

L'Épaule Douloureuse

Dr Pierre DUCARMOIS

Chirurgie de l'épaule

GHDC

Epaule douloureuse

1. Pathologie de la coiffe des rotateurs
2. Arthropathies gléno-humérales (arthrose, arthrite, ostéonécrose, cal vicieux...)
3. Pathologie acromio-claviculaire
4. Epaule douloureuse et instable
5. Epaule neurologique

PATHOLOGIE DE LA COIFFE DES ROTATEURS

(PSH démembrée)

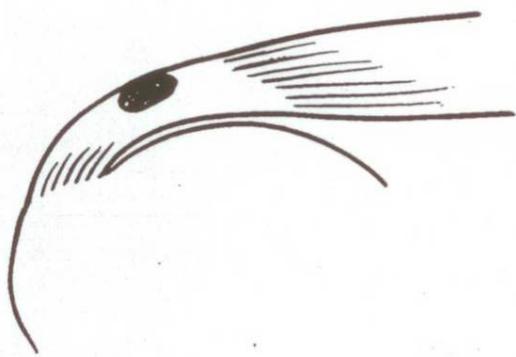
1. Tendinopathie calcifiante
non-calcifiante
2. Tendinopathie rompue
non-rompue
3. Rupture partielle
complète
4. Omarthrose excentrée
Cuff Tear Arthropathy

Calcifications

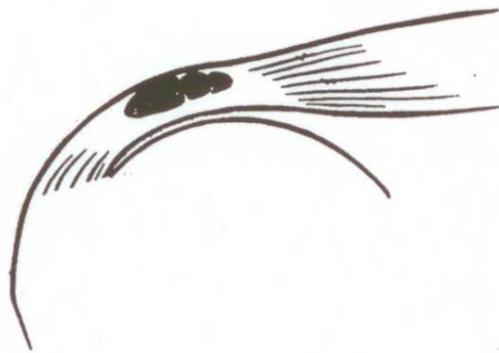
- « Docteur, j'ai mal à l'épaule à cause de mes calcifications... »
- NON : confusion avec le CSA

Calcifications

- Epiphénomène
- Cycle évolutif
- Crises hyperalgiques
- Aucune corrélation :
 - Taille / forme / symptômes



