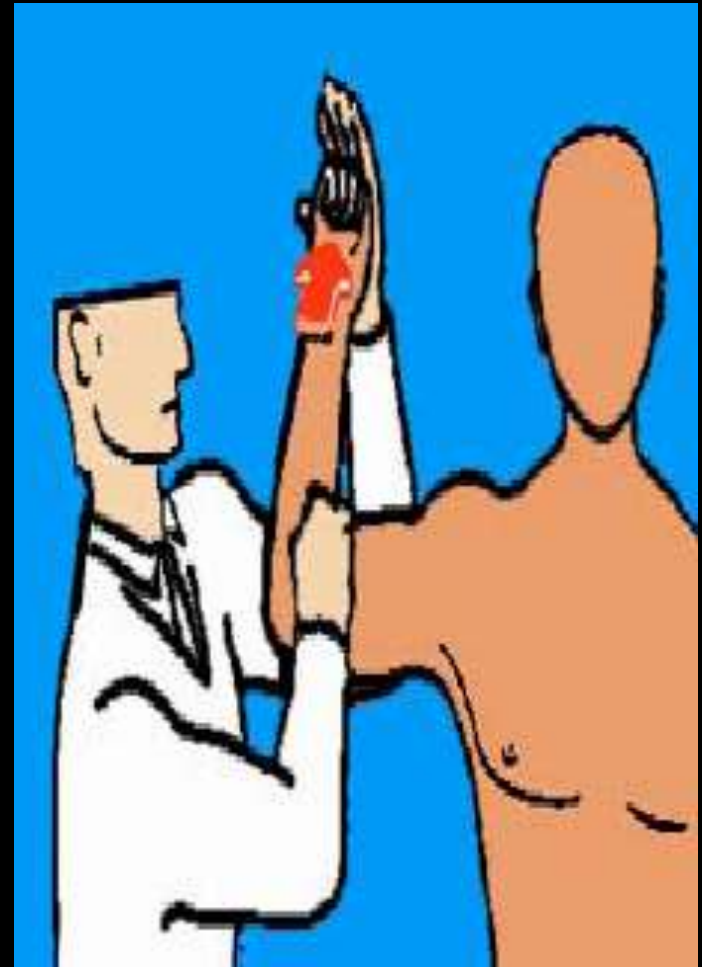
Manœuvre Jobe

**Antépulsion contrariée du bras
en pronation**



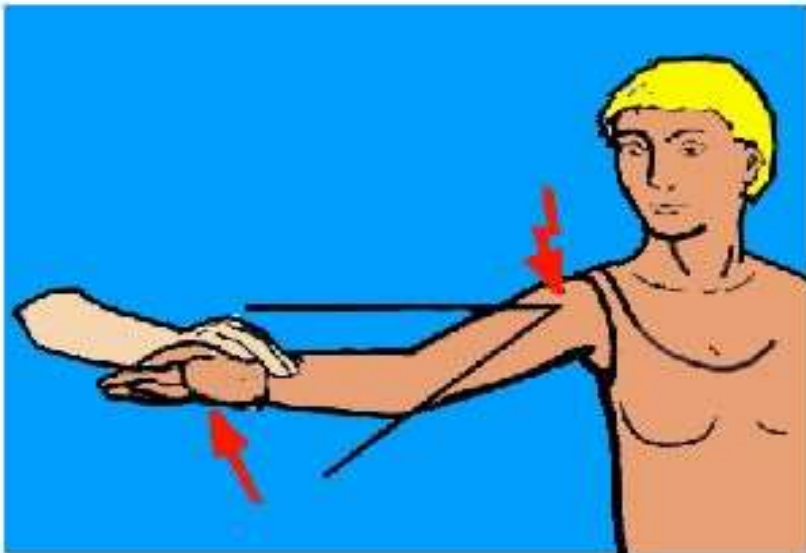
Manœuvre de Patte

**Rotation externe contrariée du bras
en abduction à 90°**



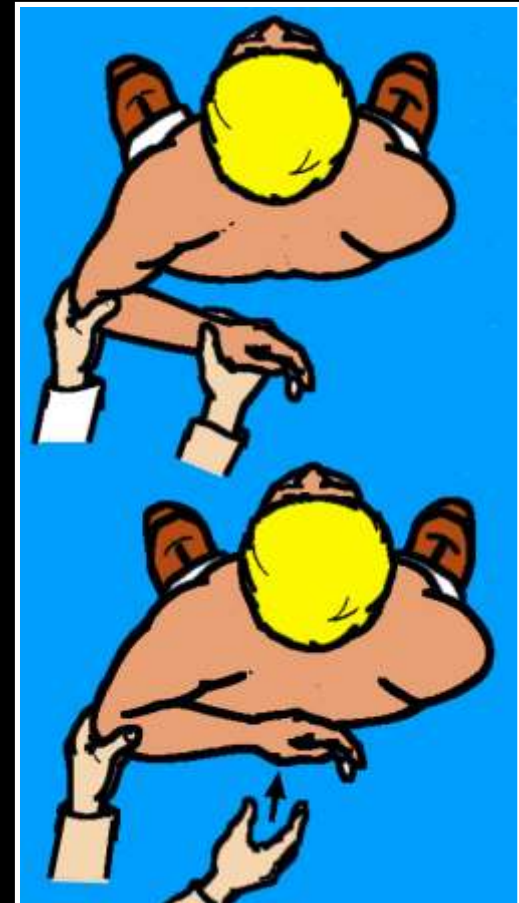
Palm up Test

antépulsion contrariée du
bras en supination

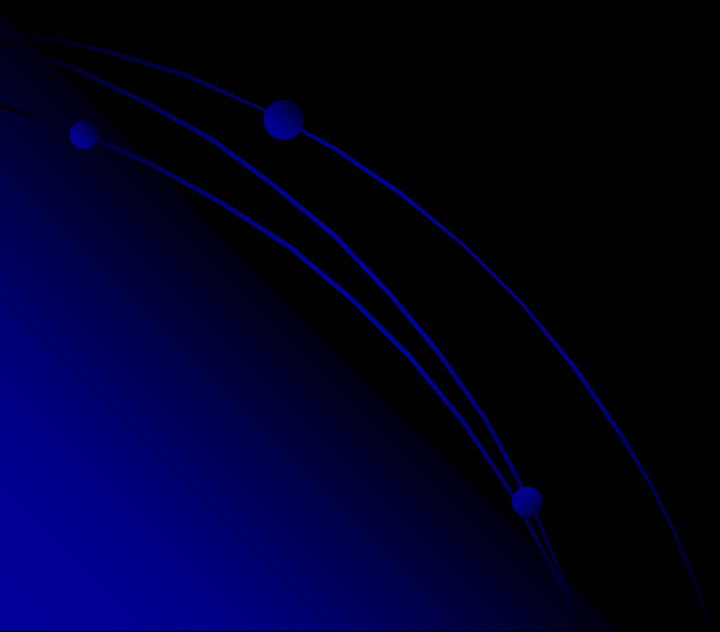


Lift off Test de Gerber

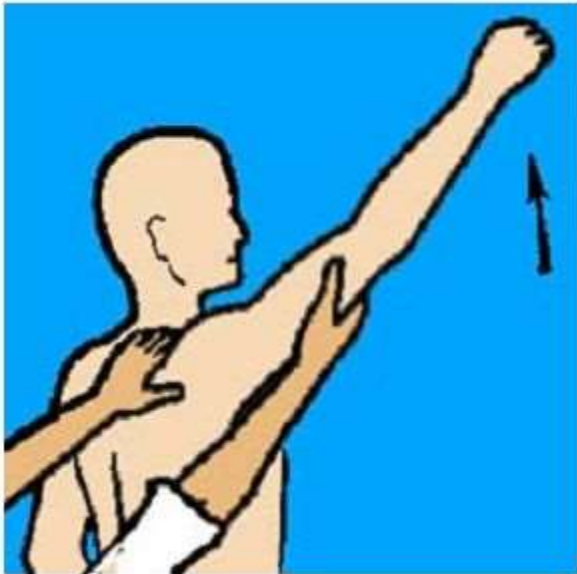
