

L'épaule Douloureuse: Quelles orientations diagnostiques ?



Christian Dumontier
Institut de la Main & hôpital saint Antoine,
Paris

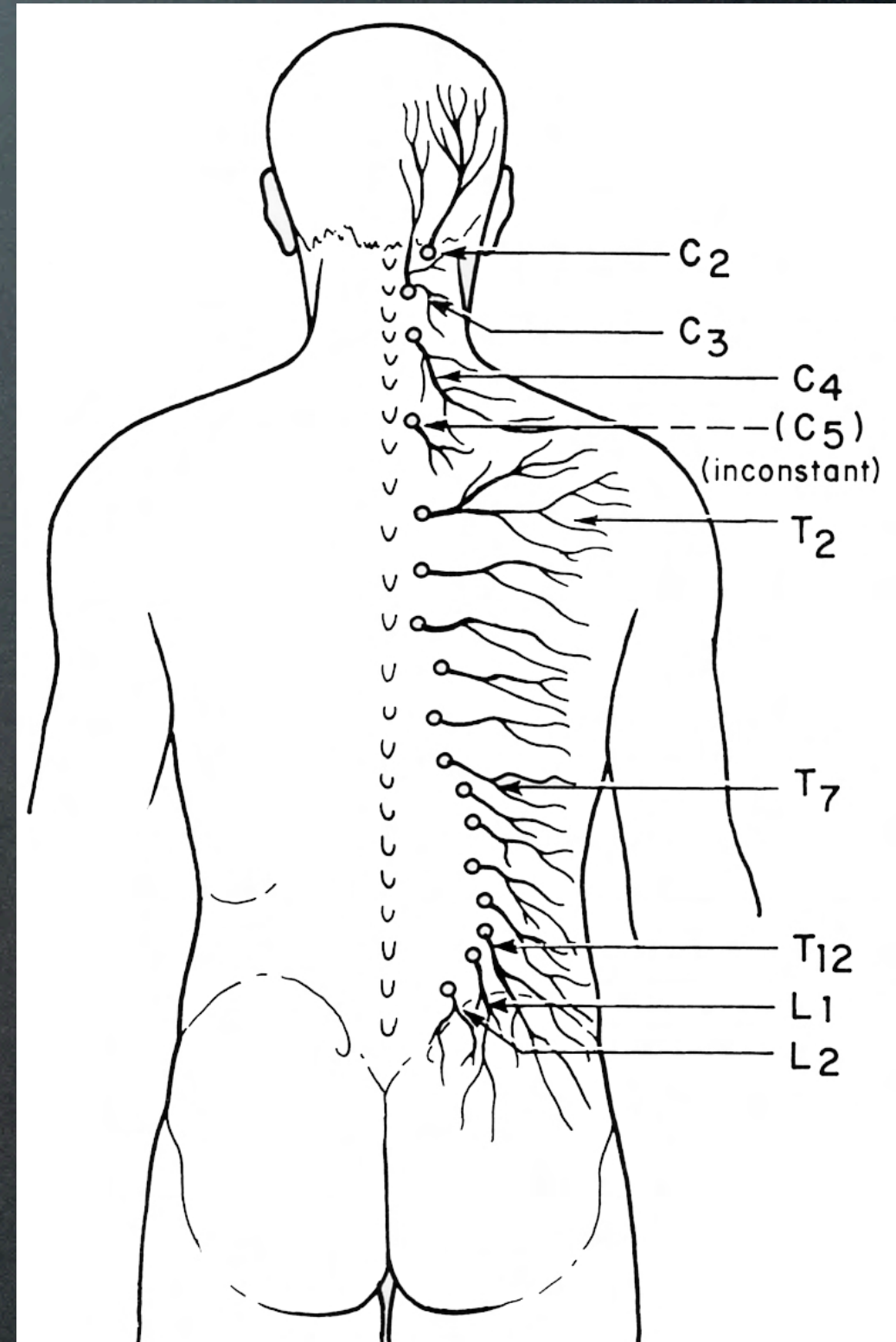
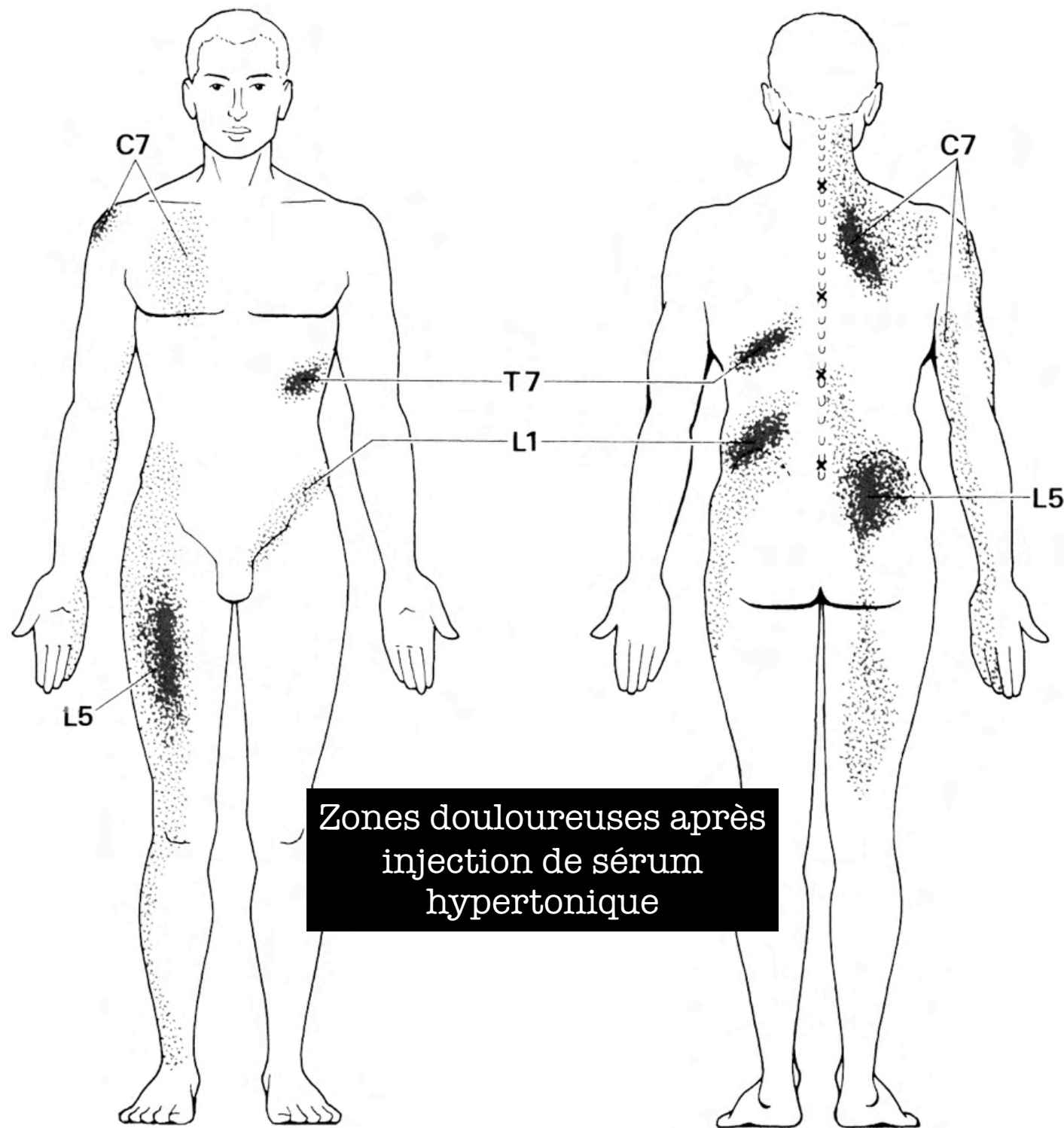
La douleur de l'épaule

- N'est pas: Une faiblesse, une instabilité, une appréhension, un gonflement,...
- Est: “une sensation pénible dans une région du corps”
 - Intensité: EVA, EVN,...
 - Siège, irradiations, horaires
 - Facteurs aggravants/protecteurs

La douleur vient de l'épaule ?

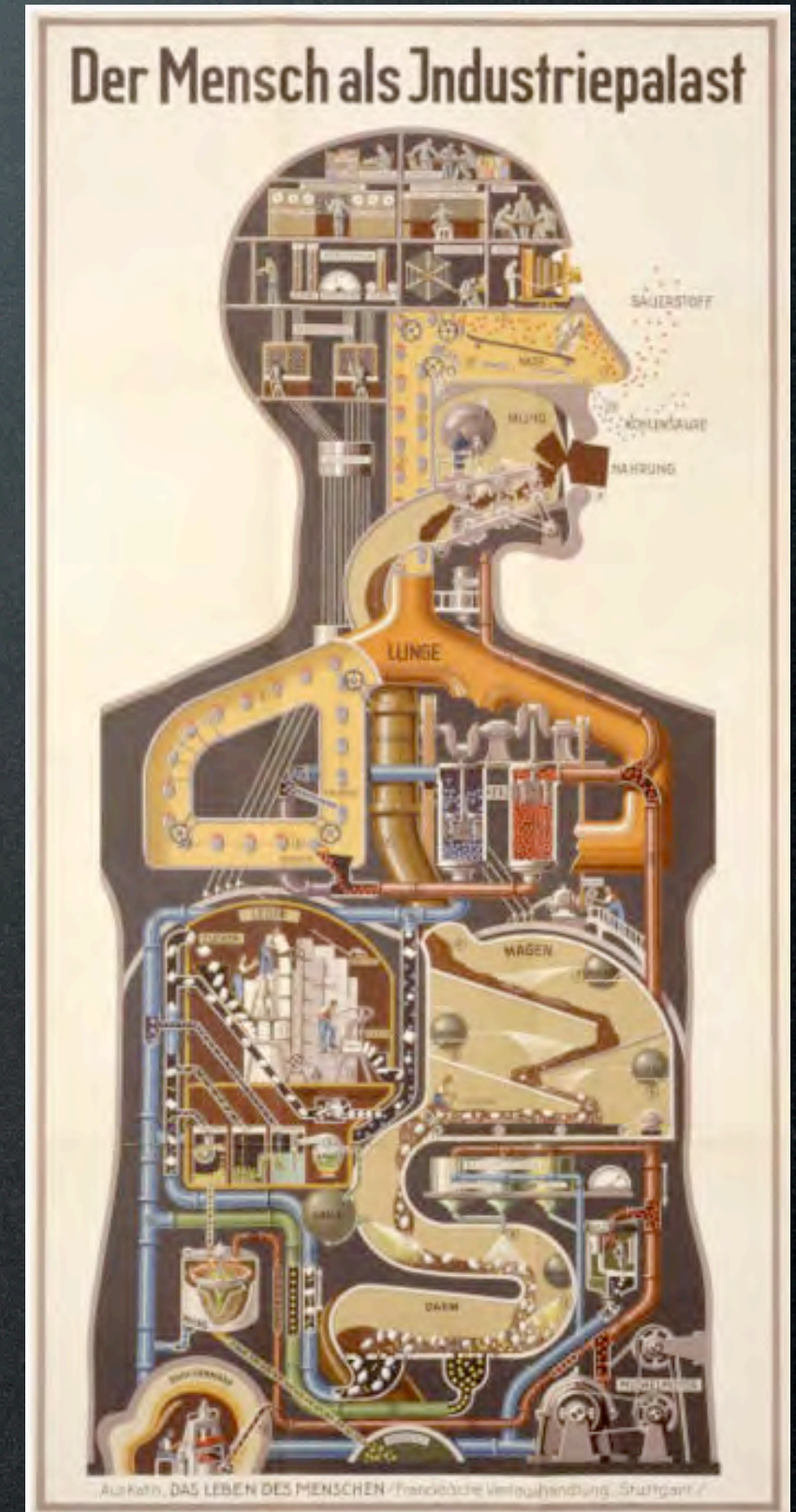
- Douleur projetée/référée qui vient du rachis, des muscles du dos, du thorax, de l'abdomen, des dermatomes,...
- Douleur par compression nerveuse (suprascapulaire, thoracicus longus, spinal,...)

