

Tendinopathie de l'épaule

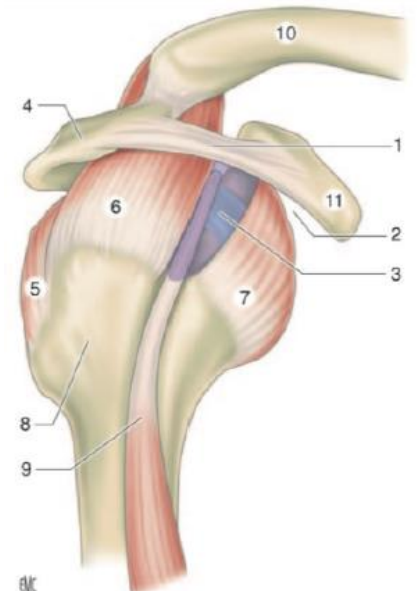
Introduction

- La prise en charge d'une épaule douloureuse est une situation fréquente en pratique quotidienne.
- Les étiologies sont multiples mais la pathologie de la coiffe des rotateurs est largement au 1^{er} rang.
- Les tendinopathies traduisent une souffrance avec des modifications histologiques du tendon, pouvant aller jusqu'à sa rupture.

Rappel anatomique

Le complexe articulaire de l'épaule peut être décrit comme l'association de 2 unités fonctionnelles :

- **Unité scapulo-humérale :**
 - Avec 2 articulations :
 - **Articulation gléno-humérale** : contact entre la tête humérale et la cavité glénoïde de l'omoplate
 - **Articulation sous-acromiale** : entre trochiter et acromion, comprend la bourse séreuse sous-acromio-deltoïdienne
 - **Muscles de la coiffe des rotateurs** : assurent la stabilité de l'articulation :
 - **En avant** : sub-scapulaire (rotateur interne)
 - **En haut** : supra-épineux (abducteur et rotateur externe)
 - **En arrière** : sous-épineux et petit rond (rotateurs externes)
- **Unité scapulo-thoracique** : 3 ensembles :
 - **Espace de glissement scapulo-thoracique** : assure le déplacement de l'omoplate
 - **Articulation acromio-claviculaire + articulation sternoclaviculaire** : assurent l'élévation de l'épaule.



1. Ligament acromio-coracoïdien
2. espace sous-coracoïdien
3. intervalle des rotateurs
4. acromion
5. tendon infra-spinatus
6. tendon supra-spinatus
7. tendon sub-scapularis
8. tête humérale
9. tendon caput longum biceps brachii
10. clavicule
11. apophyse coracoïde.

Rappel fonctionnel

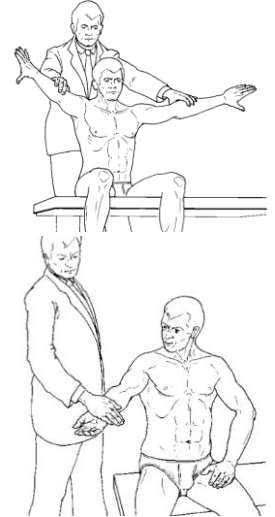
Mobilisation de l'épaule :

- **Abduction** : 180° (deltoïde, supra-épineux)
- **Adduction** : 30° (grand pectoral, grand rond, grand dorsal)
- **Antépulsion** : 180° (deltoïde, grand pectoral, biceps).
- **Rétropulsion** : 60° (deltoïde, grand rond, grand dorsal, triceps).
- **Rotation externe** : 90° (infra-épineux, petit rond)
- **Rotation interne** : 90° (sub-scapulaire, grand pectoral, grand rond).

Analyse clinique d'une douleur de l'épaule

- **Interrogatoire** : fait préciser :
 - **Caractères de la douleur** : localisation, type
 - **Degré d'impotence et retentissement sur la vie sociale ou personnelle**
 - **Signes d'accompagnement** : faiblesse du bras, sensation d'accrochage.

- **Examen clinique de l'épaule** : torse nu, examen comparatif.
 - **Inspection** : recherche : amyotrophie du deltoïde, tuméfaction, anomalie du relief osseux
 - **Palpation** : recherche une douleur à la pression de certains tendons.
- **Mobilisation de l'épaule** :
 - **Mobilité active** : celle qu'exerce le patient.
 - **Mobilité passive** : celle qu'exerce l'examineur.
- **Etude des tendons de la coiffe** (testing de la coiffe) : permet l'étude analytique des différents éléments de la coiffe des rotateurs grâce à des mouvements de contraction musculaire contre résistance manuelle.
 - **Manœuvre de Jobe +++** (pour le supra-épineux) : abaissement du bras du malade contre résistance, bras à 90° d'abduction dans le plan de l'omoplate et en rotation interne de telle façon que le pouce regarde vers le sol.
 - **Manœuvre de Patte** (pour l'infra-épineux)
 - **Palm-up test** (pour le long biceps) ++ : membre supérieur à 90° d'antépulsion, les paumes regardant vers le haut. L'examineur tente d'abaisser les bras contre résistance
 - **Lift off test de Gerber** (pour le sub-scapulaire)
- Pour toutes les manœuvres du testing musculaire, trois types de réponses peuvent être obtenues :
 - Absence de douleur (tendon intact)
 - Aucune résistance (tendon rompu)
 - Résistance (quelques secondes) mais douloureuse (tendinopathie ou rupture partielle)