Rotation interne contrariée du
bras



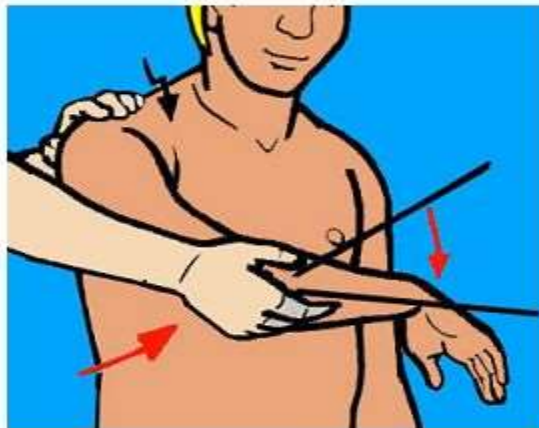
- ❖ Manœuvres d'accrochages (conflit) :
 - « impingement signe » ou manœuvre de Neer
 - Manœuvre de Hawkins
 - Manœuvre de Yocum



Manœuvres d'accrochages



Manœuvre
de Neer



Manœuvre de Hawkins



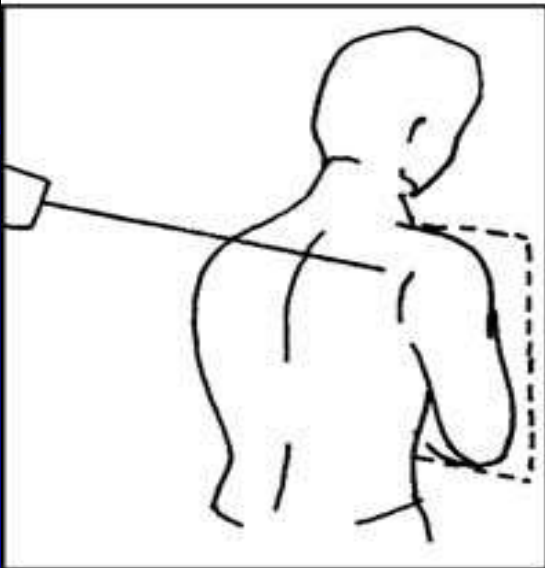
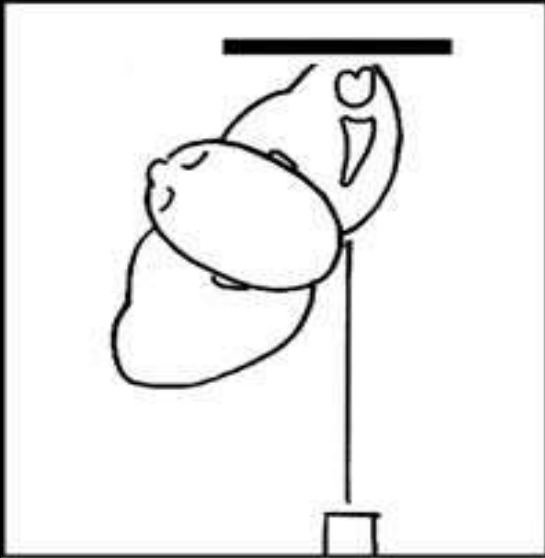
Manœuvre de
Yocum

ENQUETE DIAGNOSTIQUE (suite)

- Examen du rachis cervical, articulation sterno-claviculaire, acromioclaviculaire et du membre sup.
- Examen somatique
- Examens paracliniques
 - ✓ Imagerie:
 - Radiographie: systématique et bilatérale: rotation neutre, externe, interne et profil de coiffe (Lamy)
 - Échographie.
 - Arthroscanner++ (face superficielle des tendons non explorée et ne permet pas le diagnostic des lésions intratendineuses)
 - IRM et arthroIRM.
 - ✓ Biologie.