Douleur projetée par lésion rachidienne



Douleurs projetées

- Viscères: Thorax (plèvre, Pancoast-Tobias,...), Abdomen
- Muscles: Angulaire,...
- Dermatomes, Cellulalgies, Déranangement intervertébral mineur

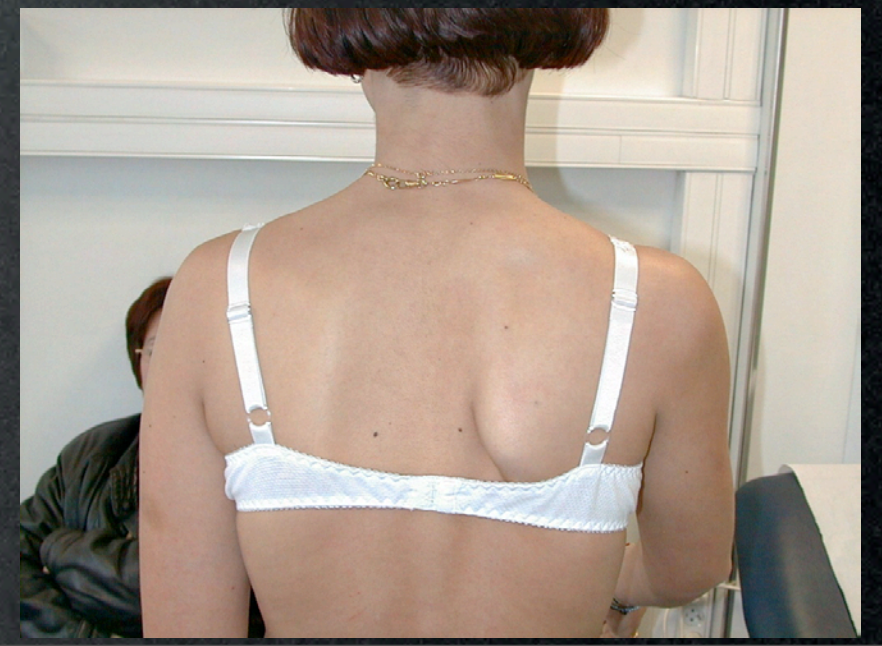


Douleurs “musculaires” par atteinte nerveuse



- Atteinte du Trapéze
- Atteinte du serratus

> Scapula alata

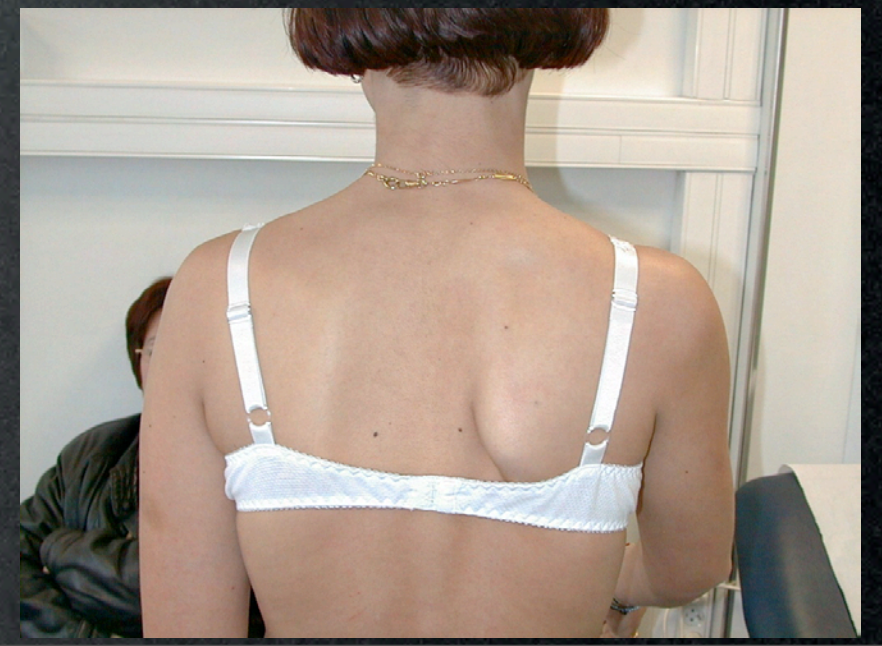


Douleurs “musculaires” par atteinte nerveuse



- Atteinte du Trapéze
- Atteinte du serratus

> Scapula alata

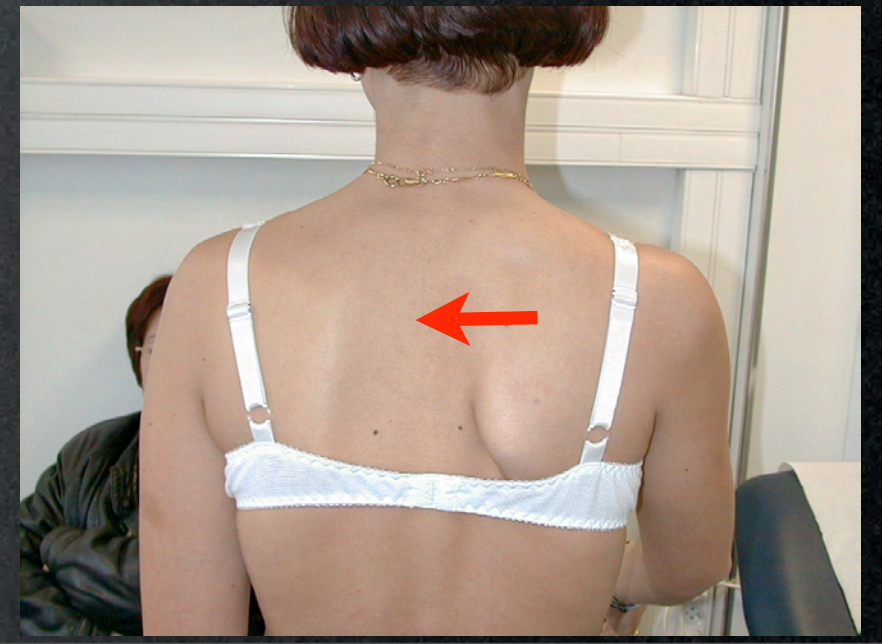


Douleurs “musculaires” par atteinte nerveuse



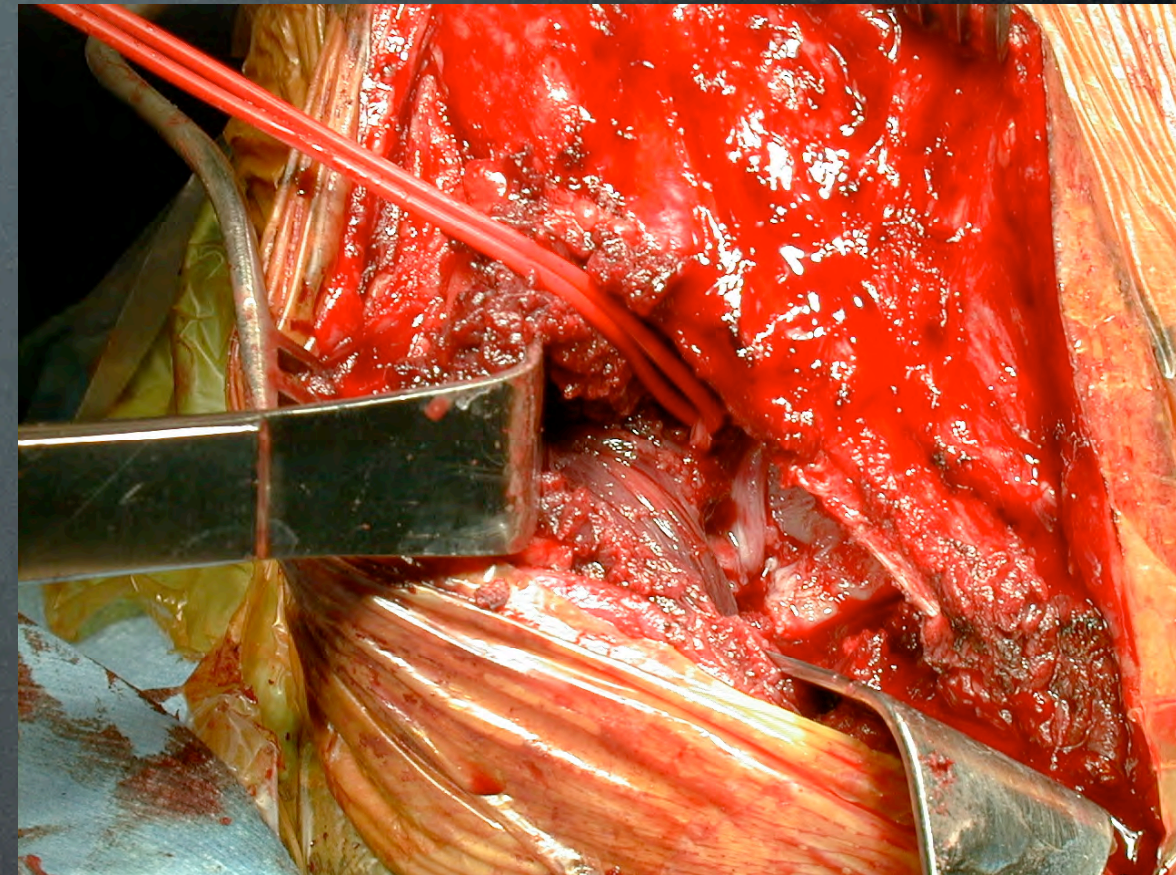
- Atteinte du Trapéze
- Atteinte du serratus

> Scapula alata



Douleurs par compression nerveuse

- Atteinte du subscapularis
- Douleurs du moignon de l'épaule +/- atrophie musculaire





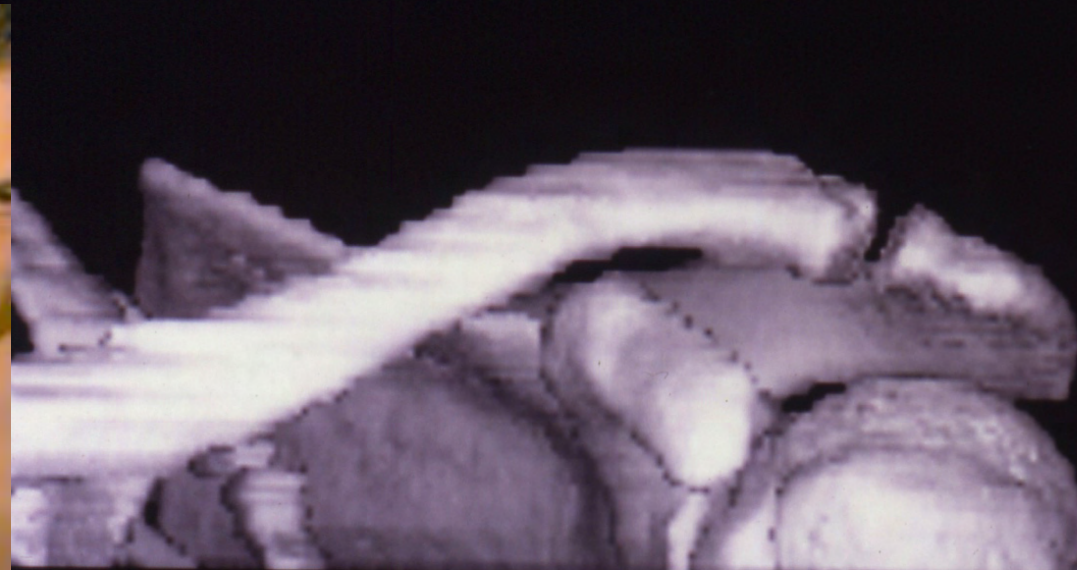
En fait

- Les douleurs d'épaule sont multiples
- Infectieuses, rhumatismales, Pagétique, tumorales, fibromyalgiques,...
- On ne parlera ici que des lésions les plus fréquemment rencontrées

La douleur d'épaule

- Où siège t'elle ?
- A quoi est-elle associée (raideur, faiblesse, paralysie,...)
 - Douleur acromio-claviculaire,
 - Douleur intra-articulaire,
 - Douleur de la coiffe

Acromio-claviculaire



- Siège: AC
- Irradiation: cervico-trapézienne
- Manœuvres provocatrices:
Cross-arm, Paxinos, O'Brien,
Rétropulsion contrariée en
élévation (Sensibles OU spécifiques)



Douleur Acromio-claviculaire

- Traumatique (Entorse et luxation)
- Micro-traumatique (Ostéolyse clavicule)
- Dégénérative (Arthrose)