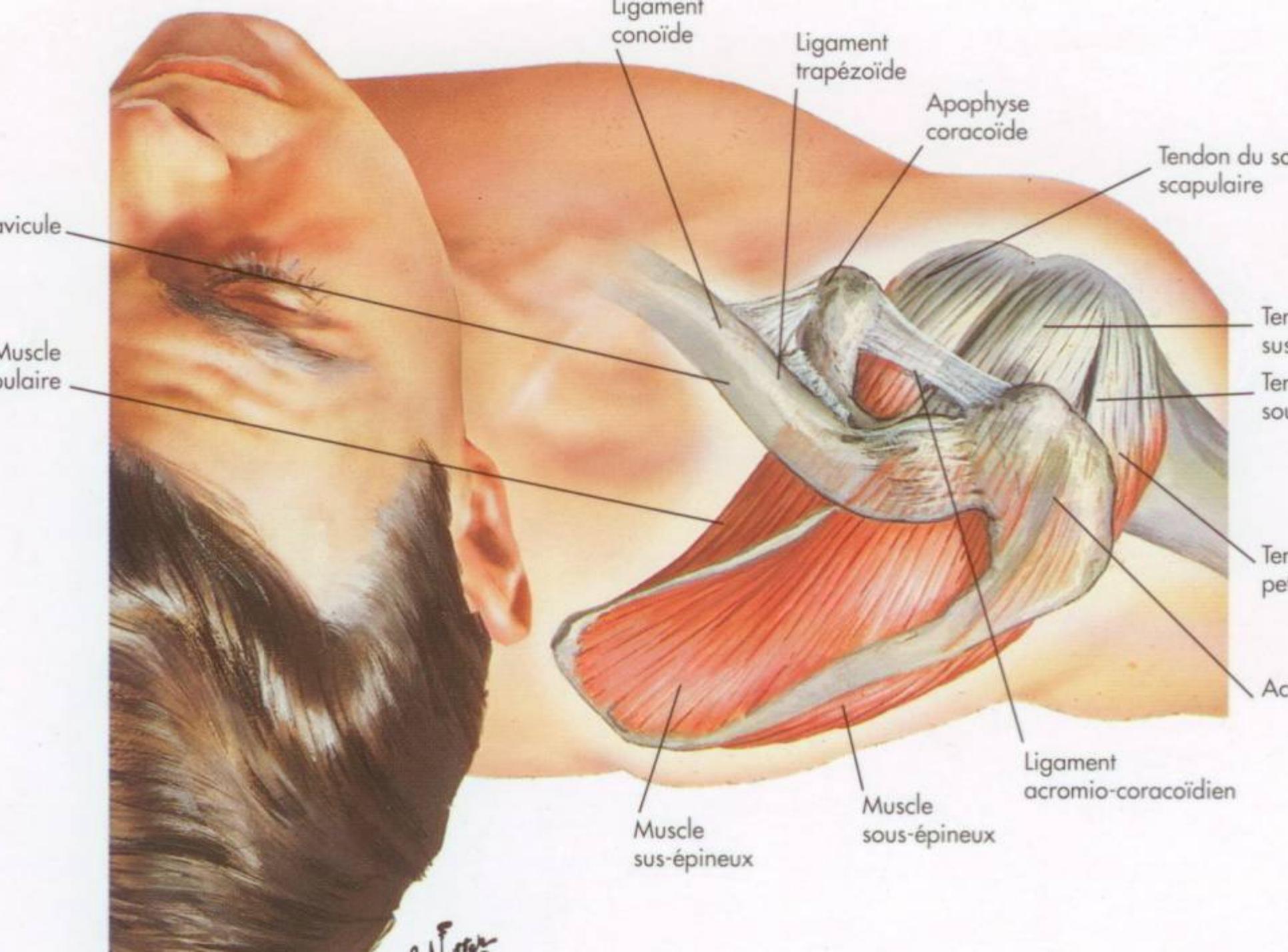
Type A



Type B



Type C



Ligament conoïde

Ligament trapézoïde

Apophyse coracoïde

Tendon du scapulaire

Acromioclaviculaire

Muscle scapulaire

Tendon sus-épineux
Tendon sous-épineux

