

Conduite à tenir devant une épaule douloureuse

Dr Khelif

Faculté de médecine d'Oran

PLAN

- I/ INTRODUCTION
- II/ RAPPEL ANATOMIQUE
- III/DIAGNOSTIC POSITIF
 - Interrogatoire
 - Examen clinique
 - Examens complémentaires
- IV/ DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL
- V/ DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE
- VI/ PRINCIPES DU TRAITEMENT

INTRODUCTION

- Les douleurs de l'épaule représentent un motif de consultation très fréquent (2^{ème} après les lombalgies)
- La pathologie péri-articulaire (coiffe des rotateurs, capsule articulaire, bourses séreuses) représente 90% des cas

RAPPEL ANATOMIQUE

- A/L'articulation de l'épaule est constituée par l'union de deux unités anatomiques fonctionnelles: principales(la gléno-humérale et la scapulo-thoracique) et accessoires(l'acromio-claviculaire et la sterno-claviculaire)
- B/Les bourses séreuses(la sous acromio-deltoïdienne et sous coracoïdienne)

RAPPEL ANATOMIQUE

- C/ Les tendons de la coiffe des rotateurs
- Jouent un rôle dans la stabilité de l'art omo-humérale; constitué par:
- En haut: le tendon du supra-épineux et de l'infra-épineux
- En dedans: le tendon du sub-scapulaire
- En avt: le tendon du long biceps
- La face supérieure des tendons de la coiffe des rotateurs est séparée de l'artic acromioclaviculaire et de la face inférieure du deltoïde par une bourse séreuse de glissement.

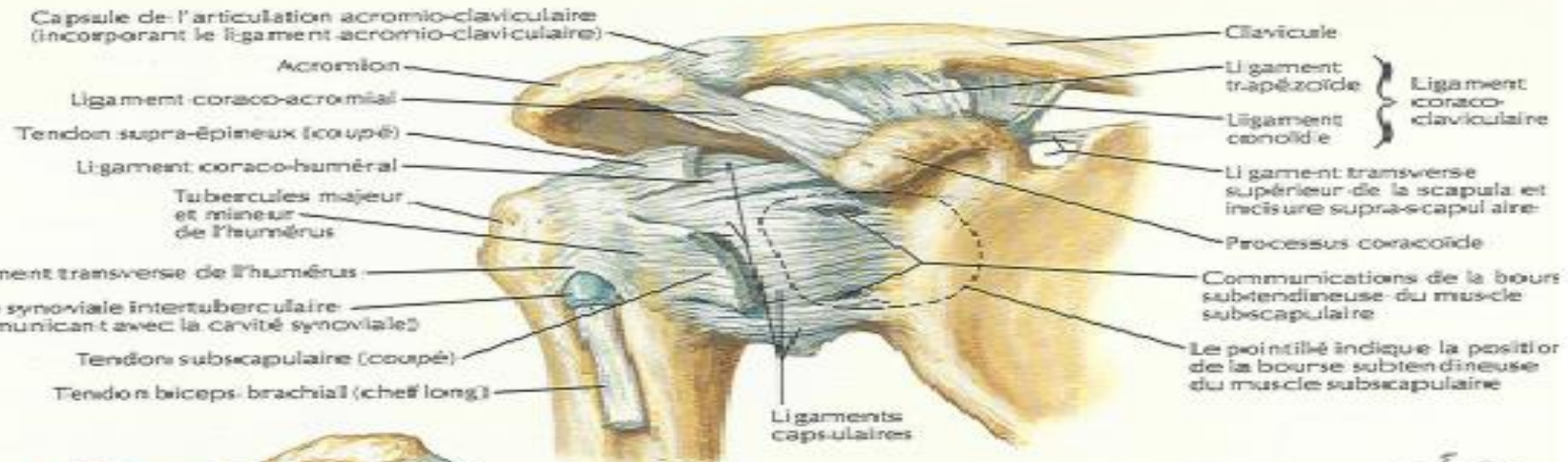
RAPPEL ANATOMIQUE

- Les tendons de la coiffe passent dans un défilé constitué en bas par la tête humérale et le trochiter, et en haut par une auvent formé en avant par le ligament acromio-coracoïdien, et en arrière par l'acromion dont il existe plusieurs variétés anatomiques plus au moins recourbées vers le bas, et donc agressives pour les tendons de la coiffe.

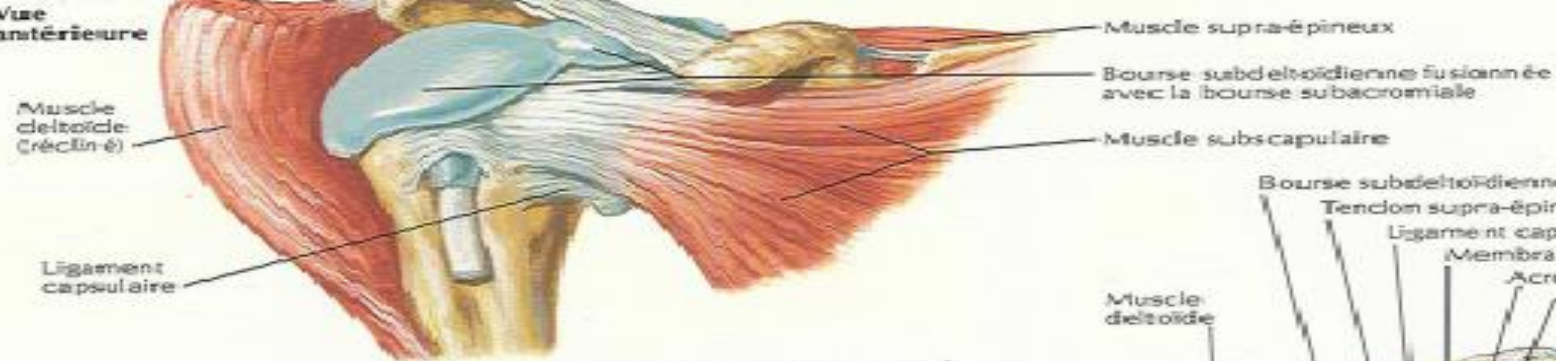
-

Articulation de l'épaule (gleno-humérale)

