

Epaule douloureuse

I. Définition, rappel anatomique

L'épaule douloureuse est un motif de consultation fréquemment rencontré en rhumatologie. Elle traduit la souffrance d'une des structures anatomique de l'épaule, articulations, muscles, tendons, bourses séreuse.

Les étiologies en cause sont nombreuses mais, elles sont dominées par l'atteinte des structures musculo-tendineuses, qu'il faudra distinguer des douleurs scapulaires en rapport avec des pathologies locorégionales (atteinte acromio –claviculaire, sterno-claviculaire, thoracique, digestive ...etc.) , tumorales , articulaires infectieuses ou inflammatoires .

La pathologie de la coiffe des rotateurs d'origine dégénérative et microtraumatique , est au premier rang des étiologies des douleurs de l'épaule , elle sera l'objet principal de cet exposé .

L'épaule est une articulation complexe, elle comporte :

- ❖ L'articulation gléno-humérale, très mobile et peu emboîtée : articulation principale
- ❖ Le plan de glissement acromio-humérale
- ❖ Le plan de glissement omo-thoracique
- ❖ Les articulations acromio-claviculaire et sterno-claviculaire.

Les tendons des muscles de la coiffe des rotateurs susceptible d'être lésés sont d'avant en arrière : le subscapulaire , le supra épineux , le infra épineux et le petit rond .

On distingue :

- ❖ Les tendinopathies non calcifiantes de l'épaule
- ❖ Les tendinopathies calcifiantes de l'épaule
- ❖ Les tendinopathies rompues (rupture partielle ou transfixante de la coiffe)
- ❖ Épaule gelée capsulite rétractile (algoneurodystrophie)

II. Epidémiologie

Les tendinopathies de l'épaule sont fréquente. On estime à 7% la fréquence de la calcification tendineuse au cours de l'épaule douloureuse chroniques.

Ces tendinopathies sont plus fréquentes chez la femme aux alentours de la cinquantaine, elles siègent préférentiellement sur le supra-épineux. Elles peuvent être totalement asymptomatiques.

L'incidence des ruptures tendineuses augmente avec l'âge, celles- ci sont avant 50 ans mais fréquentes à 80 ans.

Épaule douloureuse

III. Pathogénie – physiopathologie

La pathogénie des lésions tendineuses d'origine dégénérative implique l'intrication de plusieurs

Facteurs. L'hyper utilisation de l'épaule professionnelle ou sportive, le conflit entre les tendons de la coiffe et les structures ostéo-ligamentaires, des facteurs locaux comme l'ischémie tendineuse. Les calcifications peuvent être uniques ou multiples, entrant dans le cadre d'un rhumatisme à hydroxyapatite, elles sont constituées de cristaux d'apatite carbonatés mais la pathogénie exacte demeure inconnue.

IV. Diagnostic positif

1. Les tendinopathies non rompues, non calcifiantes :

Réalisent un tableau Clinique *d'épaule douloureuse simple*

❖ Données de l'interrogatoire :

- Age : sujet de plus de 40 ans
- Facteurs favorisant ou déclenchant, activité sportive, loisirs, traumatisme, profession
- Siège de la douleur : face antéro- latérale de l'épaule ou de la face antéro- latérale externe du bras
- Caractères de la douleur : l'intensité est souvent modérée, les circonstances d'exacerbation peuvent être un geste précis, le décubitus latéral (appui direct sur le côté atteint particulièrement la nuit)

❖ L'examen clinique

Il doit être comparatif, pratiqué sur un malade debout ou assis, torse nu :

- **La mobilisation** explore les amplitudes articulaires, lors des mouvements actifs et passifs. Elle ne relève pas de limitation articulaire. Cependant la douleur peut limiter les mouvements.
- **Certaines manœuvres**, peu spécifiques, contre résistance, explorent la souffrance élective d'un groupe musculotendineux notamment :

✚ **Manœuvre de Jobe** : elle teste le supra épineux. Les membres supérieurs du patient à 90 degrés d'abduction et 30 degrés en avant, les pouces sont dirigés vers le bas. L'examineur se place face au patient ou derrière lui, il exerce une pression vers le bas sur les membres supérieurs en abduction. Le test est positif s'il provoque une douleur.

Epaule douloureuse

✚ **Manœuvre de Hawkins** : elle permet de dépister un conflit sous coracoïdien, bras à 90 degrés d'antéflexion, coude fléchi à 90 degrés, l'examineur, face au patient, imprime un mouvement d'abaissement sur l'avant bras, coude bloqué (ce qui induit une rotation interne au niveau de l'épaule). Ce test est positif s'il réveille une douleur.