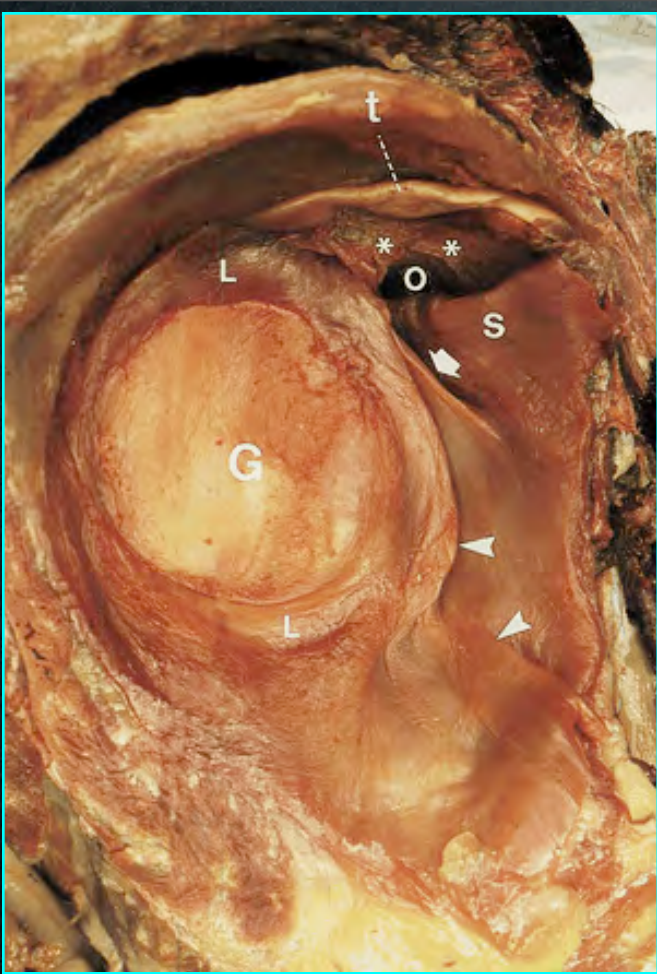


Intra-articulaire

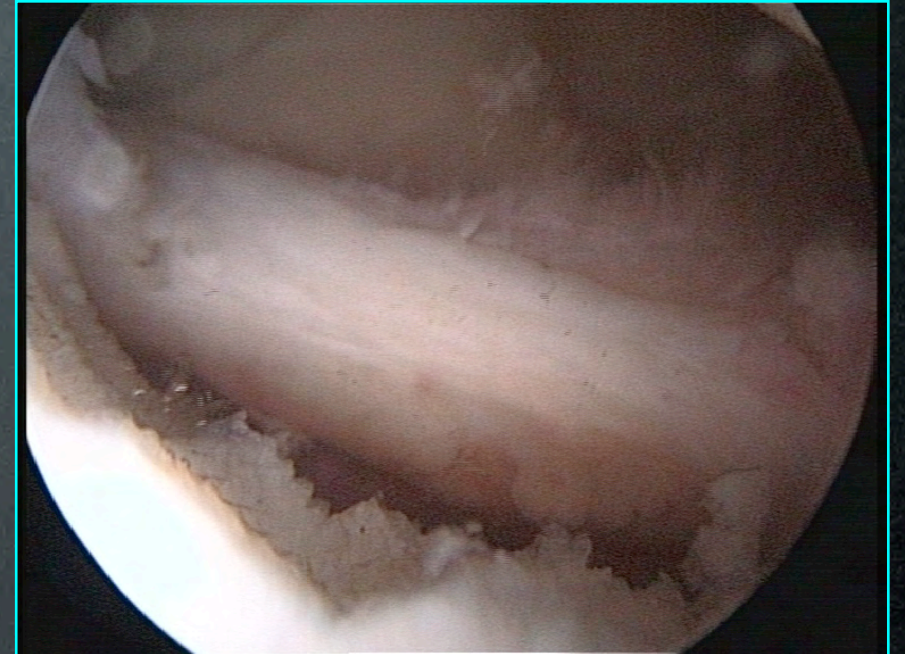
- Raideur
- Capsulite
- Arthrose



Intra-articulaire

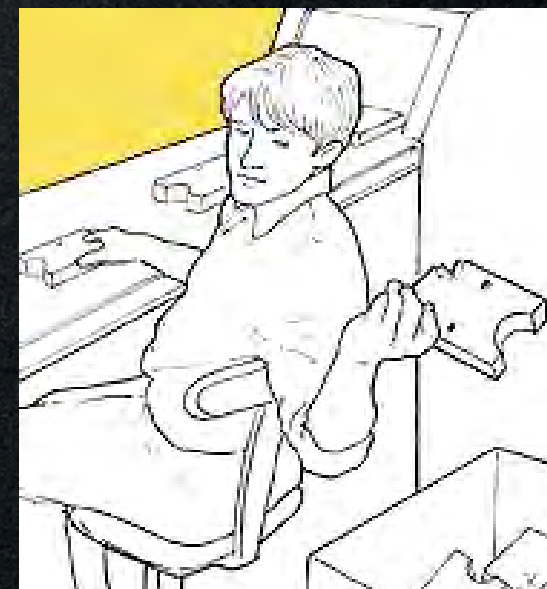


- Absence de raideur
- Lésions du labrum (SLAP - Instabilité)



L'instabilité antérieure

- Notion traumatique connue (luxation, subluxation qui oriente le diagnostic)
- Notion de sport “provocateur” ou de mouvement “provocateur” + jeune âge
- Rôle de l’interrogatoire +++



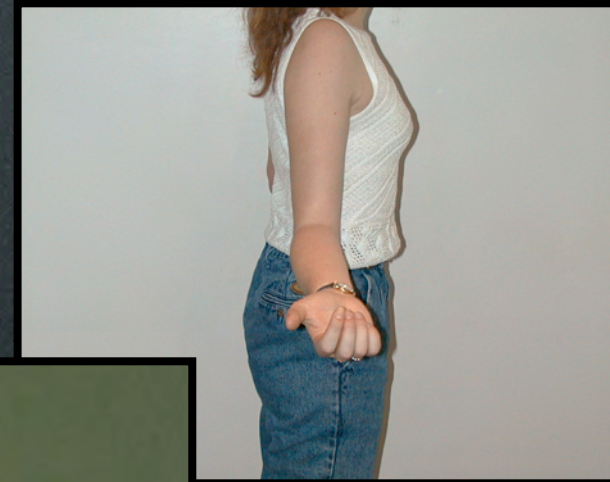
L'examen clinique

- Facteurs favorisants = Laxité générale et/ou de l'épaule
- Signes d'instabilité



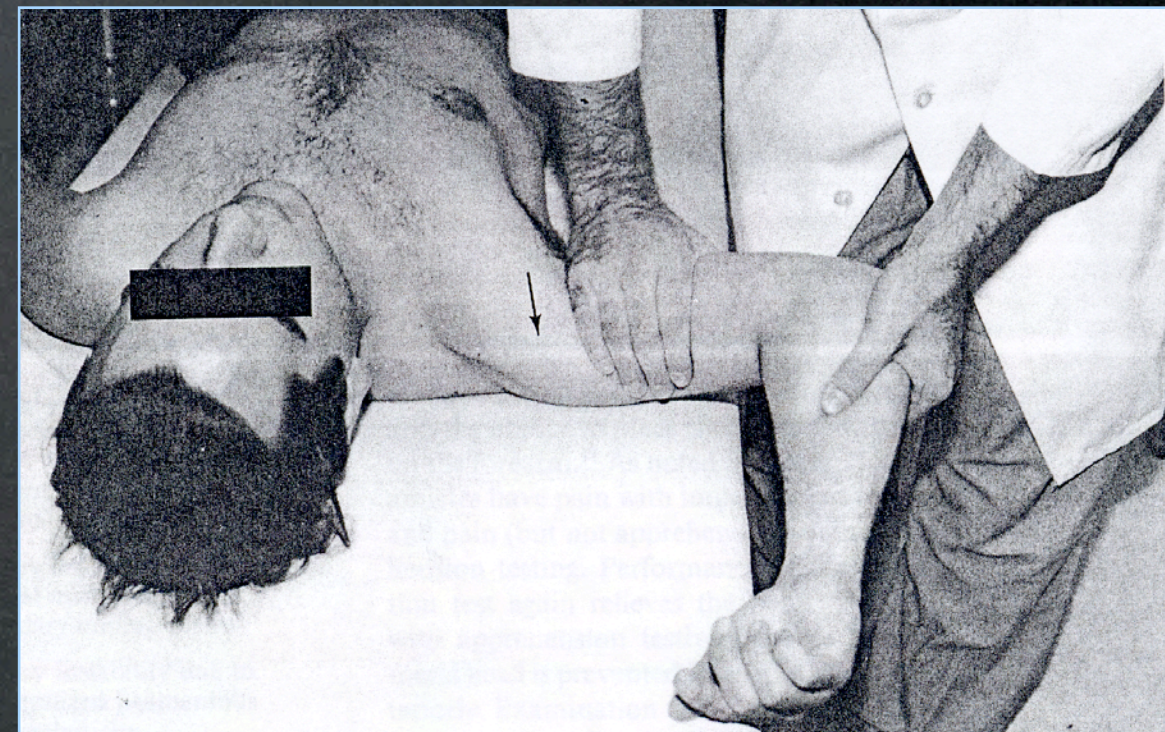
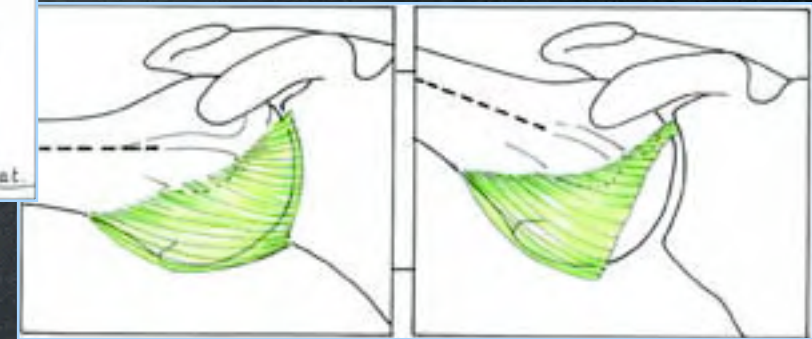
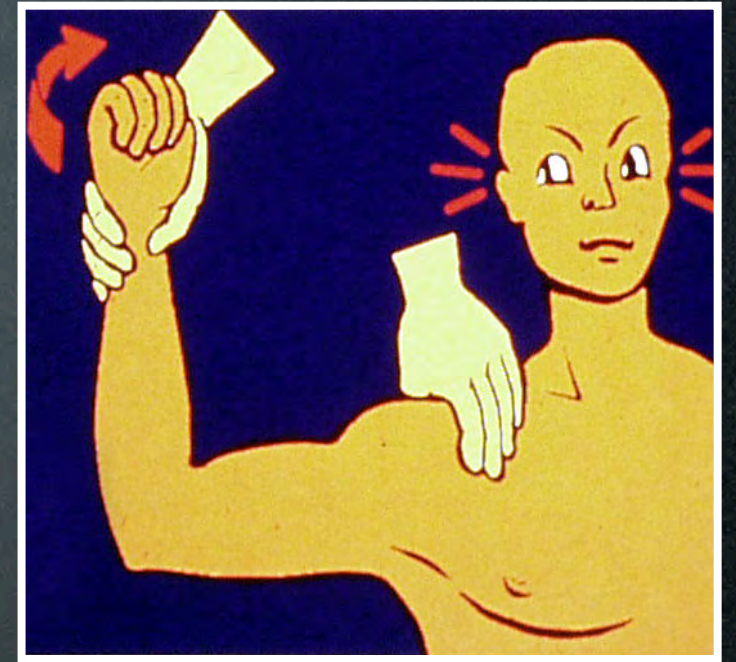
Laxité épaule

- Rotation externe CC $> 85^{\circ}$
- Sillon / sulcus sign
- Tiroir ant/post
- Test de Gagey $> 110^{\circ}$ (bilatéral)