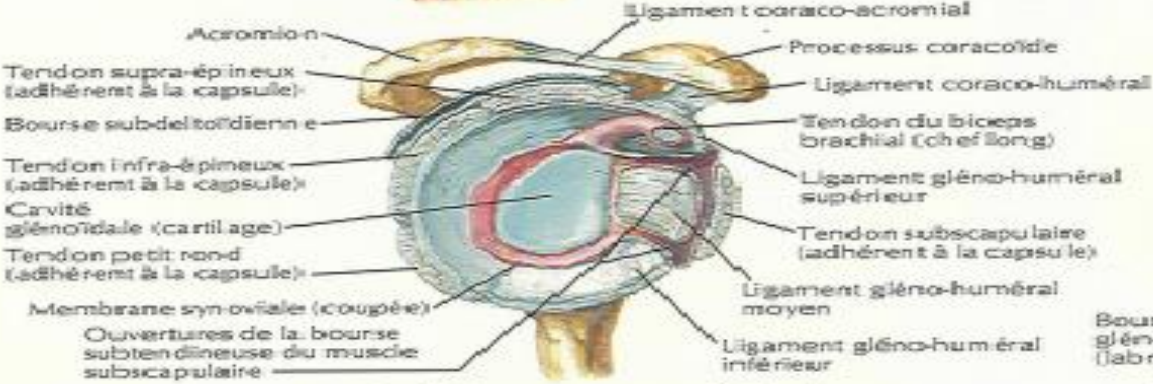
Vue antérieure



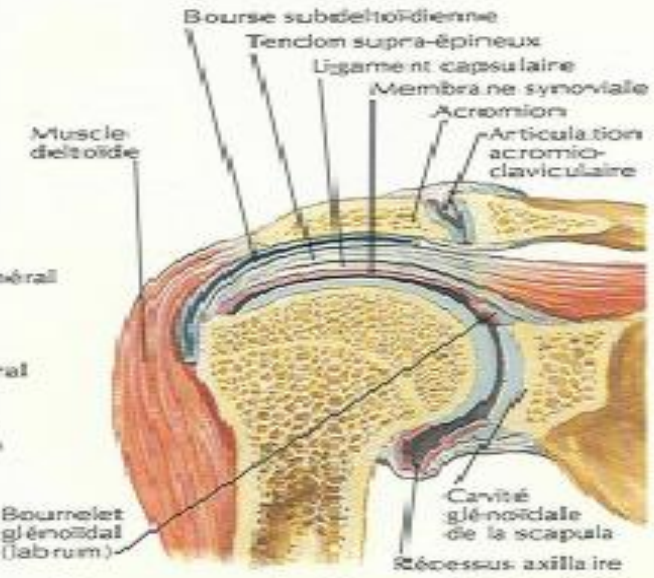
Vue antérieure



F. Netter
© Novartis



Articulation ouverte : vue latérale



Coupe coronale à travers l'articulation

DIAGNOSTIC POSITIF

A/Interrogatoire:

- Le mode de début
- l'évolution sur plusieurs jours ou semaines;
- l'horaire: durant la journée, s'accroissant avec la mobilisation (une douleur nocturne est fréquente au changement de position et ne doit pas égarer)
- le siège exact: antérieur ou externe;
- les irradiations;
- le geste déclenchant: cette douleur est accentuée par la pression locale et certains mouvements;
- le retentissement fonctionnel;
- les antécédents.
-

- B/Examen clinique se fait sur un patient torse nu en position assise ou debout.
- 1/Inspection: on note surtout
 - un gonflement
 - une asymétrie des épaules
 - une amyotrophie des fosses sus et sous épineuses
 - une modification des téguments: ecchymose, rougeur

2/Palpation: à la recherche de:

- une augmentation de la chaleur locale en cas d'une arthrite infectieuse ou inflammatoire