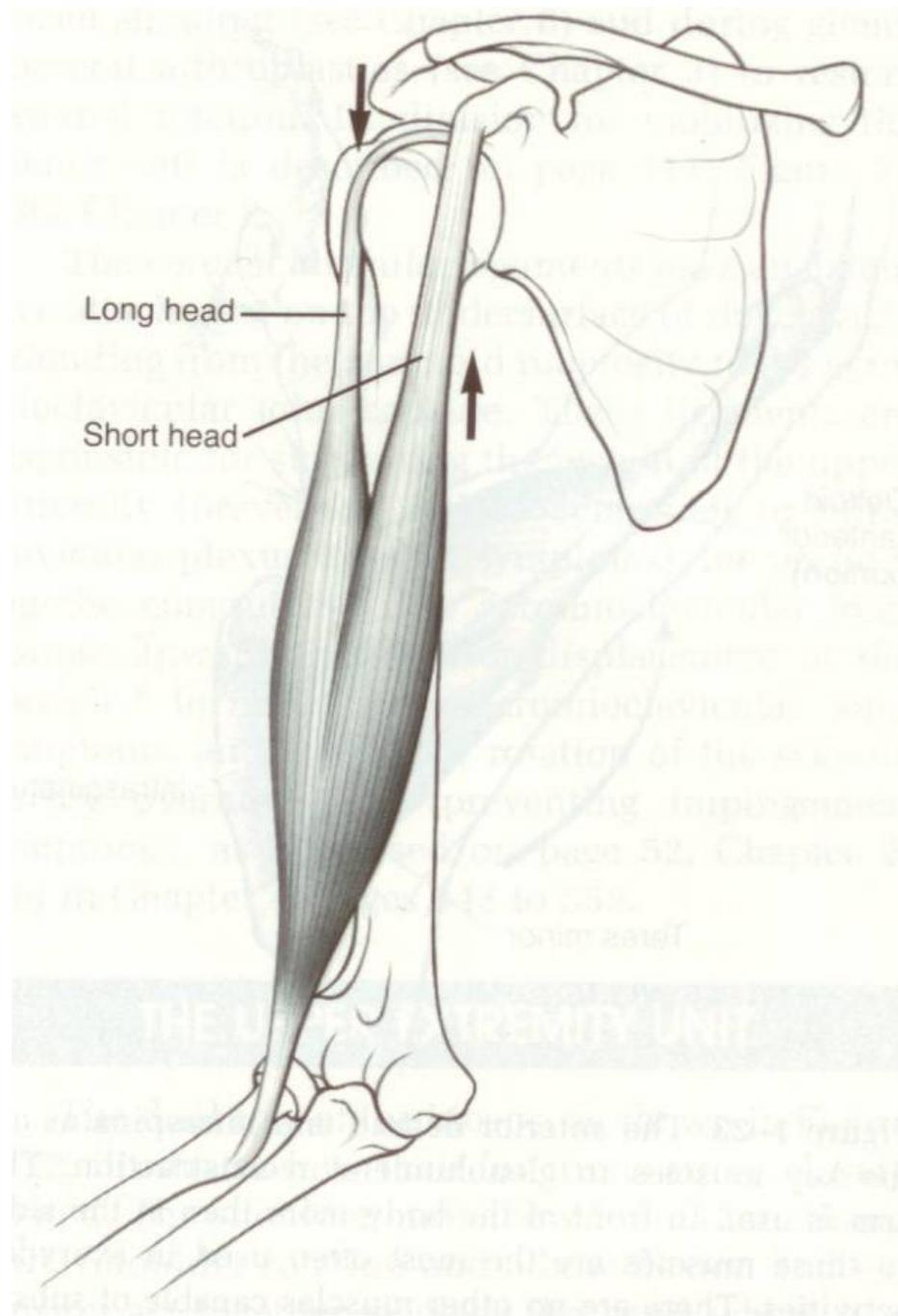
Tendon pe

Acromion

Muscle sus-épineux

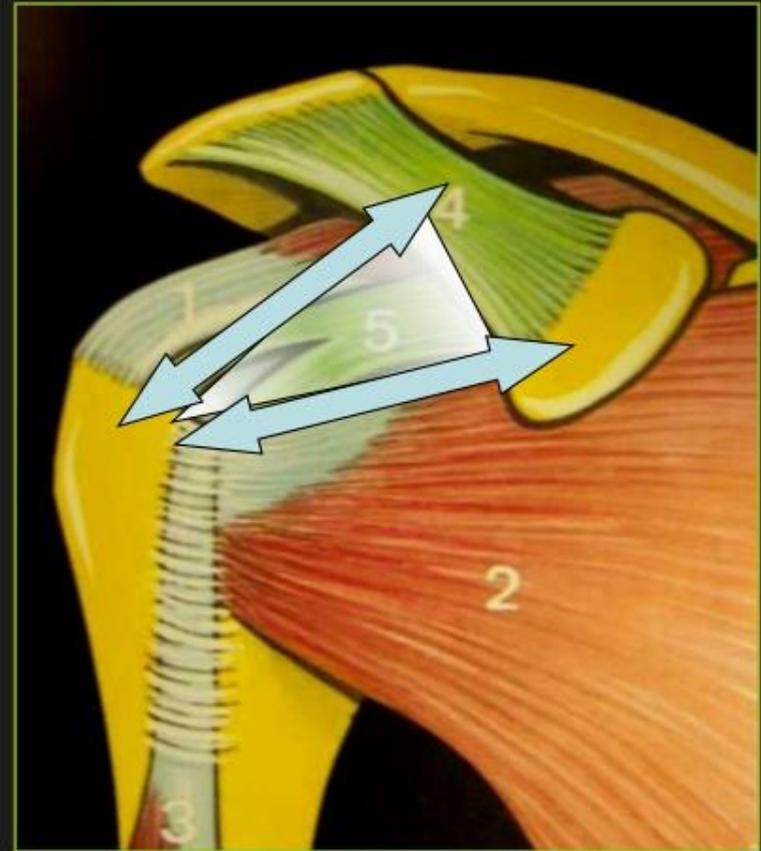
Muscle sous-épineux

Ligament acromio-coracoïdien

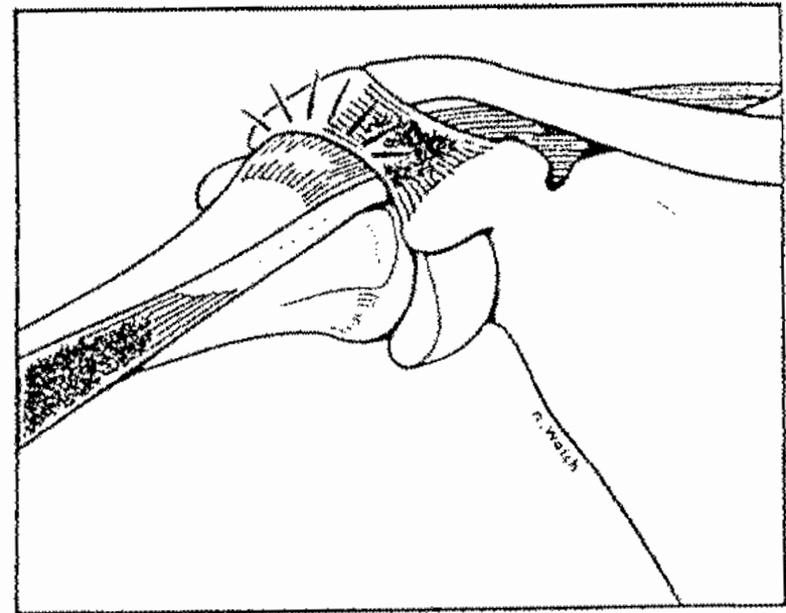
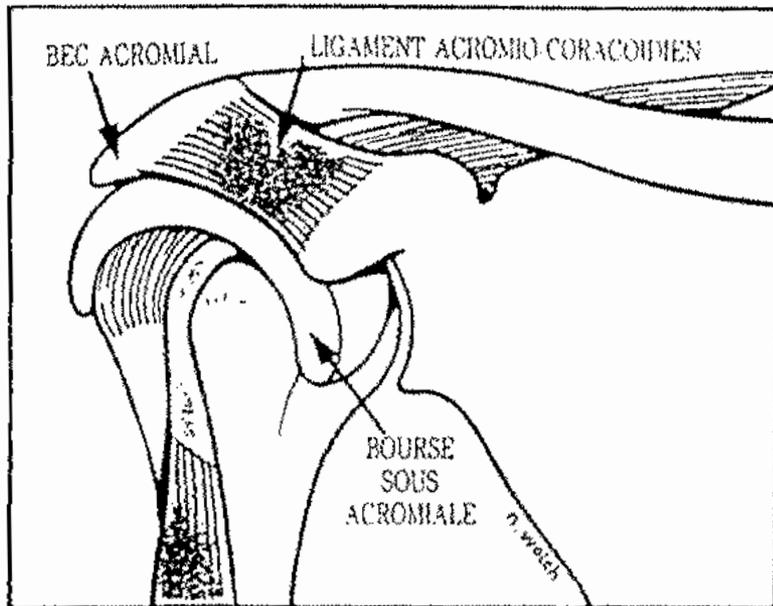