Profil de coiffe (Lamy)



Profil de coiffe (Lamy)

Calcification

**Conflit sous-acromial:
morphologie de l'acromion**

- Plat
- courbe (risque de rupture)
- crochu.





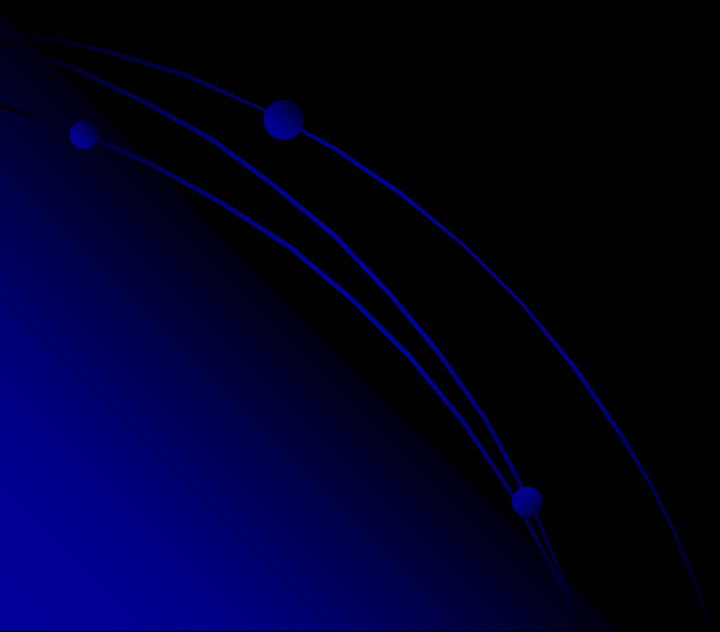


RADIO DE L'EPAULE NORMALE DE
FACE EN ROTATION NEUTRE



RADIO DE L'EPAULE NORMALE DE
PROFIL(AXIAL DE COIFFE)

Diagnostic étiologique



Epaule douloureuse simple

- Sus épineux ++
- Sujet jeune sportif, sujet âgé.
- Douleur modérée, mécanique, peut être intense
- Mouvements passifs et actifs douloureux mais non limités
- Manœuvres d'accrochages: positives
- Manœuvres topographiques douloureuses
- Évolution: favorable sous traitement
 - perforation du tendon, bursite aigue
- Radiographie: - Souvent normale
 - Parfois tendinopathies calcifiantes

Traitement

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

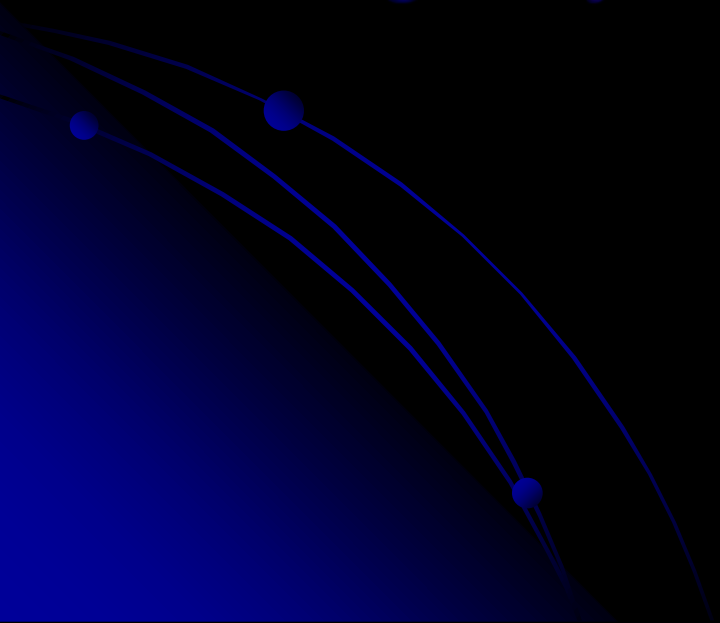
Epaule aigue hyperalgique

- =bursite aigue microcristalline
- Douleurs mécaniques
- Crises hyperalgiques: début brutal spontané ou après surmenage (20 - 40ans)