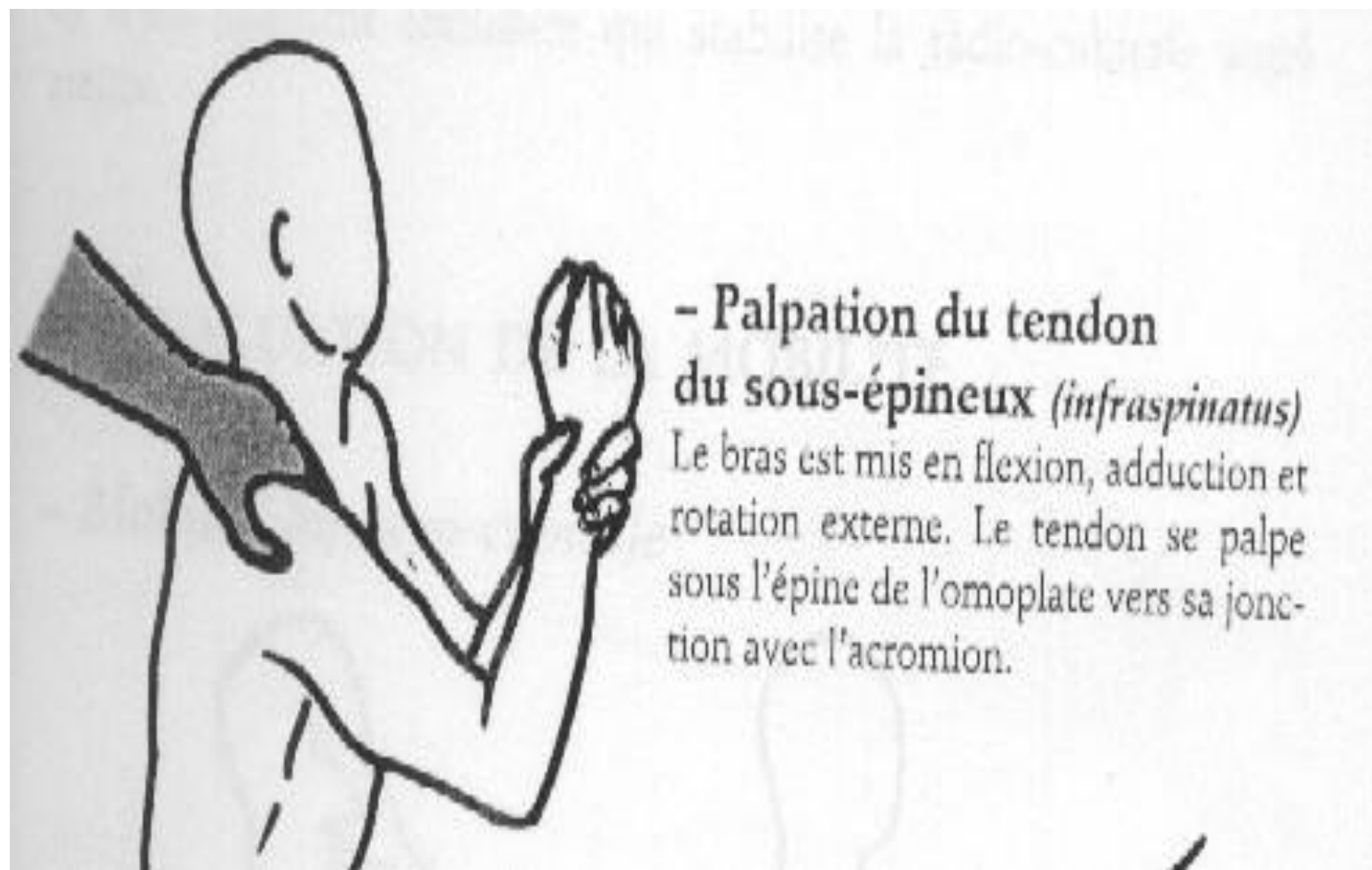
- recherche des points douloureux électifs:

 - palpation des insertions tendineuses et des diff artic de l'épaule

- Palpation du tendon du sus-épineux (*supraspinatus*)

La main est mise dans le dos. Le tendon se palpe à un centimètre environ au-dessous et en avant du bord antérieur de l'acromion.





- Palpation du tendon
du sous-épineux (*infraspinatus*)

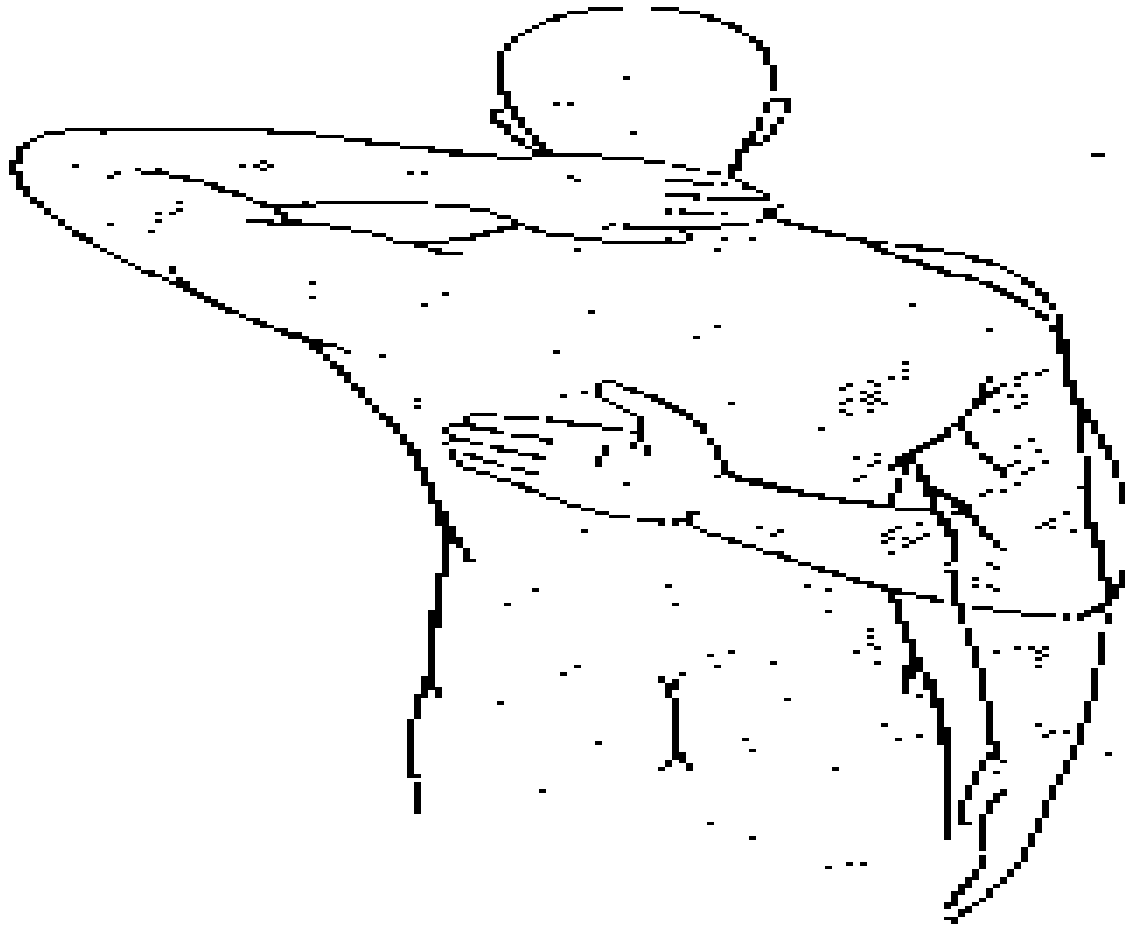
Le bras est mis en flexion, adduction et rotation externe. Le tendon se palpe sous l'épine de l'omoplate vers sa jonction avec l'acromion.