Intervalle des rotateurs

- Espace triangulaire dont l'apex est situé au niveau du ligament huméral transverse et la base au niveau du processus coracoïde.
- La limite supérieure est constituée par le bord antérieur du supraspinatus et la limite inférieure par le rebord supérieur du sous-scapulaire.
- Entièrement recouvert par la capsule articulaire antéro-supérieure et renforcée en superficie par le ligament coraco-huméral et en profondeur par le ligament gléno-huméral supérieur (poulie pour le TLB)



LE CONFLIT ANTERIEUR OU "IMPINGEMENT SYNDROME" (Neer)



ANAMNESE

Circonstances d'apparition

Caractère

Facteur déclenchant

Topographie

Signes d'accompagnement

→ évaluer la gêne fonctionnelle

→ DD cervico-brachialgie

EXAMEN CLINIQUE

- Inspection + palpation
 - Mobilité active
 - Mobilité passive
- Testing musculaire
- Signes du conflit
- Instabilité \pm laxité

Inspection

- Amyotrophie fosses sus et sous-épineuses
- Bump : Popeye sign
- Mobilité active et passive
- Testing possible ou pas

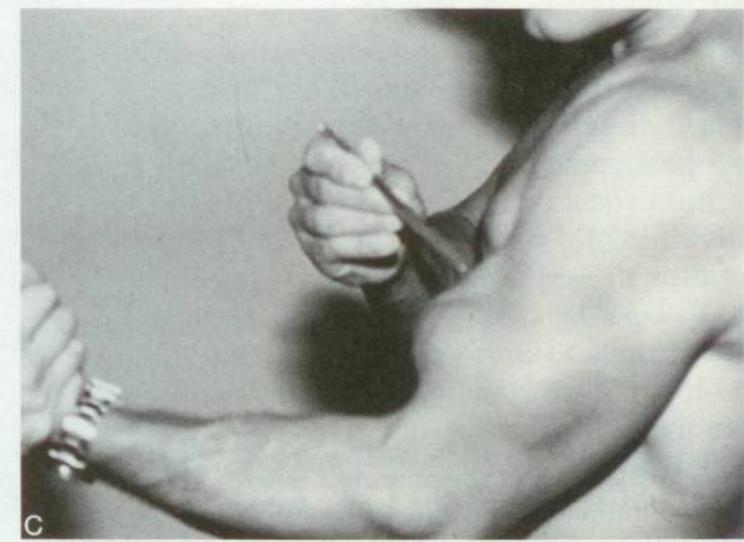
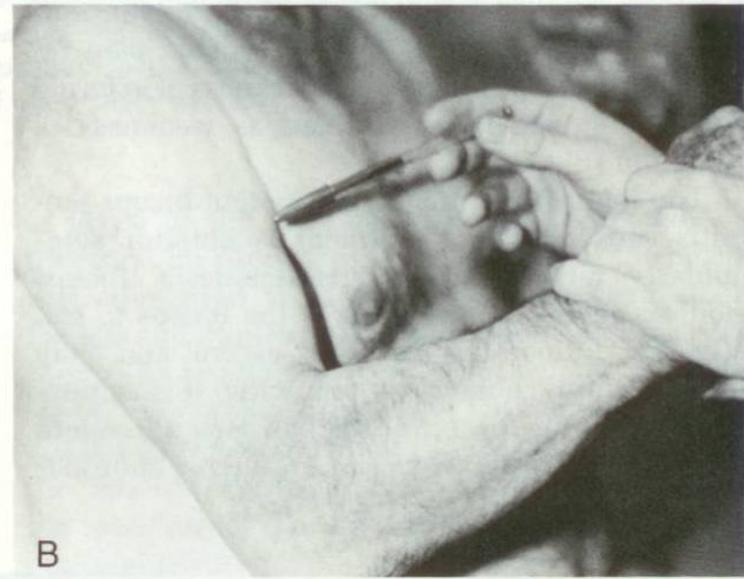
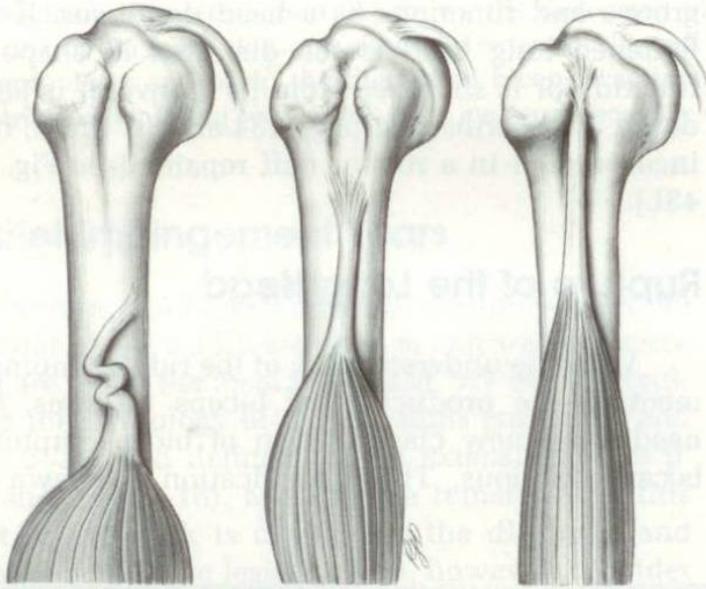
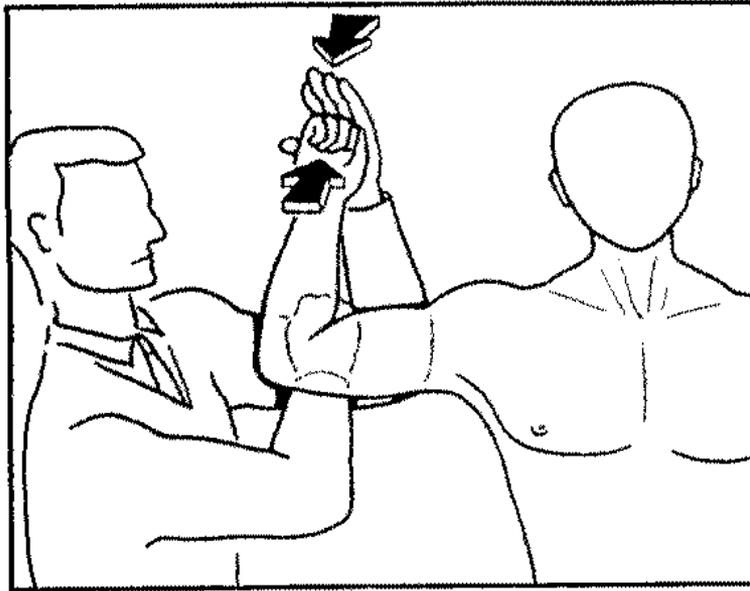