Examens complémentaires

- **Radiographie conventionnelle** : bilatérale (comparaison), face et profil. Souvent normale.
- **Arthrographie** : visualise la cavité articulaire et les bourses séreuses. Demandée si suspicion de rupture de la coiffe ou de capsulite rétractile.
- **Arthroscopie** : explore l'épaule (surfaces articulaires, coiffe des rotateurs) avec parfois un geste de réparation.
- **Echographie ++** : analyse la longue portion du biceps et les tendons de la coiffe des rotateurs.
- **Arthroscanner** : plus performant que l'arthrographie.
- **IRM** : analyse des lésions des parties molles.
- **Biologiques** : normaux, utiles en cas de doute diagnostique.

Classification des tendinopathies de la coiffe

- **Epaule douloureuse simple** (ou tendinopathie simple) : motif fréquent de consultation.
 - Douleur modérée, rarement intense.
 - Les mouvements ne sont pas ou à peine limités.
 - La tendinopathie du sus-épineux est la plus fréquente, suivie de celle de la longue portion du biceps. La manœuvre correspondante au testing de la coiffe est positive
 - Les radiographies sont normales
 - L'échographie peut objectiver un épaissement du tendon ou un aspect hypo-échogène de celui-ci
 - **Traitement** : antalgiques, AINS, et si échec, infiltration de corticoïdes ± rééducation adaptée
 - **Evolution** : favorable. Guérit en quelques semaines ou mois, mais si les microtraumatismes sont répétés, ils conduisent au stade de tendinopathie chronique.

- **Epaule douloureuse hyperalgique** (ou bursite de l'épaule) : soit primitive, soit survient dans l'évolution d'une épaule douloureuse simple.
 - Bursite aiguë qui correspond à la migration d'une calcification dans la bourse sous acromiale
 - La douleur est brutale, intense, permanente, avec impotence fonctionnelle majeure
 - **Evolution** : souvent disparition spontanée en 1 mois à 2 ans.
 - **Traitement** : mise au repos par une écharpe (4 à 10 jours), glace sur l'épaule, 3-4 fois par jour, antalgiques, AINS, infiltration de la bourse sous-acromiale par un corticoïde.
- **Epaule enraidie** (ou épaule gelée) : la cause la plus fréquente est la capsulite rétractile, qui est une rétraction scléreuse de la capsule.
 - Les mouvements actifs et passifs sont limités (abductions et rotations)
 - **Facteurs étiologiques** :
 - Traumatisme ou antécédent chirurgical
 - **Neurologiques** : hémiplégie, coma, Parkinson
 - **Clinique** : évolue en 3 phases :
 - **Phase douloureuse** : douleur, pas de limitation.
 - **Phase d'enraidissement** : disparition des douleurs, installation d'une limitation importante
 - **Phase de récupération** : progressive, guérison en 6 à 24 mois mais parfois la récupération n'est pas totale
 - **Radiographies** :
 - **Au début** : normales
 - **A un stade tardif** : déminéralisation pommelée de la tête humérale. L'interligne articulaire est normal.
 - **Arthrographie** : non systématique, diminution de la capacité articulaire
 - **Evolution** : favorable en 6-24 mois, raccourcie par la rééducation précoce de l'épaule.
 - **Traitement** :
 - **Stade de début** : antalgiques, AINS, infiltrations de corticoïdes, rééducation douce débutée précocement.
 - **Stade d'épaule enraidie** : mobilisation (passive puis active progressive).
- **Epaule douloureuse pseudo-paralytique** : correspond à la rupture de la coiffe des rotateurs (supra-épineux +++). Peut être spontanée ou post-traumatique.
 - **Clinique** :
 - Pseudo-paralysie de l'abduction active de l'épaule, peu ou pas douloureuse, après un effort minime
 - L'abduction passive est encore possible
 - L'examen neurologique est normal
 - **Radiographie standard** : signes indirects de rupture :
 - Ascension de la tête humérale
 - Arthrose scapulo-humérale secondaire.
 - **Arthrographie et IRM** : objective la topographie et l'étendue de la rupture.
 - **Traitement** :
 - **Traitement médical** : repos, antalgiques, AINS, physiothérapie, infiltrations (si rupture complète)
 - **Rééducation** : pour renforcer les autres muscles rotateurs
 - **Traitement chirurgical** : réinsertion trans-osseuse du tendon rompu. Indiqué essentiellement chez le sujet jeune (< 50 ans)

Diagnostics différentiels

- **Arthrites de l'épaule** : infectieuse, rhumatismale, microcristalline.
- **Arthrose de l'épaule, ostéonécrose de la tête humérale.**
- **Névralgie cervico-brachiale C5**
- **Douleur projetée** (lithiase vésiculaire, coronaropathie)