3/Mobilisation:

- active contre pesanteur; puis contre résistance
- mvmts complexes: mains-nuque, mains-dos
- mvmts passifs: amplitudes articulaires

A b d u c t i o n	180 ° gléno-humérale : 0-90 ° scapulo- thoracique : 90- 180 °	Deltoïde Sus-épineux Long-biceps
A d d u c t i o n	30 °	Grand pectoral Grand rond
A n t é p u l s i o n	180 °	Deltoïde Long biceps
R é t r o p u l s i o n	50 °	Deltoïde
R o t a t i o n e x t e r n e	80 °	Sus épineux Sous épineux
R o t a t i o n i n t e r n e	90 °	Sous scapulaire

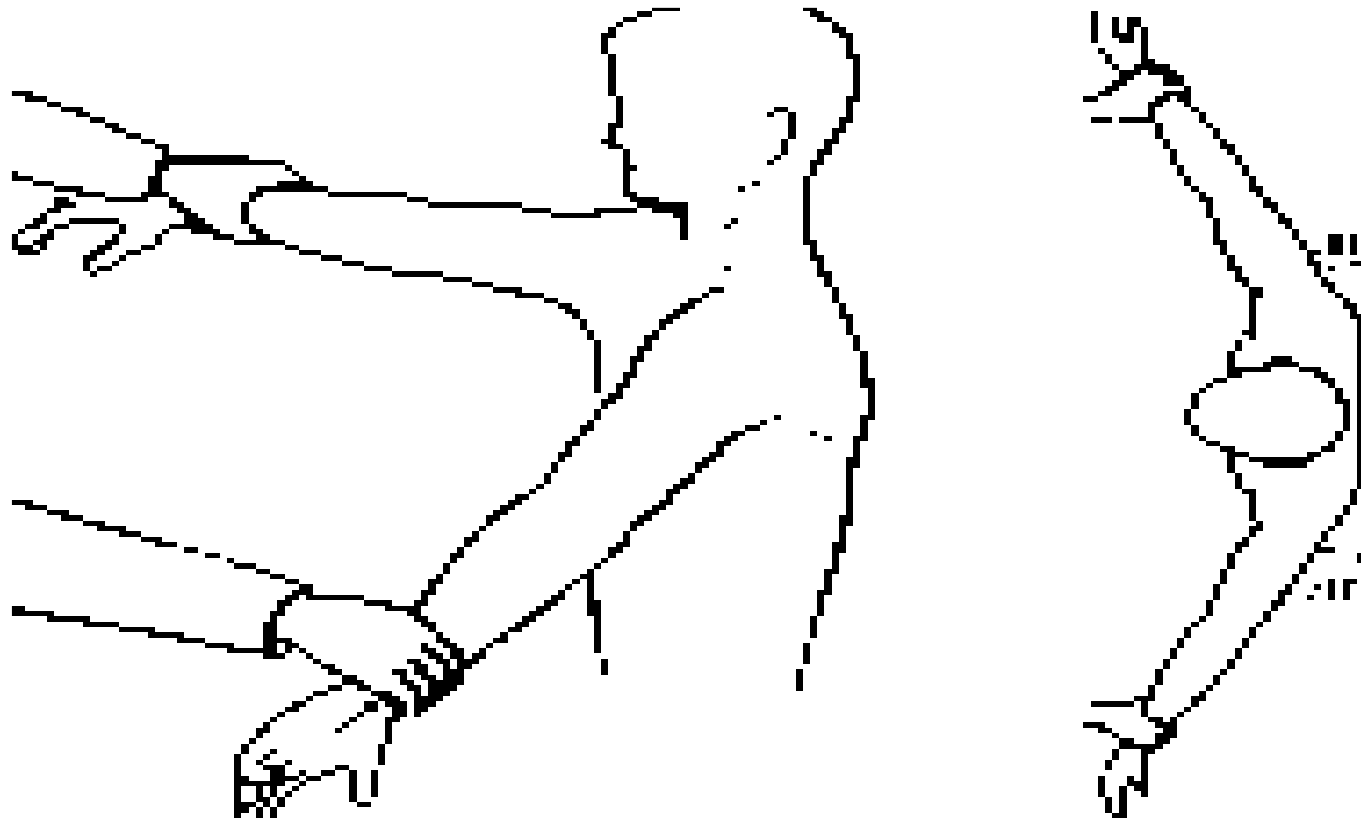
Mvmts combinés:main-nuque(rot
ext)/main-dos(rot int)