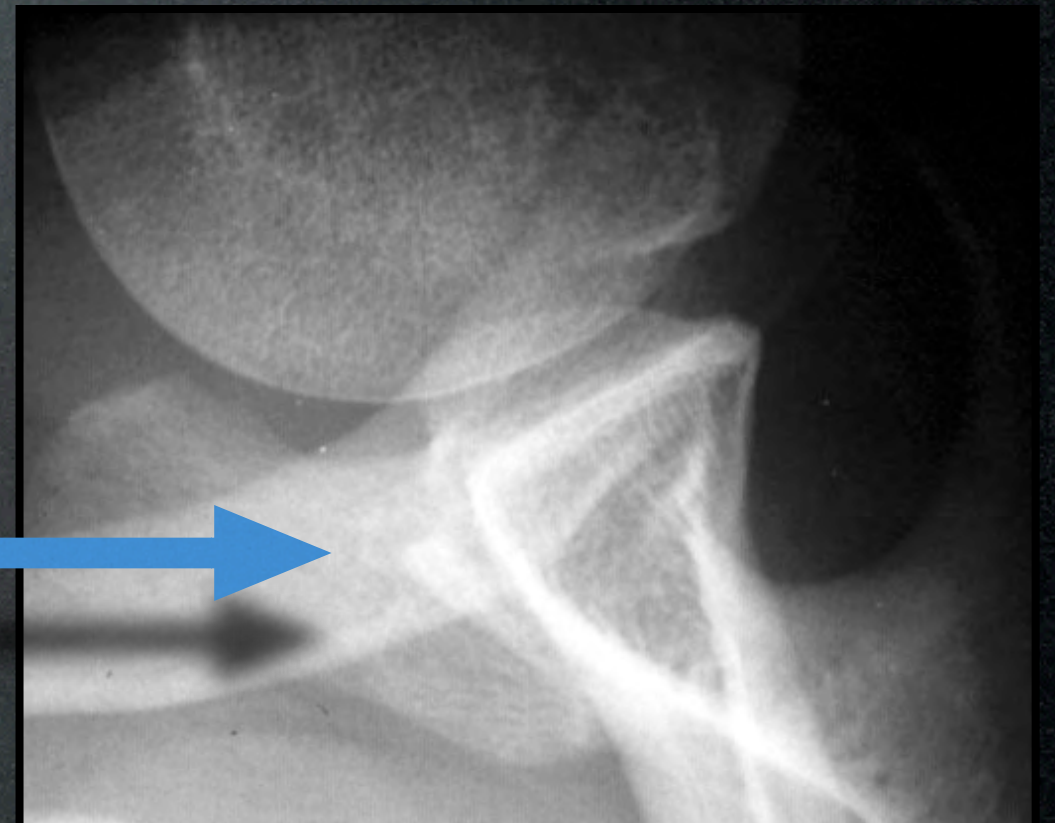
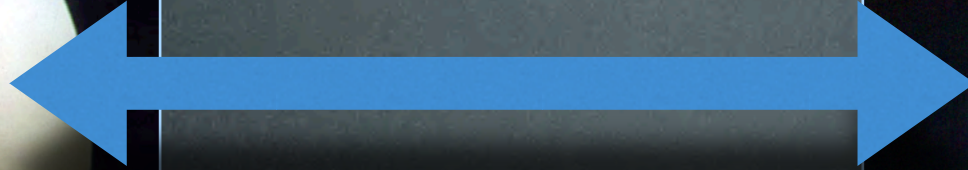
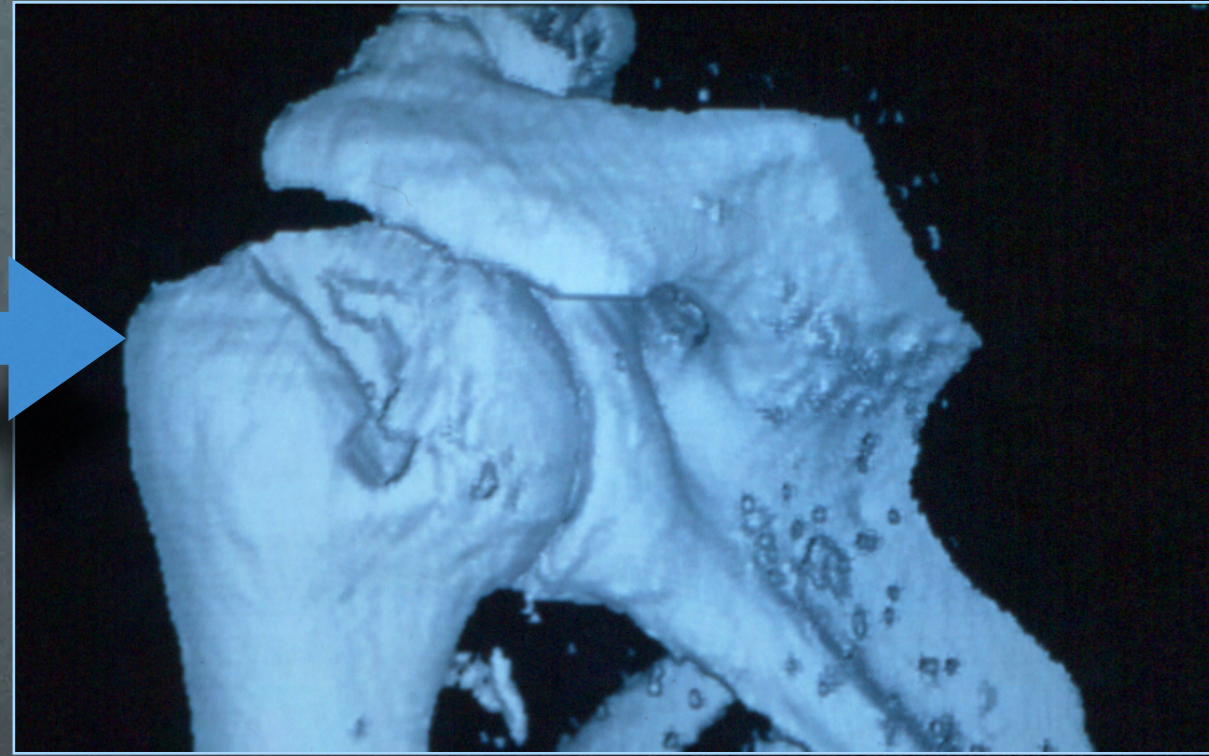


Instabilité

- Appréhension +++
- Test de Gagey +
- Douleur (antérieure)
- Dg ≠ : conflit postéro-supérieur (D° postérieure)

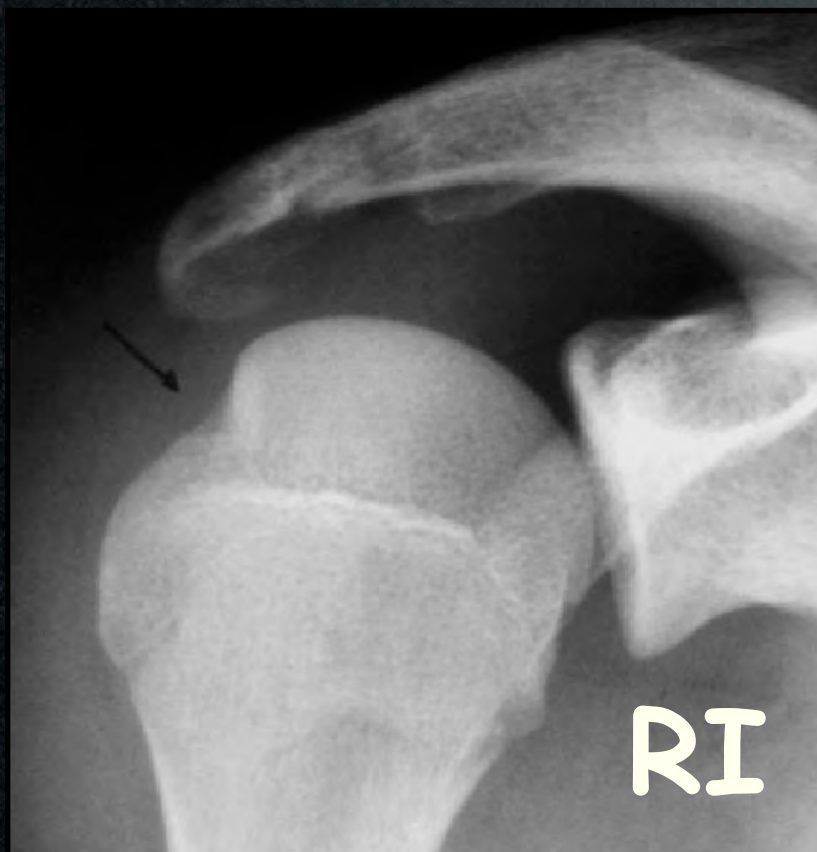


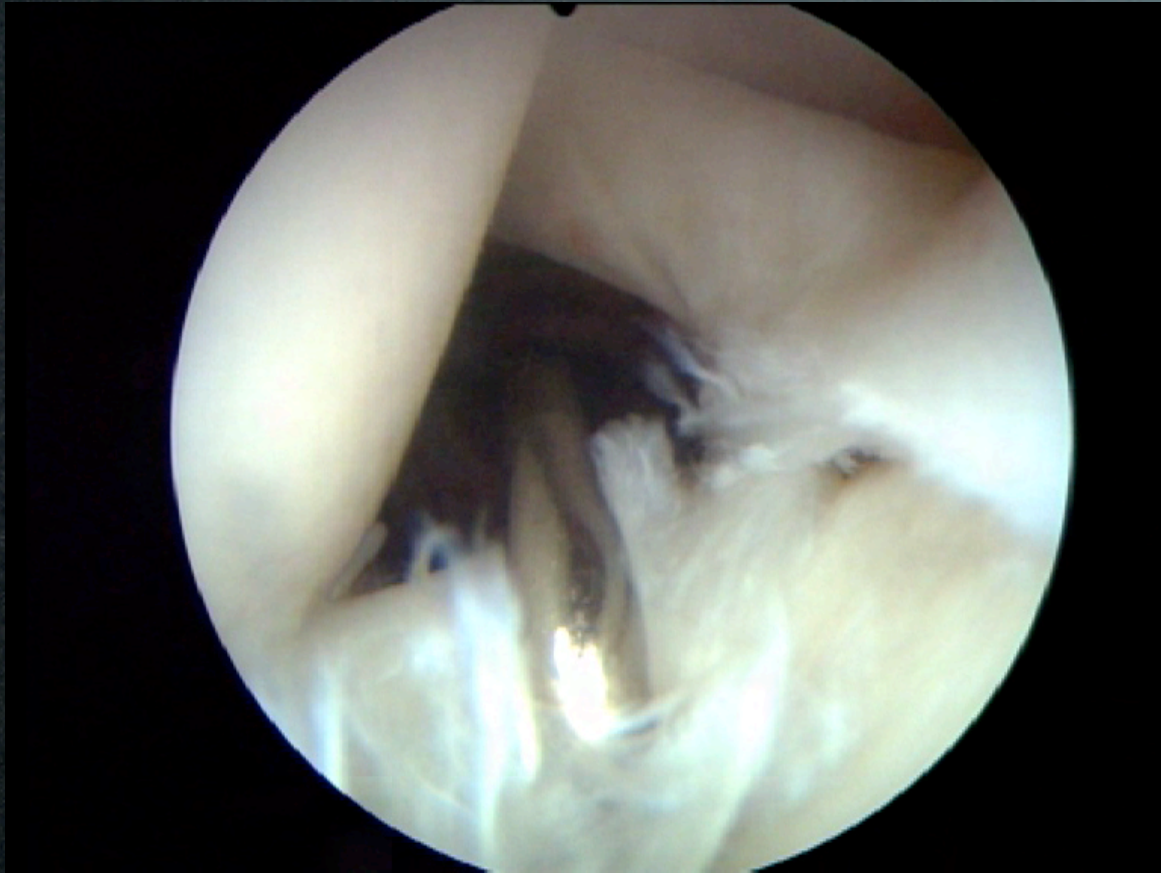
L'imagerie peut aider





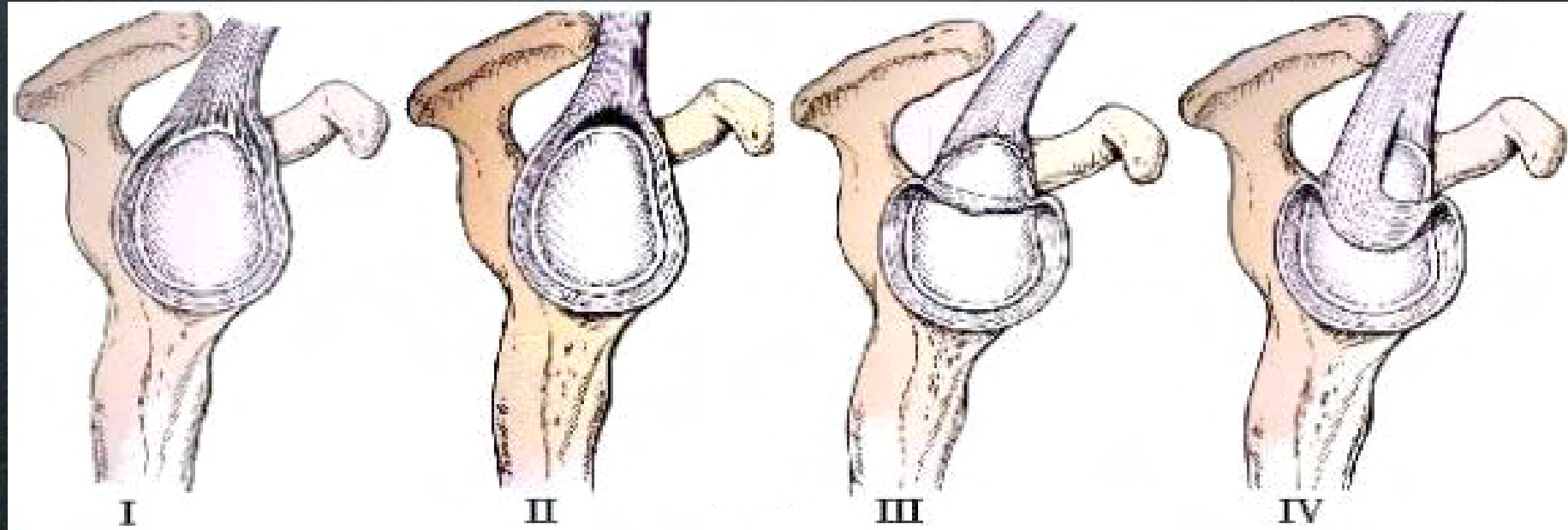
- Mieux visible sur le cliché de face en rotation interne