Figure 2-26. A, Classification of biceps ruptures. The only type of biceps ruptures I have seen have occurred near the top of the groove in patients who are over 35 years of age. Ruptures at the musculotendinous junction are said to occur in younger patients with violent trauma; however, they are so rare I have never seen a pure example and will not include it in this classification. It is of clinical importance to recognize three types of long head ruptures (A): 1, rupture with retraction (easily diagnosed); 2, rupture with partial recession (subtle but helpful in diagnosis); 3, self-attaching without retraction (cannot be diagnosed pre-operatively but may complicate a rotator cuff repair). B and C, Comparing a biceps with partial recession to one with retraction. The long head rupture with partial recession (B) has the same diagnostic implications as the obvious long head rupture with retraction (C). Recognizing long head ruptures with partial recession more than doubles the number of long head ruptures seen and greatly helps in the diagnosis of impingement cuff tears.

Testing Impossible

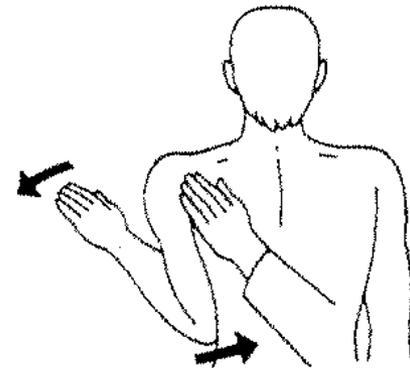
- Epaule PSEUDO-PARALYTIQUE
HYPERALGIQUE
- Agir avant le bilan
- Kiné-Physio immédiate
- Infiltration sous-acromiale immédiate