Testing des tendons de la coiffe des rotateurs

- la manoeuvre de Jobe (abduction - rotation interne - antépulsion de 30°) teste le sus-épineux.
- la manoeuvre de Patte (rotation externe contrariée coude au corps, ou bras en abduction à 90°) teste le sous-épineux et le petit rond
- le "lift-off test" de Gerber (rotation interne contrariée coude au corps, ou bras en abduction à 90°) teste le sous-scapulaire
- le "palm-up test" (flexion contrariée de l' avt-bras sur le bras, paume regarde vers le haut, teste le chef long du biceps brachial
-

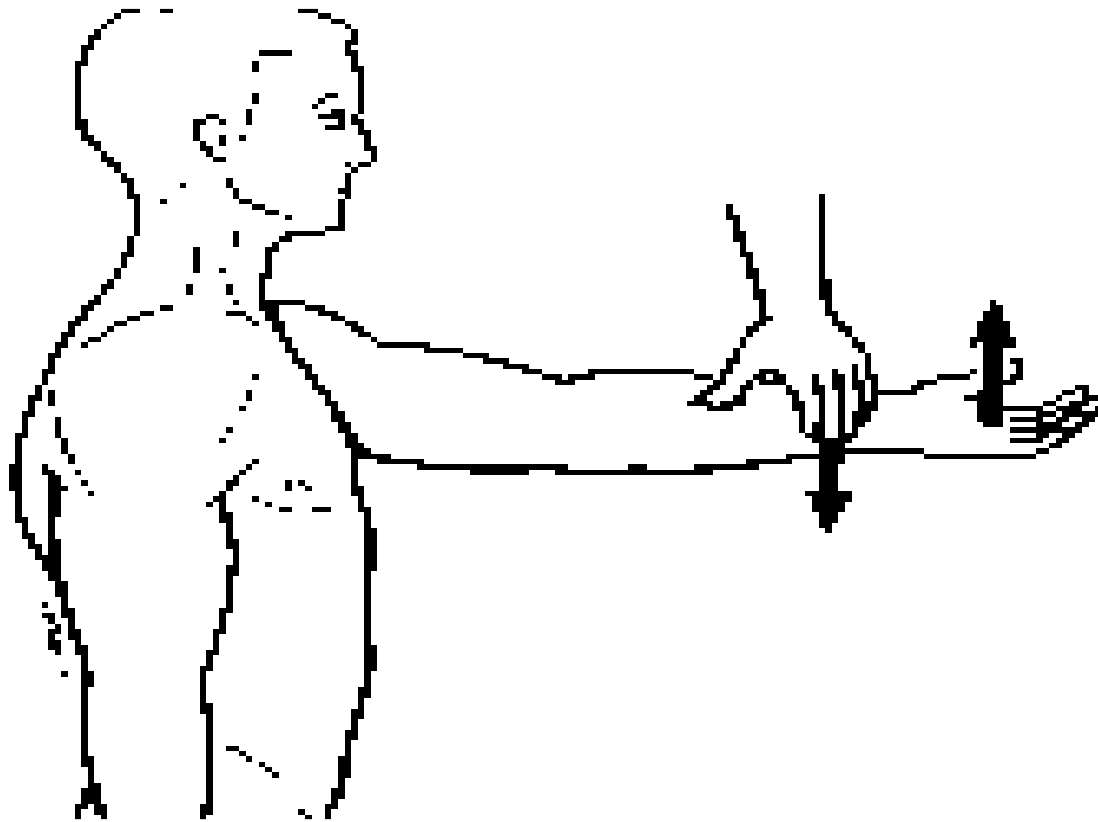
Test de Jobe



Test de Patte



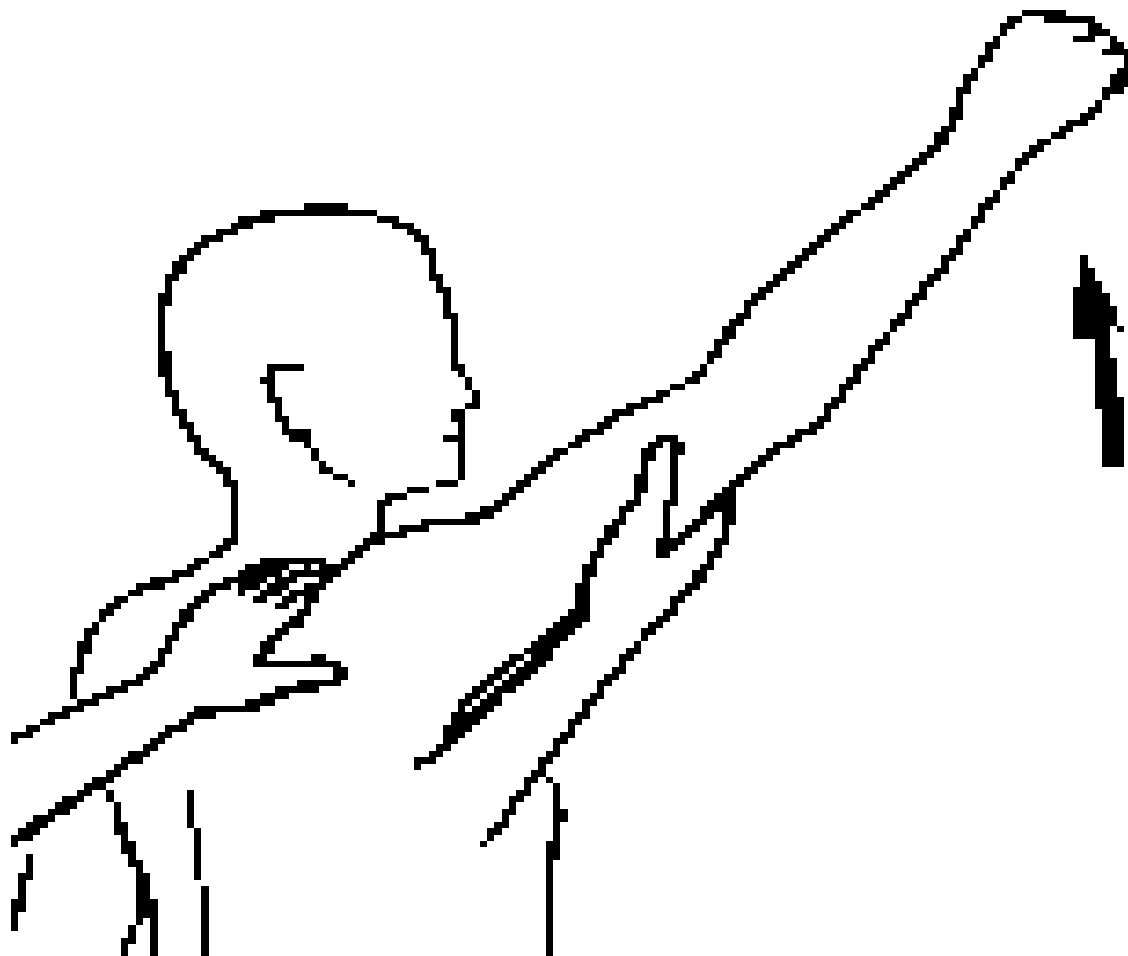
Palm-up test



Signes de conflit

- L'"impigement sign" de Neer est un signe d'incarcération en bloquant le trochiter contre la face antéro-inférieure de l'acromion .
- le signe de Hawkins : la rotation médiale amène le tubercule trochitérien sous le ligament acromio-coracoïdien et le trochin au contact de la coracoïde, augmentant le conflit antéro-supérieur ou attestant d'un conflit antérieur coracoïdien.