- C'est parfois au bloc opératoire que sera fait le diagnostic (et le sens) de l'instabilité
- Le plus souvent couplé à une arthroscopie

Les SLAP

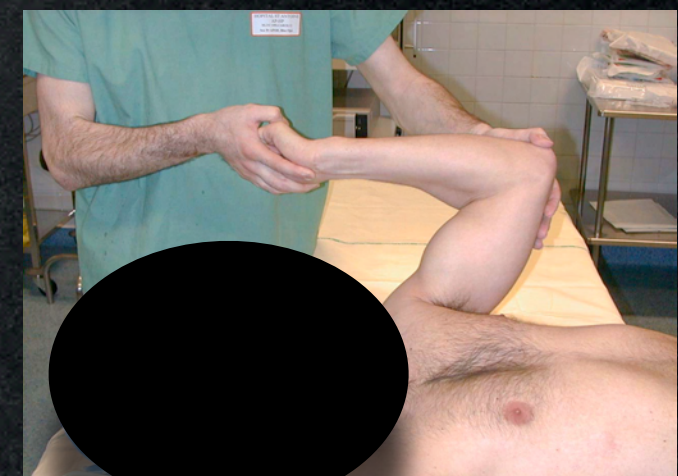
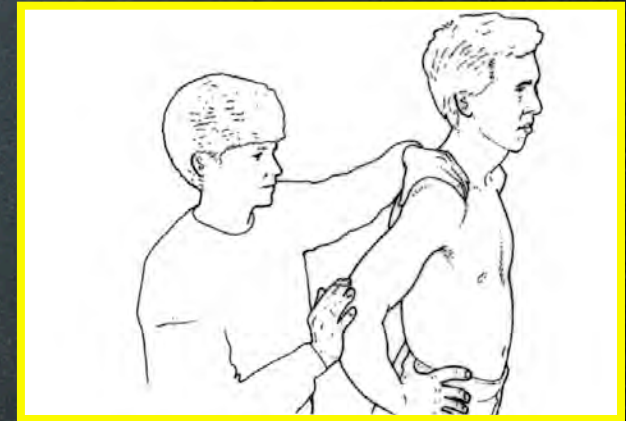


- Le diagnostic de SLAP, parfois suspecté sur les radiographies, est un diagnostic arthroscopique



Les signes cliniques de “SLAP lesion”

- Notion de sport de lancer / traumatisme
- Douleur plutôt antérieure, en élévation
- Sensation de dérangement interne
- Réveillée par des manoeuvres provocatrices, ni sensibles, ni spécifiques



Les tendances thérapeutiques actuelles

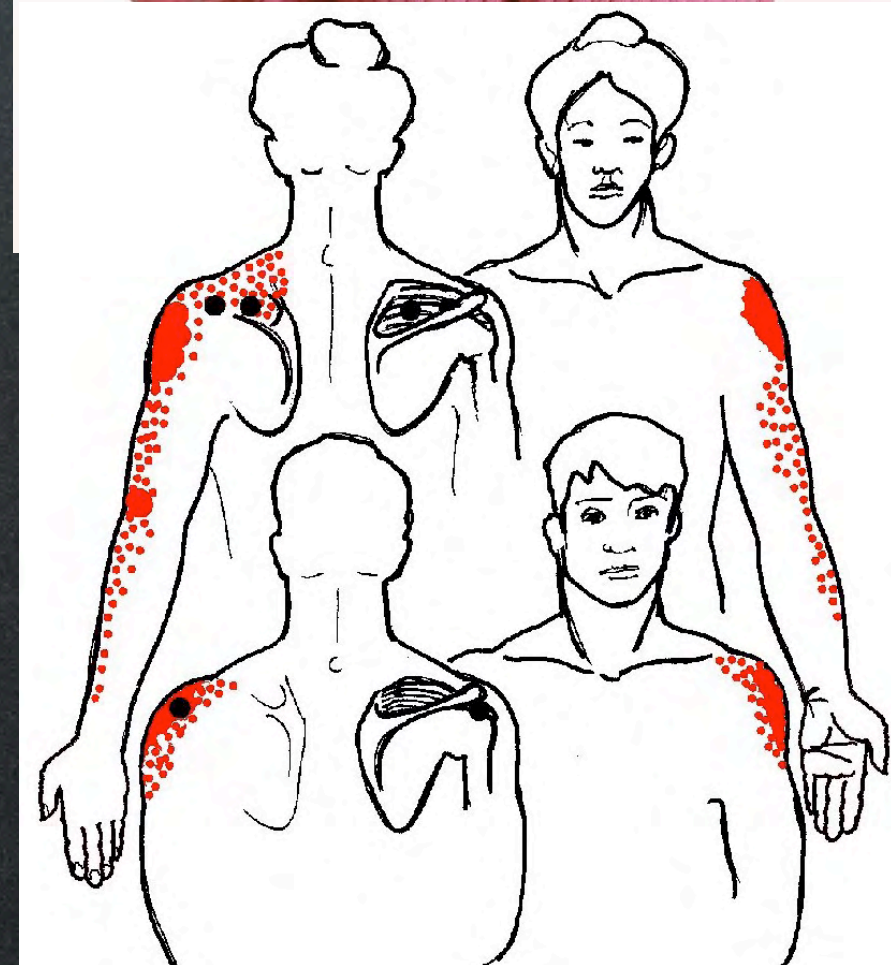
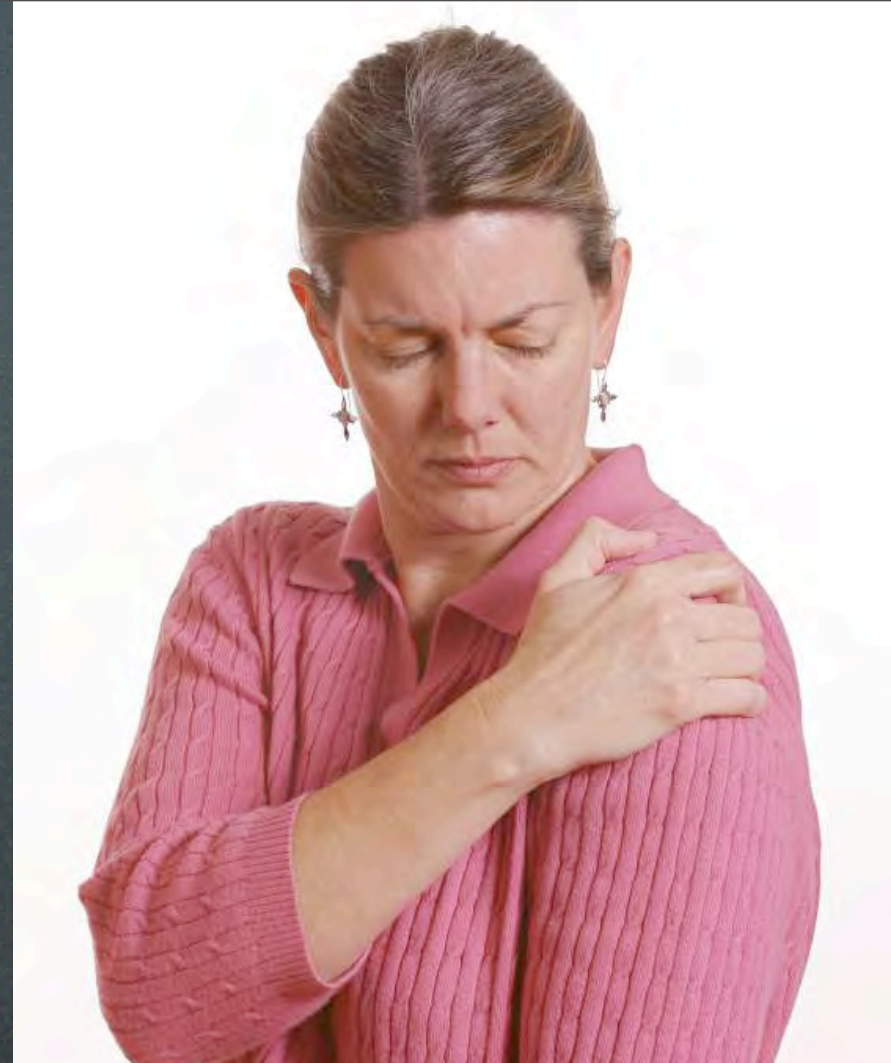
- Instabilité antérieure:
 - Chirurgie (Latarjet > Bankart)
 - Bankart arthroscopique si pas de c/i
- SLAP: Réinsertion labrum, ténotomie du biceps

Douleurs de la coiffe

- Siège
- Irradiation
- Facteurs déclenchants
- Examen clinique (Douleur +/- faiblesse lors du testing isométrique des muscles de la coiffe)

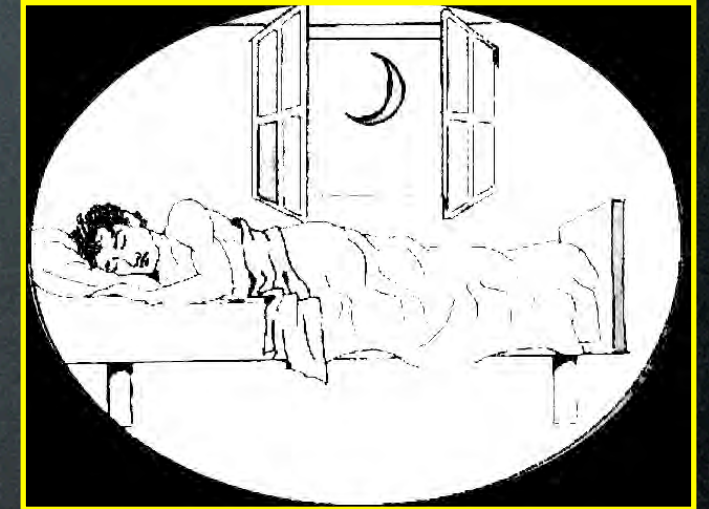
Siège des douleurs

- Moignon de l'épaule
- Irradiation bras/
cou



Particularités

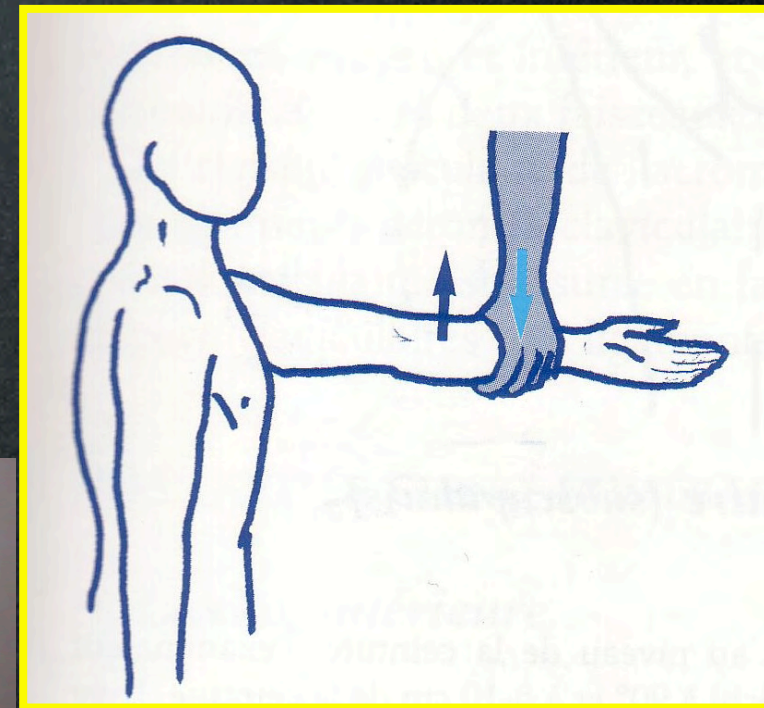
- Douleurs nocturnes (Dg ≠: rhumatisme inflammatoire et compressions nerveuses)
- Douleurs lors des mouvements d'élévation