SOUS - EPINEUX

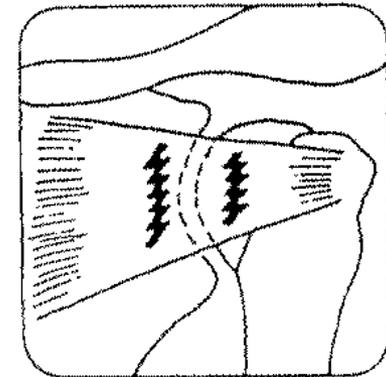


Manceuvre de Putte

douleur et/ou faiblesse
=
tendinite et/ou rupture

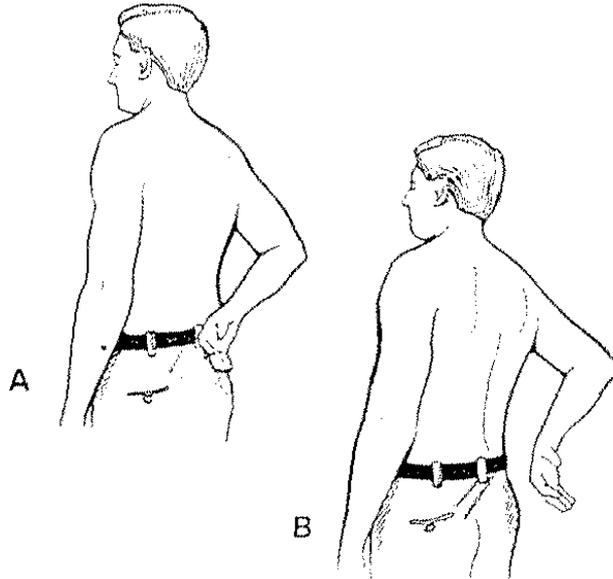


Palpation du tendon sous-épineux

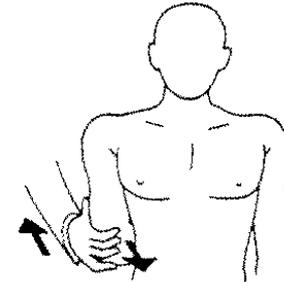


zone de friction

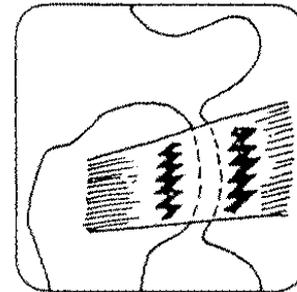
SOUS - SCAPULAIRE



douleur et/ou faiblesse
=
tendinite et/ou rupture

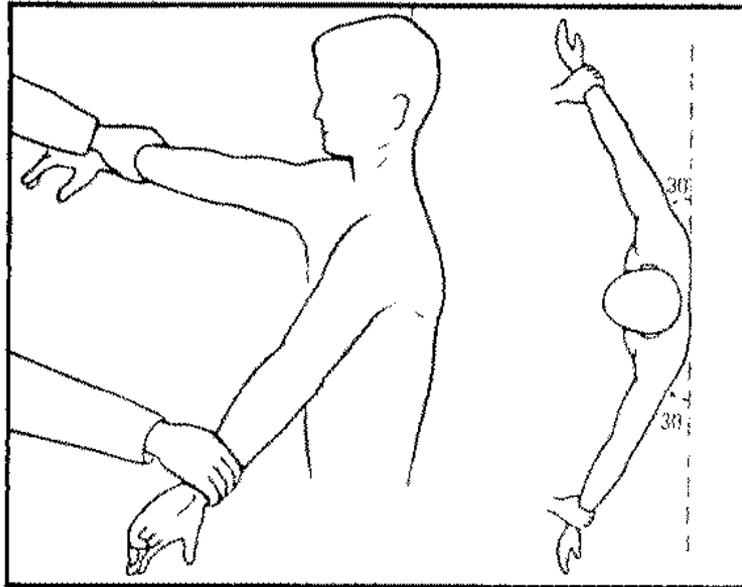


Etude du tendon du sous-scapulaire



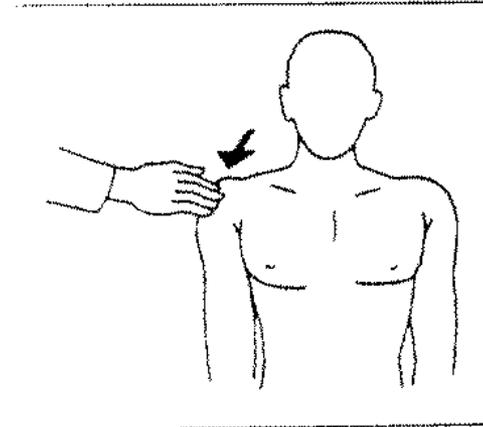
zone de friction

SUS - EPINEUX

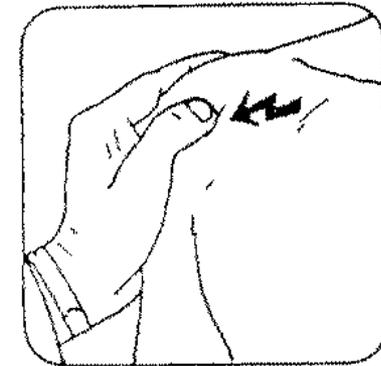


Mauvaise de Job

douleur et/ou faiblesse
=
tendinite et/ou rupture



Palpation du tendon du sus-epineux



point douloureux sous-acromial ant.-ext.

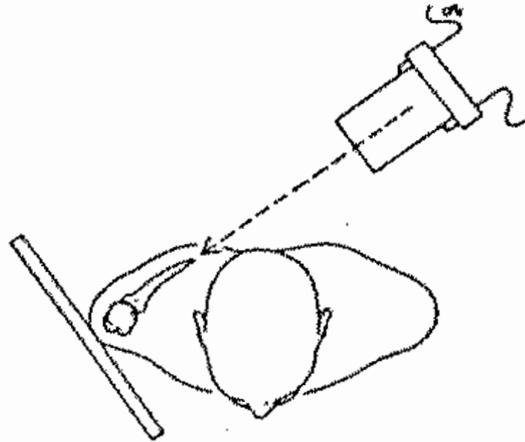
Examens Complémentaires

- RX : profil de coiffe (Lamy)
- ECHO : gold standard
- Si doute : Arthro-Scanner
- RMN : pas d'intérêt

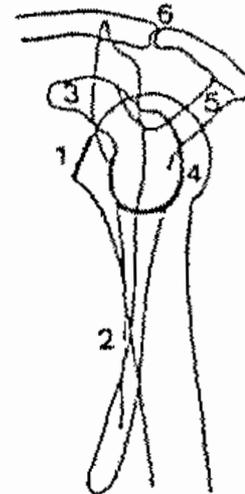
Profil de NEER
ou
Profil de LAMY

parallèle omoplate

"de coiffe"



1. trochin
2. pilier et écaïlle omoplate
3. coracoïde
4. bord post.cavité gl n.
5.  pine omoplate
6. artic.acromio-claviculaire