- le signe de Yocum reproduit le conflit entre le trochiter et le ligament acromio-coracoïdien.

Signe de Neer

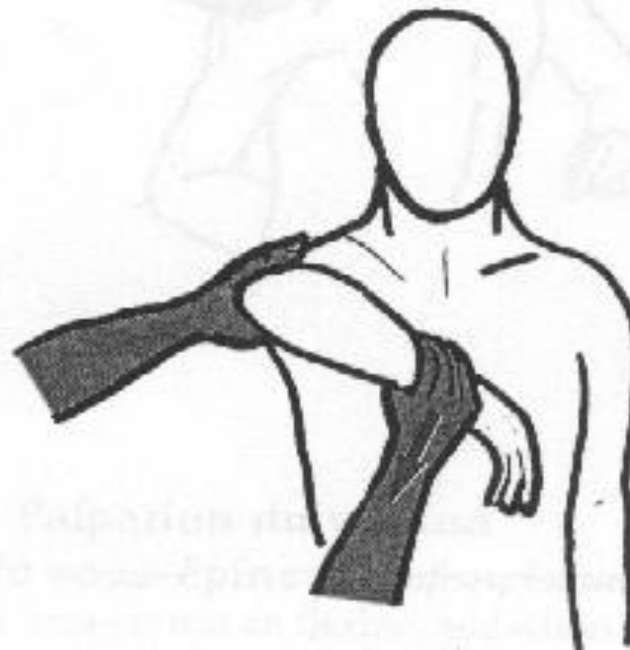
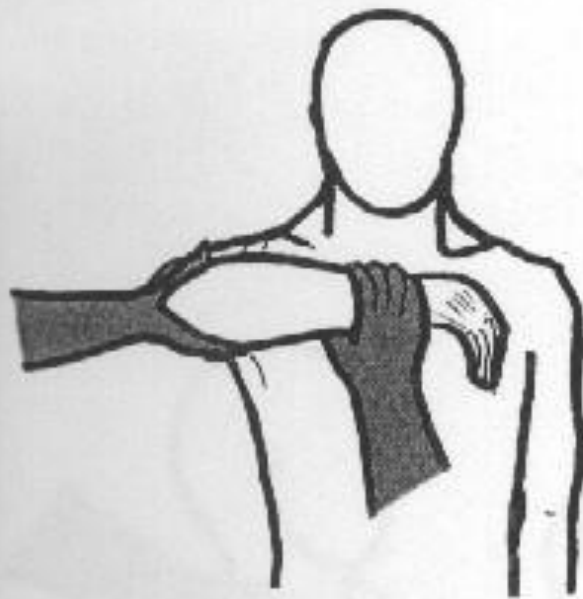


Signe de Hawkins

Test de Hawkins

Le bras positionné en élévation antérieure à 90° , coude fléchi à 90° et avant-bras à l'horizontale, l'examineur effectue des mouvements de rotation interne du bras.

- Le test est positif quand il reproduit des douleurs antérieures.





Test de Yocum

Le sujet repose sa main sur son épaule contrôlatérale. L'examineur s'oppose à l'élévation du coude au-dessus de l'horizontale.

- Le test est positif quand il reproduit des douleurs antérieures.

- *Conflit postéro-supérieur*

Test de l'armé

L'examineur, placé derrière le sujet, porte le bras à 100° d'abduction et 90° de rotation externe et fixe par son autre main l'épaule ex-

minée. L'examineur accentue le mouvement de rétropulsion et de rotation externe du bras.

- Le test est positif quand il reproduit des douleurs postérieures.