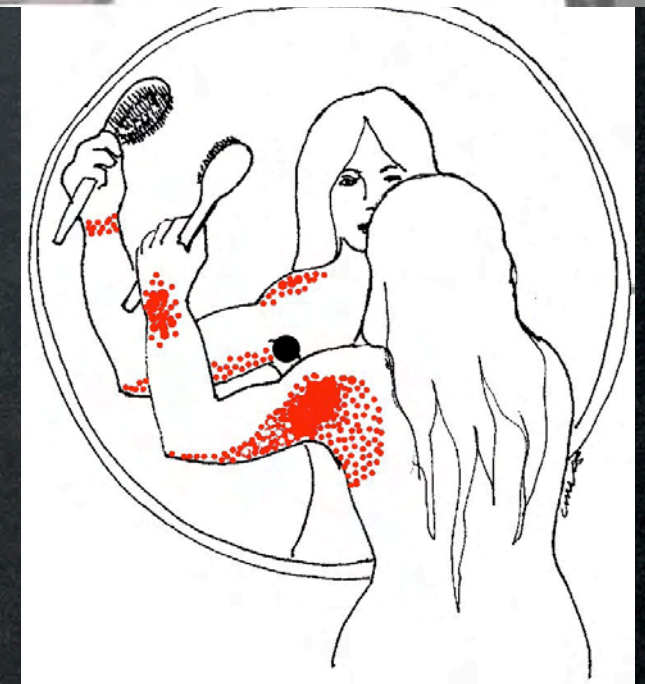
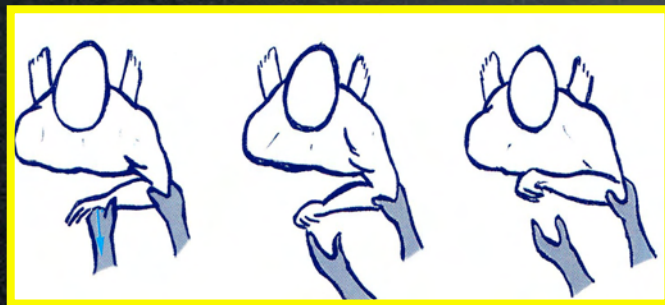
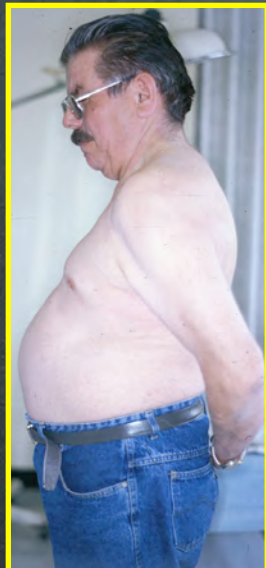
Si lésions de la coiffe



- Douleurs aux tests isométriques
- +/- Faiblesse



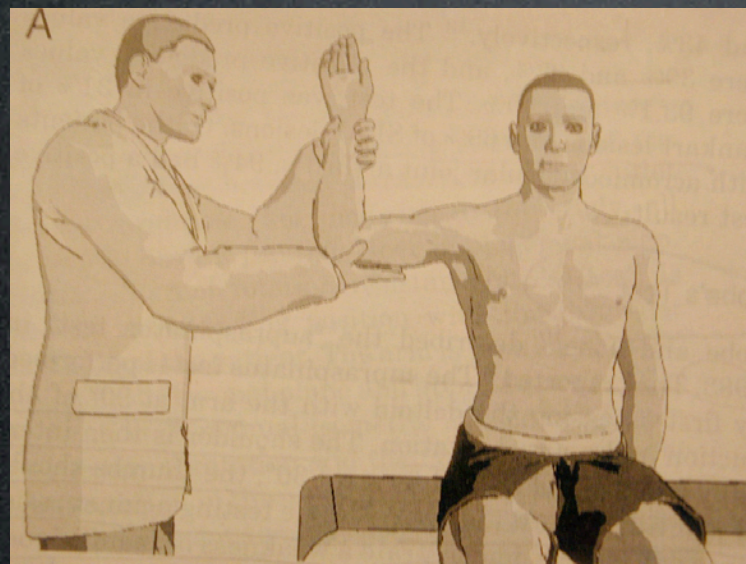
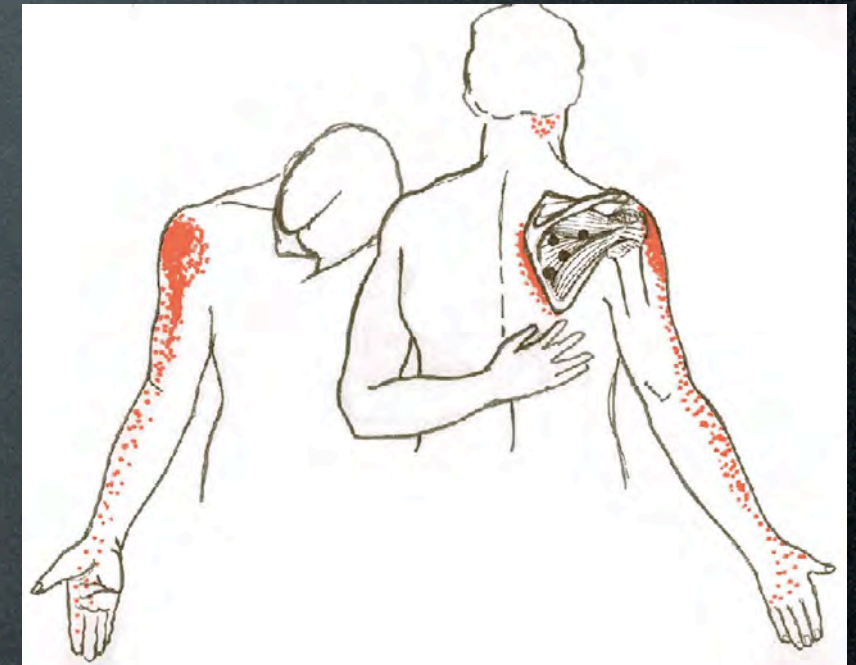
Subscapularis



- Douleur postéro-inférieure
- ➤ Force en rotation interne
- Bear Hug Test, Lift off, Press-belly sign

Infraspinatus

- Peu ou pas douloureux spontanément
- ➤ Force en rotation externe



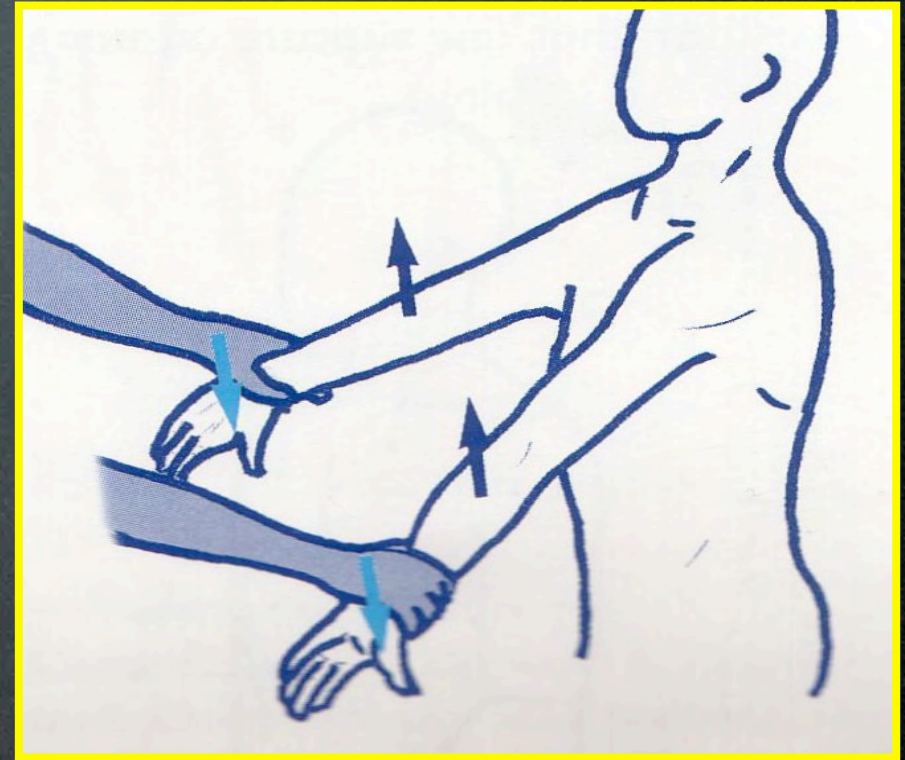


Infraspinatus + teres minor = signe du clairon



Supraspinatus

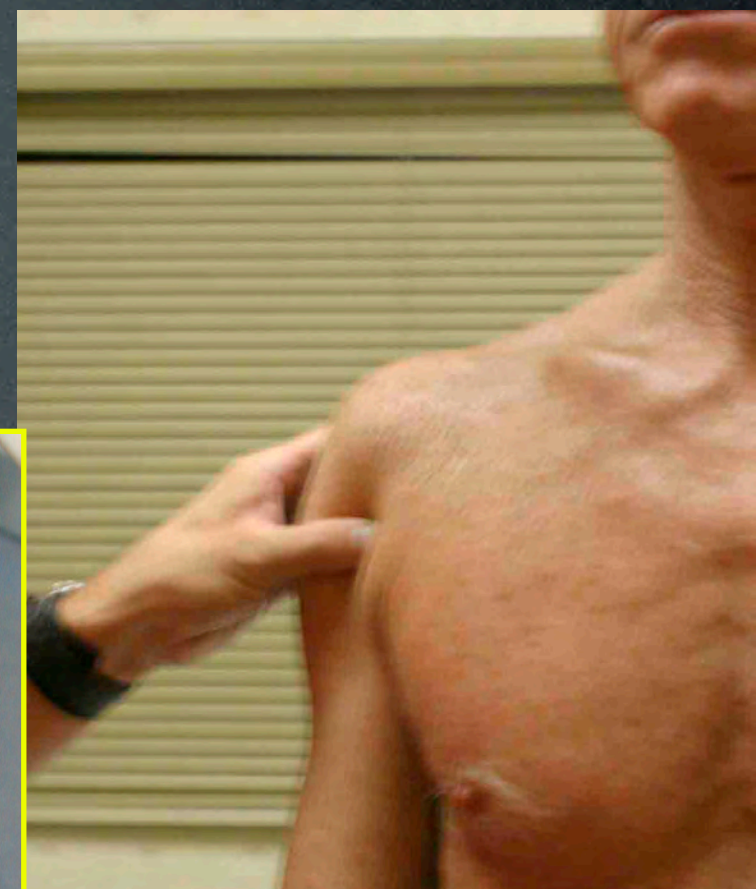
- Douleur antéro-supérieure
- Augmentée par “toutes” les manoeuvres provocatrices
- Test de Jobe = Force