✚ **Manœuvre de Neer** : L'examineur se place derrière le patient, blocage du trochiter entre la face antéro-externe de l'acromion. Antéflexion du bras en rotation interne, tandis que l'autre main bloque l'omoplate. Ce test est positif s'il réveille une douleur.

- La Recherche d'un arc douloureux lors de l'abduction passive entre 60 et 120 degrés.

❖ Examens complémentaires :

Les radiographies demandées sont, un cliché de face position neutre rotation interne et externe des 2 épaules.

Ces radiographies habituellement normales, permettent d'écartier d'autres diagnostics.

L'échographie est un examen peu coûteux, accessible elle nécessite un examinateur expérimenté et permet d'explorer la portion distale des tendons supra-épineux, infra-épineux, sous scapulaire, le tendon biceps. Elle permet également d'explorer l'articulation gléno-humérale et peut dépister un éventuel épanchement articulaire.

2. Tendinopathie calcifiante :

Un tableau très évocateur de tendinopathie calcifiante est celui **d'épaule aigue hyperalgique** qui correspond à la migration d'un dépôt calcique dans la bourse séreuse sous deltoïdienne. Cependant une calcification tendineuse peut être à l'origine d'une épaule douloureuse simple elle peut être totalement asymptomatique, de découverte fortuite à la radiographie.

Sur le plan clinique, l'épaule aigue hyperalgique concerne habituellement la femme, entre 40 et 50 ans (rare avant 30 ans), elle se traduit par une douleur intense, empêchant tout mouvement de l'épaule, irradiant au membre supérieur, accompagnée d'un syndrome fébrile. L'examen clinique peut relever une tuméfaction de la face antérieure de l'épaule.

La radiographie des épaules (face position neutre, rotation profil) met en évidence la calcification au niveau de supra-épineux 75% infra-épineux 20% scapulaires 5% des cas. On décrit actuellement 4 types de calcifications :

- **Type A** : calcification homogène, à contours nets,

Épaule douloureuse

- **Type B** : calcification hétérogène ; polylobée ou fragmentée a contours nets
- **Type C** : calcification hétérogène sans contours net, pouvant être une forme évolutive de A ou B.
- **Type D** : Enthésopathie calcifiante.

La calcification peut disparaître après un accès d'épaule aigue

3. tendinopathies rompues :

La rupture d'un tendon peut être la conséquence d'un traumatisme violent chez le jeune, ou minime chez le sujet âgé (conséquence d'une lésion dégénérative) .

- ❖ Cliniquement, la rupture tendineuse est caractérisée par une épaule pseudo paralysée :
 - Perte de la mobilité active
 - Conservation de la mobilité active
- ❖ La rupture du tendon supra épineux est la plus fréquente, elle se traduit par une difficulté à résister la pression exercée sur le membre par l'examineur, la manœuvre de Jobe est alors positive.
- ❖ La rupture du tendon sous scapulaire se traduit par une manœuvre de Gerber positive. L'examineur se place derrière le patient dont l'épaule est en rotation interne, le coude fléchi et la main dans le dos. Le médecin décolle la main du patient, en lui demandant de la maintenir écartée du dos. Cette position est impossible.
- ❖ La rupture du long biceps est caractérisée par l'apparition d'une tuméfaction à la face antérieure du bras lors de la flexion contrariée du coude

Sur le plan radiologique, la rupture de la coiffe des rotateurs se traduit par la diminution de la hauteur sous acromiale et une ascension de la tête humérale. Ultérieurement des signes d'arthrose scapulo humérale peuvent s'installer en cours de dévolution. Les autres explorations d'imagerie ne sont demandées que si une intervention chirurgicale est envisagée.

L'échographie est intéressée dans le bilan initial d'une épaule traumatisée et dans le suivi d'une épaule opérée.

L'arthroscanner opaque est l'examen de choix pour visualiser et apprécier l'étendue d'une rupture transfixante de la coiffe.

4. capsulite rétractile de l'épaule (épaule gelée)

- ❖ Parfois post traumatique (syndrome- épaule-main)
- ❖ Autres étiologies de cette capsulite : diabète , coronarite , hémiplégié , chirurgie ou tumeur thoracique , NCB(névralgie cervico brachiale) , médicaments (barbiturique ...etc.