Examens para-cliniques

Examens de laboratoire:

Bilan inflammatoire: FNS, VS, CRP

Etude du liquide synovial

Autres: en fonction du contexte

Examens para-cliniques

- Imagerie:
- Radiographies standard:
- Cliché de face en rotation indifférente
- Echographie: si pathologie tendineuse ou synoviale
- Autres: TDM, IRM

Diagnostic différentiel

- **1. Radiculalgie cervicobrachiale (C5 surtout)**
- Les douleurs sont déclenchées par les mouvements du cou.
- Le cou est enraidit.
- La douleur est impulsive à la toux.
- Les signes neurologiques objectifs (réflexe bicipital diminué, hypoesthésie du moignon de l'épaule) permettent de trancher.
-

Diagnostic différentiel

- **2 Epaule neurologique paralytique:**
- la paralysie du circonflexe ou du nerf sus-scapulaire;
- le syndrome de Parsonage et Turner
- **3 Lésions osseuses de voisinage**
- Elles peuvent être:
- une infection: ostéite;
- une tumeur primitive ou secondaire;
- une ostéopathie: maladie de Paget, ostéomalacie avec fissures de LooserMilkman.
-

4. Pathologie viscérale projetée:

IDM, pathologie hépato-biliaire, pancréatite

Examen de l'épaule normal

Diagnostic étiologique

A/Pathologie péri-articulaire: plusieurs tdx cliniques

1.Épaule douloureuse simple : tendinopathie simple de la coiffe des rotateurs

fréquentes après 40 ans

- Effort
- Douleurs du moignon de l'épaule aux mouvements
- Mobilité articulaire normale
- Douleur aux mouvements contrariés
- Tendons intéressés
 - Sus épineux +++
 - Long biceps ++
 - Sous épineux +
 - Sous scapulaire +

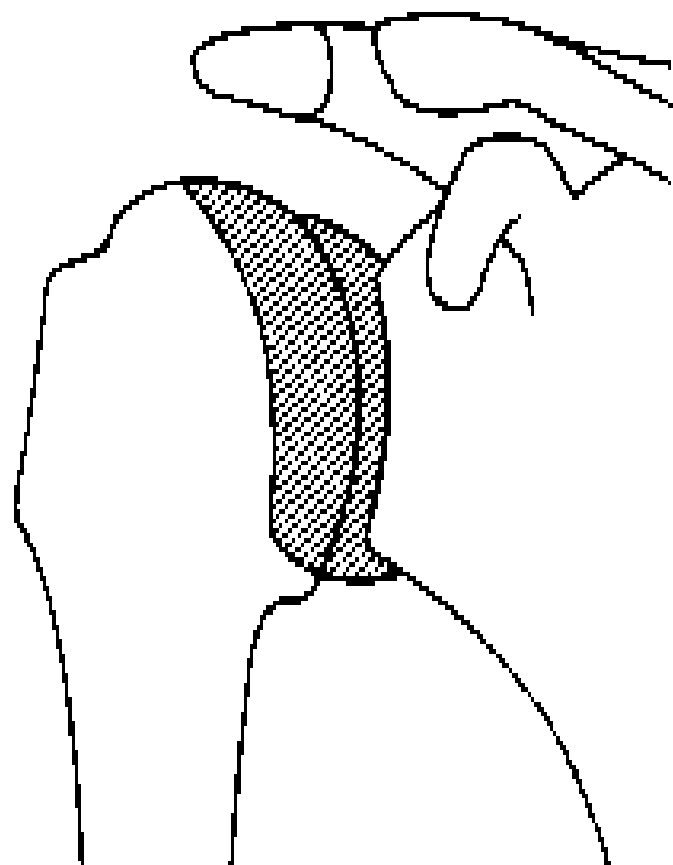
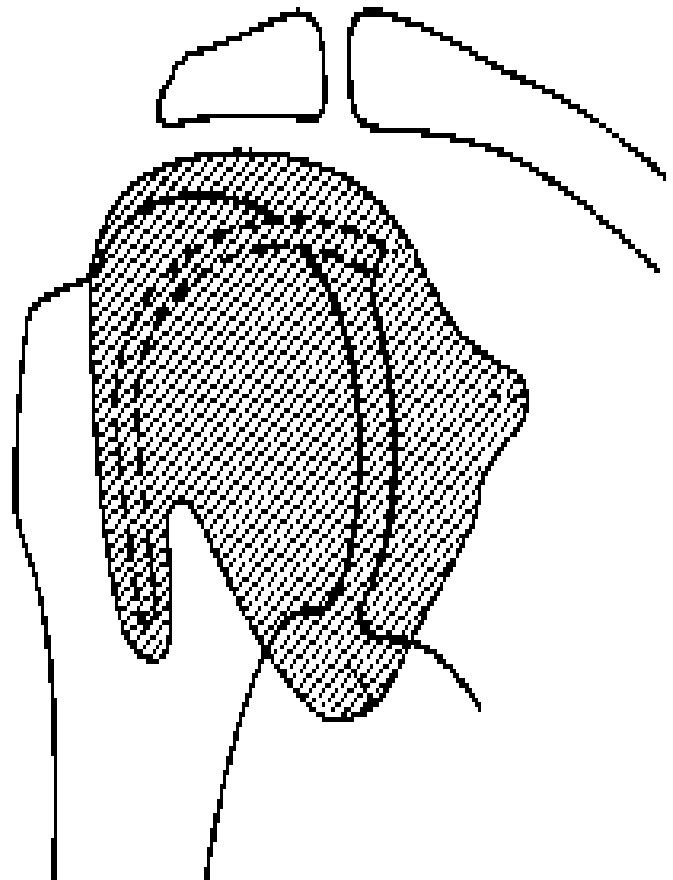
- 2.Épaule aigue hyperalgique: bursite aigue micro-cristalline
- ✓ Rupture d'une calcification tendineuse dans la bourse sous acromio-deltoïdienne
 - ✓ Clinique: douleur intense avec impotence fonctionnelle +++(mobilité pass et act très limitée)
 - ✓ Rx :
 - * Disparition de la calcification
 - * Nuage prenant la forme des contours de la bourse



3.Épaule pseudo-paralytique: correspond à une rupture de la coiffe des rotateurs: évolution défavorable d'une tendinite sus et sous épineux.
discordance entre mobilité passive (+) et active (-).