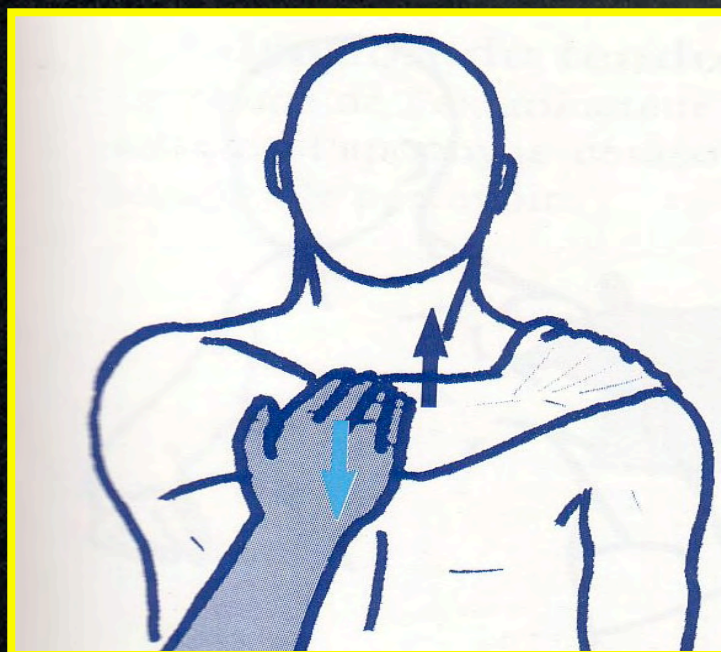
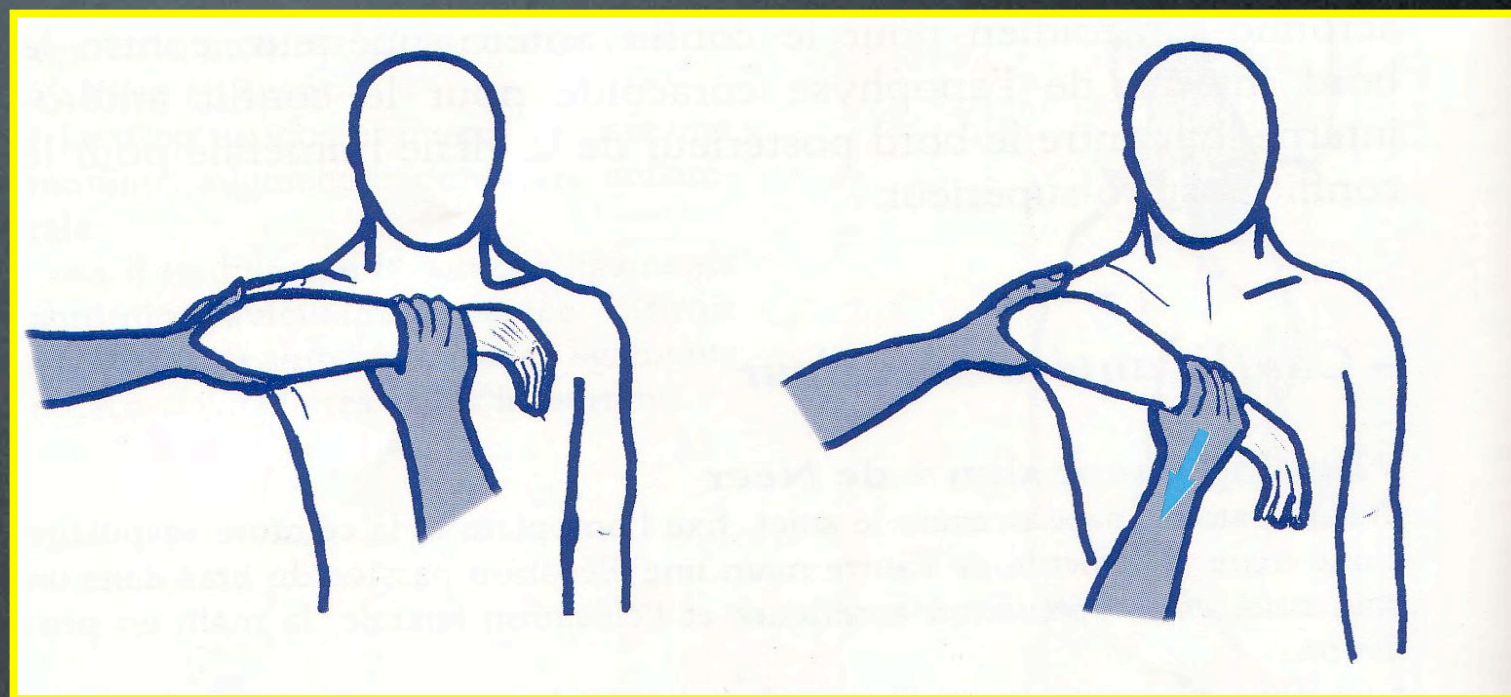
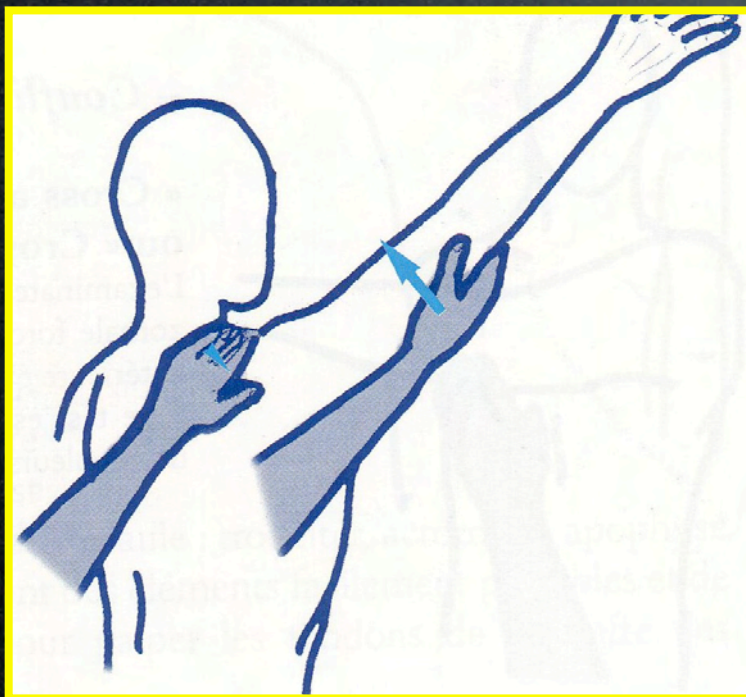




Biceps

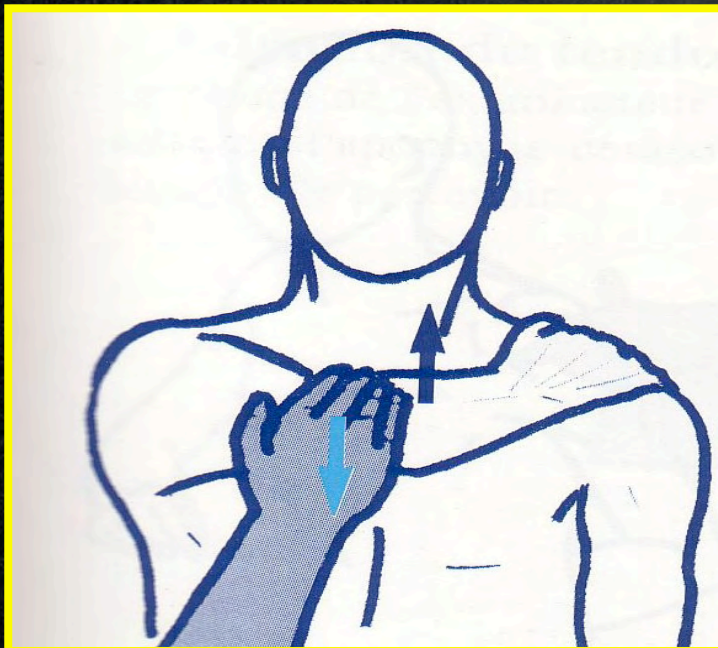
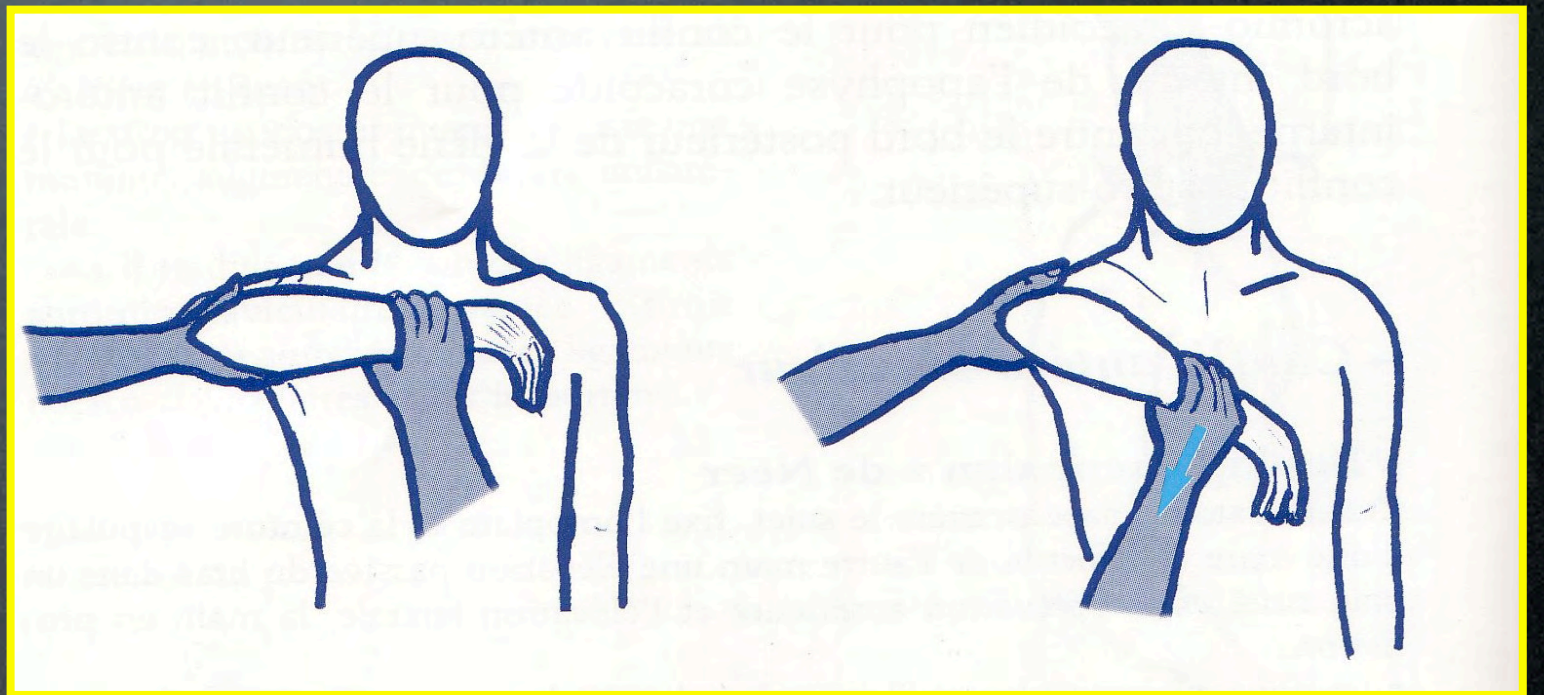
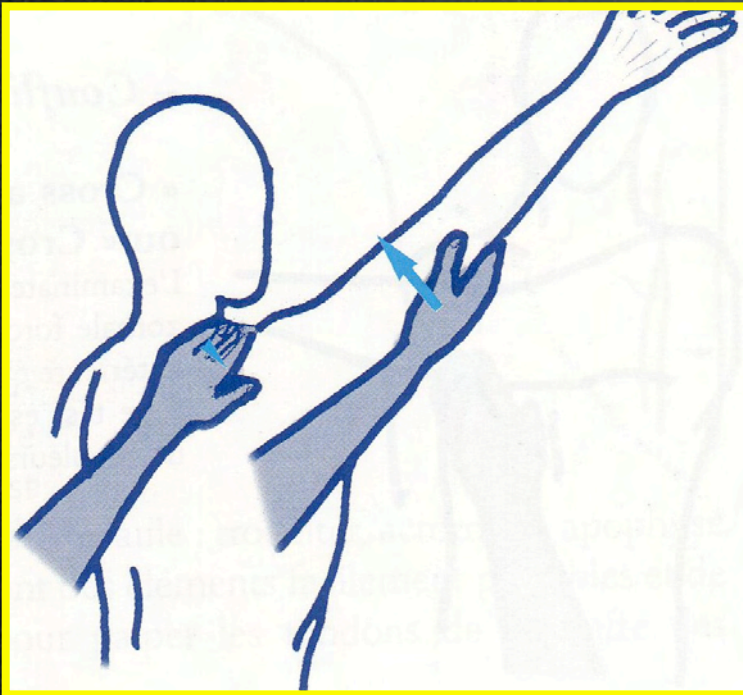
- Très douloureux (palpation, testing = Speed, Gilchreest, Yergason,...)
- Parfois rompu