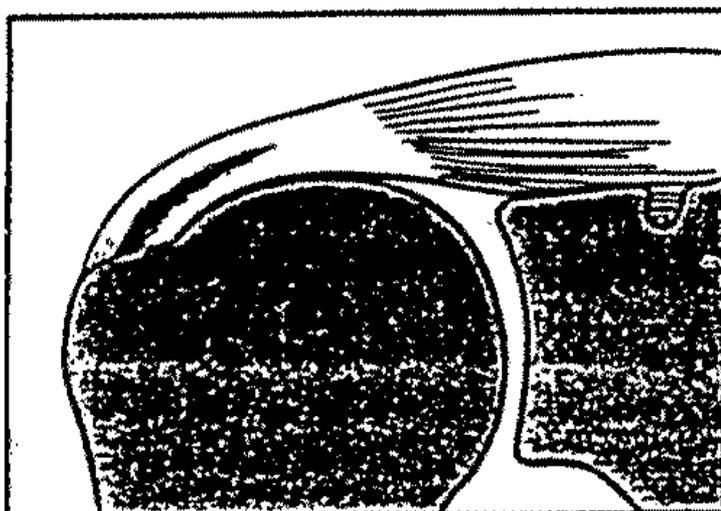
Arthro-Scanner

- Pseudo-allergies : aucune réalité objective
- Confusion avec syndrome vagal
- A documenter par rapport médical
ALLERGOLOGUE

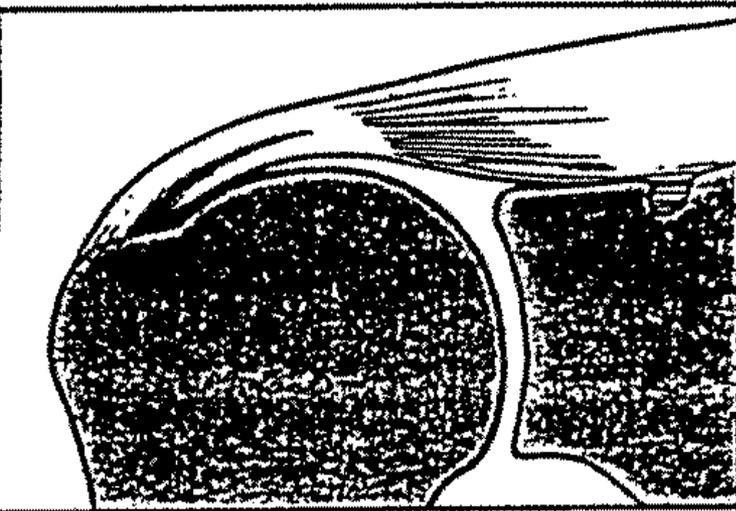
RUPTURE DE COIFFE

- Complète ou partielle
- Partielle :
 - superficielle
 - intratendineuse
 - profonde
- Dégénérescence musculaire

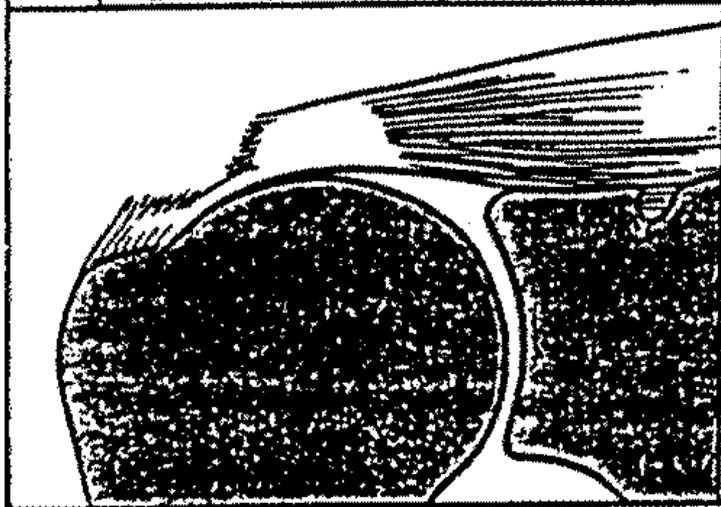
b)



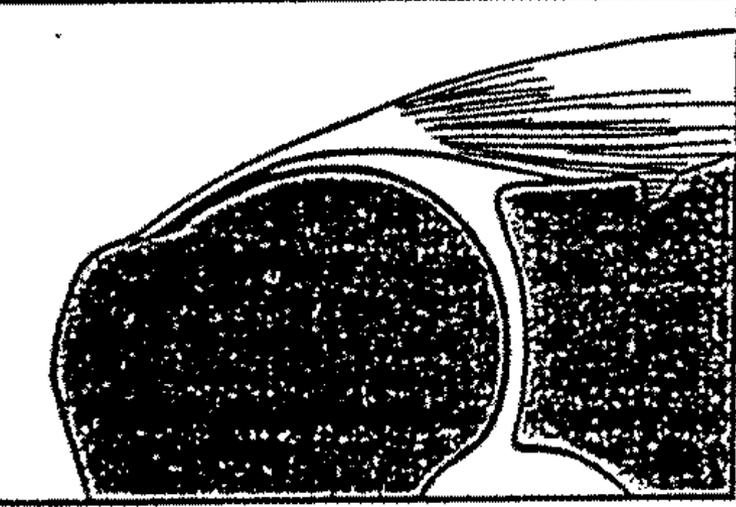
c)



a)



d)