4.Épaule bloquée ou gelée:correspond à une capsulite rétractile de l'épaule

- enraidissement progressif
- précédé parfois d'une phase hyperalgique
- évolution vers la régression: qlq mois à 2 ans
- facteurs favorisants:
 - diabète +++
 - médicaments : barbituriques, isoniazide, iode R*
 - traumatisme
 - pathologie pulmonaire : cancer, tuberculose...
 - cardiaque : infarctus du myocarde
 - neurologique: hémiplégie, Parkinson...
- Rx : aspect moucheté de la tête humérale



5.Épaule instable:

- Sensation de ressaut lors du mouvement
- Étiologie souvent traumatique
- Pathologie du bourrelet glénoïdien
- Intérêt de :
 - Arthroscopie : diagnostic et traitement
 - Arthro-scanner si traitement chirurgical envisagé

B/Arthrite infectieuse

1. À germe banal:

Terrain immunodéprimé: diabète, ifce rén chr,...

- Porte d'entrée:...infiltration+++
- Fièvre +++, début brutal
- Mobilité nulle
- Confirmation : ponction articulaire
- Rx :
 - Normale au début
 - Pincement et géodes dans les formes évoluées

2. À germe spécifique (BK):

notion de contagé ou ATCD de tuberculose

début insidieux

évolution chronique

signes d'imprégnation

signes radio:destruction ostéo-cartilagineuse

importante sans signes de reconstruction

Confirmation : recherche de BK positive/ preuve histologique

**Tuberculose de l'épaule : volumineuse "carie sèche"
et géode de la tête. Pincement complet de
l'articulation gléno-humérale**



C/Arthropathies micro-cristallines

1. la goutte: atteinte rare et tardive de l'épaule
2. la chondrocalcinose articulaire : att de l'épaule plus frq avec épisodes de bursite aigue, se voit plus svt chez la femme après la ménopause
signes radio: présence de calcifications au sein du cartilage artic
3. Le rhumatisme à hydroxyapatite: calcifications intra ou péri tendineuses

C/Rhumatismes inflammatoires chroniques:

1. la polyarthrite rhumatoïde
2. la spondylarthrite ankylosante
3. la pseudo polyarthrite rhizomélique

D/Pathologie dégénérative (mécanique)

1. algodystrophie

- ✓ Signes vasomoteurs : sueur, Rougeur
- ✓ Souvent associée à l'algodystrophie de la main
syndrome épaule-main
- ✓ Mobilité possible
- ✓ Rx :
 - respect de l'interligne
 - Déminéralisation mouchetée
- ✓ Scintigraphie: Hyperfixation

- 2. Omarthrose: Elle est très rarement primitive, mais souvent secondaire à un traumatisme, une tendinopathie évoluée, une nécrose évoluée.
- Les signes radiologiques associent pincement, ostéophytose capitale inférieure « en goutte », ostéocondensation.

**Omarthrose avec pincement glénohuméral complet et
ascension de la tête humérale.
Disparition de l'espace sous-acromial**



- 3 .Ostéonécrose aseptique de la tête humérale
- Elle est souvent bilatérale.
- Les signes radiologiques en retard par rapport à la clinique avec perte de la sphéricité de la tête hum et arthrose secondaire .
- Les causes sont surtout les corticoïdes, plus rarement les barotraumatismes.



4. Autres arthropathies dégénératives:

- Arthropathie nerveuse
- Arthropathie hémophilique
- Chondromatose primitive

PRINCIPAUX CADRES CLINIQUES

Douleur d'horaire mécanique

Recherche point douloureux précis à la palpation

Mobilisation → passive → active ↙ Amplitude ↘ Douleur provoquée

Douleur actif ⊕
passif ○

Douleur actif ⊕
passif ⊕

Examen neurologique

Limitation d'amplitude

Déficit neurologique

⊕

⊖

- Paralysies
 - sus-scapulaire
 - circonflexe
 - grand dentelé
- Syringomyélie
- NCB C5

Epaule « pseudo-paralysée »

modeste

modérée + hématome

majeure

Tendinites et bursites

Epaule sénile hémorragique

Capsulite rétractile

Liquide synovial

Rupture de la coiffe

Abduction contrariée
Tendinite sus-épineux

Rotation externe
Tendinite sous-épineux

Rotation interne
Tendinite sous-scapulaire

Flexion avant-bras
Tendinite biceps

Arc douloureux simple
Bursite

RADIOGRAPHIE DE CONTRÔLE

PRINCIPES DU TRAITEMENT

A/Traitement étiologique: dans la mesure du possible

B/ Mesures générales: repos articulaire (mise en place d'une écharpe, application de glace)

C/Traitement médical symptomatique:

1. par voie générale: essentiellement dans les atteintes de la coiffe des rotateurs:
antalgiques + AINS (si pas de contre – indications)

2. Par voie locale (infiltration d'un corticoïde retard): si trt AINS inefficace ou contre-ind

D/Traitements physiques (techniques de Rééducation fonctionnelle): pour lutter contre la douleur et la raideur

E/Traitement chirurgical: indiqué en cas d'une rupture de coiffe, instabilité et en cas d'atteintes destructrices de l'épaule