Tests dits de conflit

Reproduisent la douleur et les symptômes
mais n'ont pas de valeur localisatrice



Imagerie de la coiffe

- Radiographies toujours
 - Calcifications
 - Signes indirects de rupture



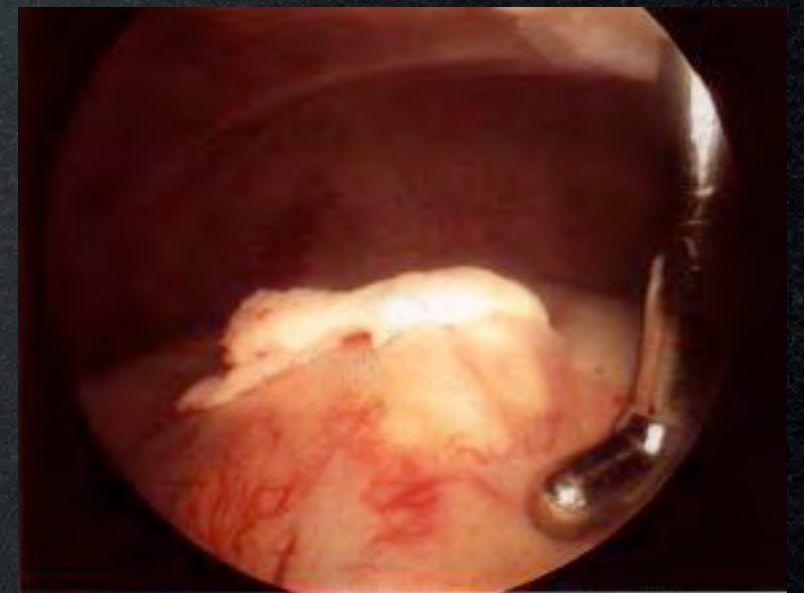
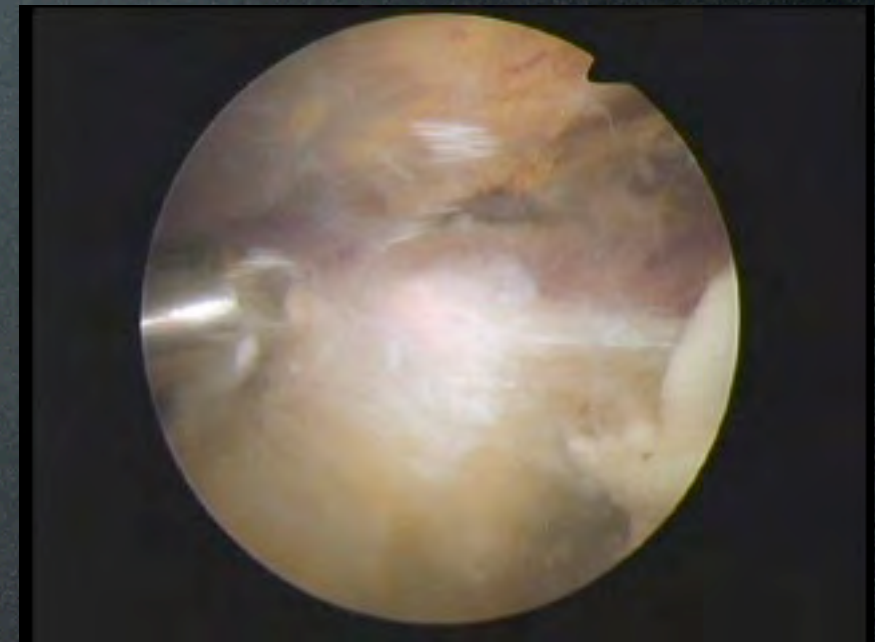
Imagerie complémentaire ?

- Si indication chirurgicale
- Si échec du traitement médical
- Si clinique atypique
 - Echographie
 - Arthroscanner/ArthroIRM > IRM

Les tendances thérapeutiques actuelles

Tendinite calcifiante

- Ablation simple sous arthroscopie type A & B
- “Ablation” + acromioplastie type C

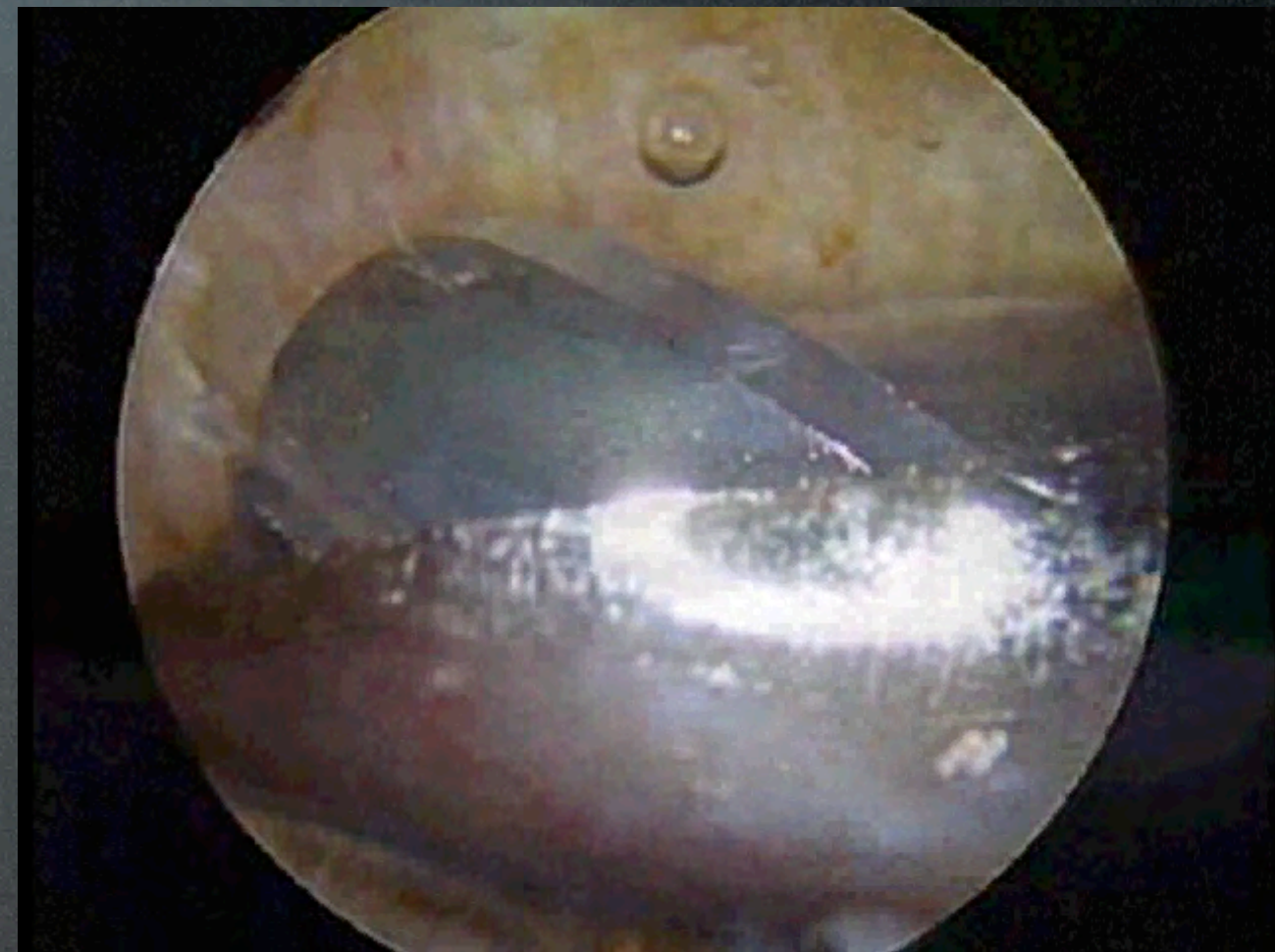


Capsulite rétractile

- Rééducation prolongée douce
- Rééducation forcée très courte (protocole Gleyze)
 - 1 décoaptation/ 3 actifs aidés/3 exercices quotidiens
 - 4 h/j = 1700 mvts, puis 2h30, puis 1h/j à J15

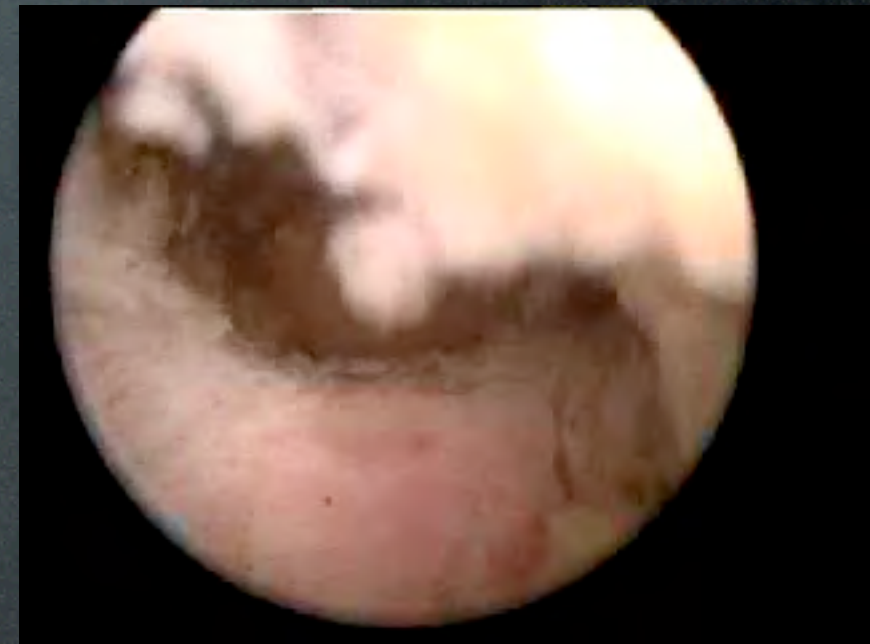
Tendinopathie

- Libération sous arthroscopie
 - +/- section du LAC
 - +/- acromioplastie



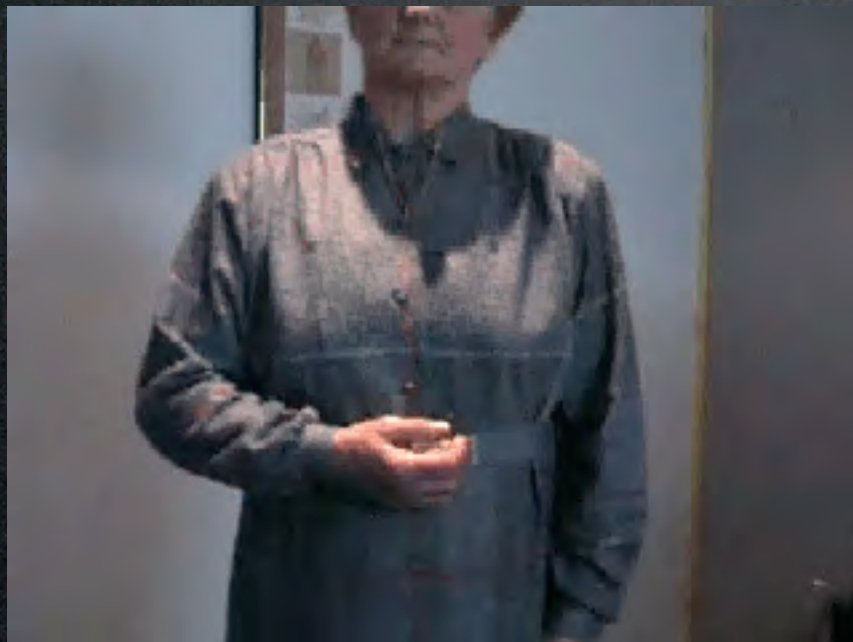
Rupture de coiffe

- Suture sous arthroscopie
- Si possible (distale/intermédiaire)
- Si sujet < 65 ans



Rupture irréparable

- Débridement simple si le patient a gardé une mobilité
- Prothèse inversée si le patient a perdu sa mobilité ET a plus de 70 ans



Conclusion

- L'interrogatoire et l'examen clinique restent des préalables indispensables à une bonne prise en charge du patient
- Éliminent certaines pathologies, orientent vers d'autres
- Permettent de mieux cerner les attentes et les besoins des patients+++