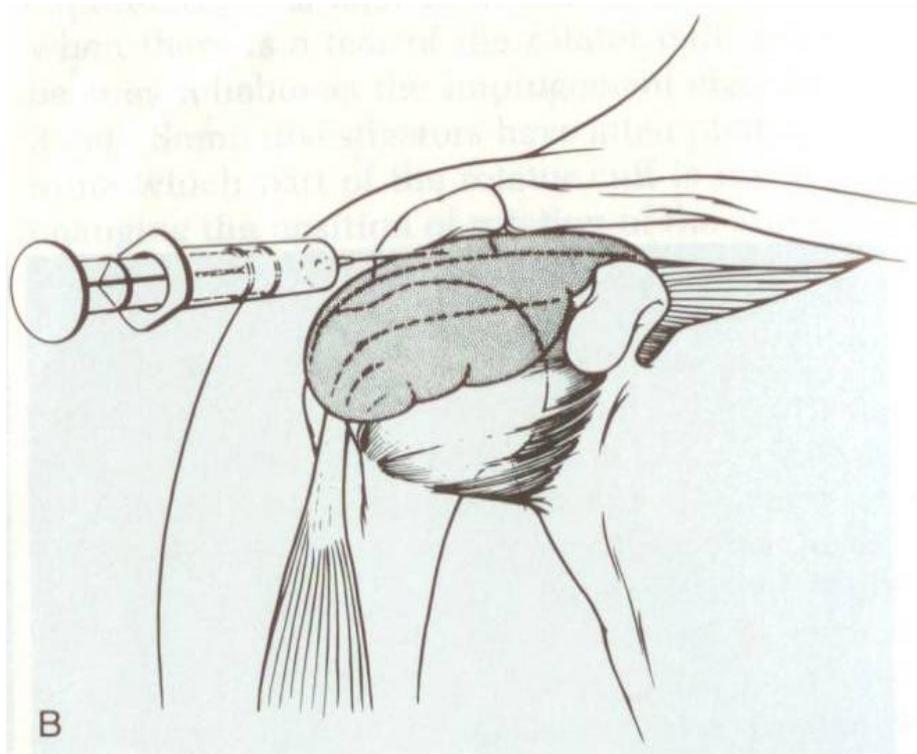


Traitement conservateur

- Repos
- Adaptation du poste de travail
- Modification du geste sportif mal adapté
- Antalgiques
- AINS (même si peu efficace)

INFILTRATION

- Sous-acromiale
- Cocktail anesthésique / corticoïde
- 3 semaines de repos relatif
- Nombre : 3 max
- Intervalle : 6 semaines minimum
- Rhumato : 2 mois = optimal



INFILTRATION

- Par Radiologue si difficile : pourquoi pas ?
- Surtout pas pour « triturer » des calcifications

Infiltrations d'épaule

- On ne peut juger de l'efficacité de l'infiltration avant au moins **un mois**.
- La fréquence des infiltrations doit être modérée : pas plus de **3 en tout** et des séances espacées d'**au moins 6 semaines**.
- Les effets secondaires sont **rares** (cf. notice du médicament).
- Il existe un effet **rebond** dans moins de 5 % des cas (dans les 24 à 48 heures suivant l'infiltration).

Cette accentuation **transitoire** est due à la diffusion des produits injectés. Il s'agit d'une réaction microcristalline : le produit injecté est sous forme de petits cristaux d'un dérivé de la cortisone qui ont l'avantage d'une dissolution lente et donc d'un effet retard. Avant que ces cristaux soient dissous, ils peuvent entraîner une irritation locale, parfois vive. Cela peut durer de 24 à 72 heures après l'infiltration.

Le traitement consiste en repos, antalgiques, anti-inflammatoire et application de glace.

L'évolution est spontanément **favorable** avec **absence de séquelle** et ne contre-indique pas une infiltration ultérieure.

- Les seules réactions réellement préoccupantes sont celles qui surviennent **à distance** (plus d'une semaine de l'infiltration et à début insidieux.) ; il existe un **faible** risque d'infection, moins de 1/10.000.
- Vous pouvez joindre soit votre Médecin traitant, soit l'Assistant de garde d'Orthopédie du GHdC au **071/10 36 41**. Vous pouvez également vous représenter à la Consultation d'Orthopédie Notre-Dame ou Sainte-Thérèse pendant les heures d'ouverture.

Dr DUCARMOIS Pierre
Chirurgie Orthopédique
1-56670-82-480
Rue de la Cité 13
5640 Pontaury
071 72 50 25

Algorithme Thérapeutique

- Raideur : Kiné / Physio
- Pas de rupture ou rupture partielle :
infiltration
- Rupture significative : chirurgie
arthroscopique

Indications chirurgicales du conflit sous-acromiale

- Symptômes > 1 an (> 6 mois ?)
- Caractère nocturne
- Echec traitement conservateur

1. HÔPITAL D'UN JOUR

(« ONE DAY CLINIC »)
(1/2 journée)

2. ANESTHESIE LOCO - REGIONALE

+/- SEDATION (≠ AG)

3. ARTHROSCOPIE

Take Home Messages

- Coiffe (calcifications, PSH : à oublier)
- Raideur : KINE
- RX + ECHO
- Infiltration SOUS-ACROMIALE