Epaule douloureuse

- ❖ On a une douleur avec installation progressive d'un enraidissement de l'épaule
- ❖ Limitation des mobilités actifs et passifs surtout des mouvements d'abduction et de rotation externe)
- ❖ Radio standard normale au début puis aspect d'ostéoporose pommelée (mouchetée)
- ❖ La scintigraphie pose le diagnostic à un stade Pecos en montrant une hyperfixation loco régionale
- ❖ Evolution se fait sur quelques mois à 2 ans
- ❖ Le traitement est très souvent décevant et long : antalgique, AINS, infiltration intra articulaire, pamidronate en IV, physiothérapie, **quinesithérapie** qui est le traitement essentiel qui est prolongé douce et indolore mais jamais en phase douloureuse .

5. Evolution :

L'évolution d'une épaule douloureuse simple est variable. Elle le plus souvent favorable sous traitement ou spontanément. Les récives sont possibles.

Les tendinopathies calcifiantes, sont caractérisées par le risque de survenue l'épaule aigue hyperalgique .Les ruptures tendineuses douloureuses, d'origine dégénératives évoluent vers la chronicité. Chez les personnes âgées, la prise en charge est difficile en cas de rupture étendue de la coiffe associées a une instabilité gléno-humérale antérieure

Quelque soit le type de tendinopathie, les complications a type d'enraidissement articulaire sont possibles, en rapport soit avec une algodystrophie ou avec une capsulite rétractile.

V. Diagnostic différentiel

Eliminer ce qui n'est pas en rapport avec une atteinte de l'épaule :

- ❖ Névralgie cervico brachiale surtout la C5
- ❖ Affection viscérale de voisinage
- ❖ Des lésions osseuses de voisinage : ostéites, tumeurs bénignes ou malignes, maladie de Paget, ostéomalacie
- ❖ Arthropathies de voisinage :acromio claviculaire, stérno claviculaire
- ❖ Epaule neurologique paralysie du circonflexe, atteinte du grand dentelé
- ❖ Syndrome du personnage er Turner

Eliminer ce qui n'est pas en rapport avec une atteinte de la coiffe des rotateurs

- ❖ La réaction capsulaire
- ❖ Arthrite septique à germe banals (particulièrement devant une épaule aigue hyperalgique)
- ❖ Arthrite rhumatismale, métabolique

Eliminer une tendinopathie rhumatismale, infectieuse

Épaule douloureuse

VI. Traitement

- ❖ **Traitement médical** : le traitement symptomatique fait appel aux antalgiques, aux anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) et aux infiltrations de corticoïdes. Les infiltrations de dérivés cortisoniques nécessitent une aseptie rigoureuse, elles doivent être péri-tendineuses (ne doivent pas être injectées dans le tendon pour éviter la rupture) leur nombre ne doit pas dépasser 3 années et elles doivent être espacées de 8 à 10 jours.

La ponction lavage aspiration (PLA) d'une calcification peut être utile, elle consiste à injecter du sérum, sous pression, dans la calcification repérée sous scopie, complétée par une injection de corticoïdes dans l'espace sous-acromial.

Les ondes de choc extracorporelles sont proposées pour stimuler la réparation tendineuse au cours de certaines tendinopathies

- ❖ **Mise au repos** de l'articulation, éviter les mouvements répétés
- ❖ **Rééducation** elle doit être indolore progressive, passive et active. L'objectif de la rééducation est la récupération des amplitudes articulaires, celle-ci est facilitée par la balnéothérapie
- ❖ **Traitement chirurgical** les réparations tendineuses (l'ablation chirurgicale d'une calcification, l'acromioplastie, bénéficient actuellement des progrès de l'arthroscopie, le débridement tendineux sous arthroscopie, concerne les ruptures massives, douloureuse, rebelle du sujet âgé. Les autres moyens sont le transfert tendineux, la prothèse totale inversée proposés sans certaines formes de tendinopathies

❖ Indications

- **Tendinopathies non rompues, non calcifiantes** : le traitement médical est toujours indiqué en première intention (antalgique ; AINS, infiltrations), associé à une rééducation bien conduite. En cas d'échec, une acromioplastie peut être proposée
- **Tendinopathies calcifiantes** : elles ne doivent pas être traitées que si elles sont symptomatiques. L'épaule hyperalgique relève du traitement médical et la mise au repos de l'articulation. La PLA et les ondes de choc sont envisagées au cours des tendinopathies type A et B résistantes au traitement médical. L'exérèse chirurgicale ne doit être envisagée qu'en cas d'échec au traitement médical

Epaule douloureuse

- **Tendinopathies rompues** les ruptures tendineuses traumatiques du sujet jeune, relèvent d'un traitement chirurgical qui doit être envisagé en urgence. en revanche, les ruptures survenant sur une coiffe dégénérative relèvent du traitement médical. un traitement palliatif peut être proposé.
-

Dr Bouadjadar Naima

Maitre assistante en Rhumatologie CHU Constantine