Provoquée par la migration d'une calcification du tendon dans la bourse sereuse sous acromio-deltoidienne ou par une poussée inflammatoire autour d'une Calcification tendineuse

- Douleur intense, permanente
- Mobilité active et passive limitées

- Évolution: favorable en quelques semaines
- Radiographie: Calcifications
- Biologie: syndrome inflammatoire









CALCIFICATION DANS LA
BOURSE SEREUSE

Traitement

- Immobilisation
- Antalgiques, AINS, vessie de glace
- +/- infiltration de la bourse séreuse sous 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

Epaule pseudo-paralytique

- = rupture de la coiffe des rotateurs
- Sujet âgé: apparition progressive, survient après effort minime, douleur modérée.
- Sujet jeune: traumatisme violent, douleur intense.
- 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

Epaule pseudo-paralytique (suite)

- Radiographie:
Normale ou signes indirects de rupture:
ascension de la tête humérale avec ↓ espace acromio huméral, rupture du cintre gleno-huméral, parfois remaniements du trochiter
- Échographie
- Arthroscanner +++
dépister, mesurer, apprécier trophicité et dégénérescence des muscles
- ArthroIRM: ruptures intra tendineuses et de la face supérieure de la coiffe ++



Traitement

- 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

- = 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: douleur de l'épaule parfois très intense pendant plusieurs semaines

- 2° phase: épaule enraidie avec régression des douleurs 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: aspect moucheté de la tête humérale
- Arthrographie: réduction de la capacité articulaire de l'épaule et disparition des récessus capsulaire inférieurs et sous scapulaire
- Scintigraphie: hyperfixation diffuse intense

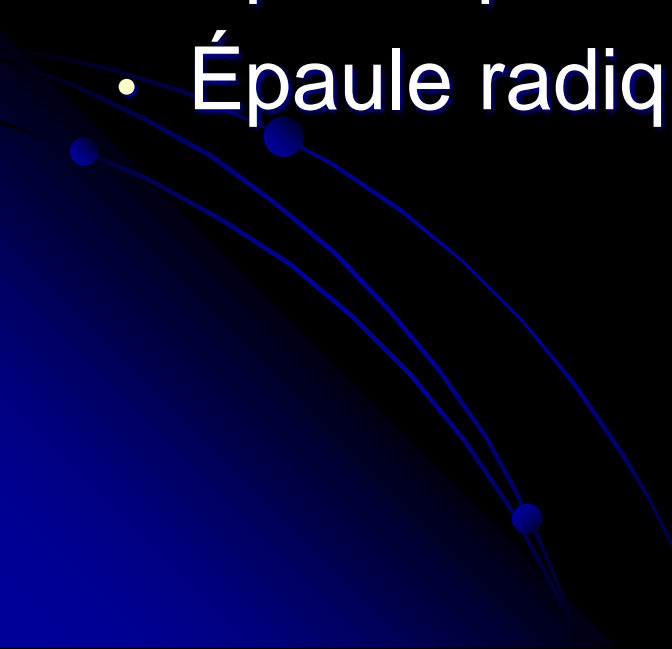


Traitement

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

Autres causes de scapulalgies

- Pathologie articulaire glénohumérale:
omarthrose, rhumatisme inflammatoire, arthropathie destructrices rapide idiopathique ou secondaire
chondrocalcinose
- Pathologie des articulations de voisinage:
sterno-claviculaire, acromio-claviculaire
- Pathologie du bourrelet glénoïdien
- Pathologie osseuse:
osteo-necrose de la tete humerale , Tumeur osseuse de l'extrémité supérieure de l'humerus ou glène,
pathologies osseuses de voisinage

- Atteinte nerveuse périphérique
 - Douleur projetées à l'épaule(cervicale, viscérale)
 - Épaule post traumatique
 - Épaule radique
- 

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 standard avant toutes autres demande d'imagerie complémentaire.