

L'acromion : anciens paradigmes et nouveaux concepts

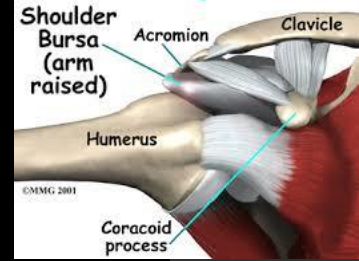


Dr Rémy OUICHKA

Rhumatologue - Thionville

L'acromion : petit bout d'os mais gros dégâts

- Apophyse osseuse de la scapula
- Auvent acromial : bord supérieur du défilé sous-acromial
- **Facteur extrinsèque du conflit sous acromial** (Neer, 1972)
- Analyse radiologique : face et profil de coiffe

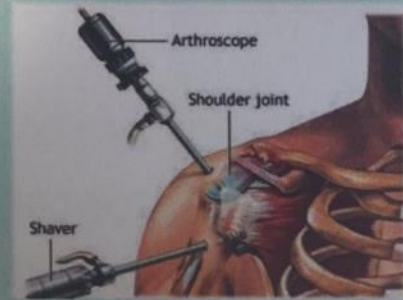


There is an assumption the acromion is causing the damage and the pain is coming from the tendon tear

"Your acromion is causing the pain by ripping into tendon"

"The symptoms are coming from your tear"

"If we don't operate on the small tear it will get to big and we wont be able to repair it"



Rupture de coiffe il ne fait pas bon vieillir

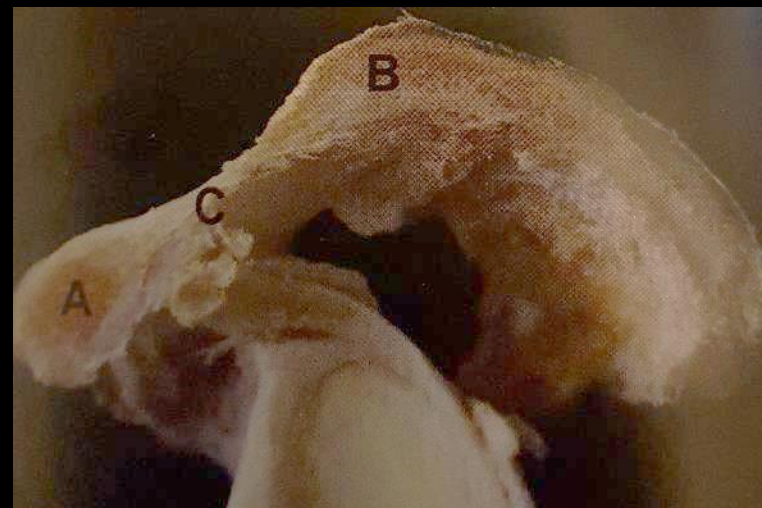


- Après 65 ans :
 - 22% de rupture transfixiante de coiffe
- Age moyen des tendinopathie de coiffe :
 - Sans rupture : 49 ans
 - Rupture transfixiante unilatérale : 59 ans
 - Rupture transfixiante bilatérale : 68 ans
- Facteurs favorisants :
 - Fonction : **port de charges lourdes au dessus de la tête**
 - Anatomiques : **morphologie acromiale**,
arthrose acromio-claviculaire,
instabilité scapulo-thoracique (cyphose dorsale)
 - Génétiques : polymorphisme des défensines

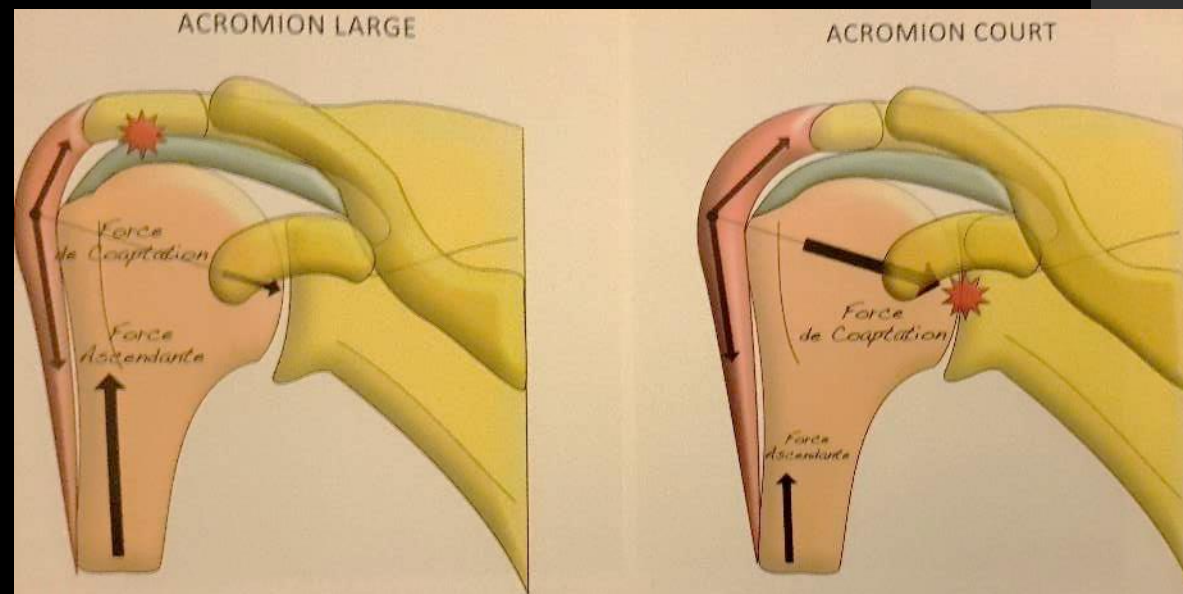


Biomécanique acromiale

- Auvent acromial :
 - Voûte ostéo-fibreuse : acromion-LAC-coracoïde
 - Opposition à l'ascension de la tête humérale lors de l'abduction
 - Exposition du supra-épineux +++



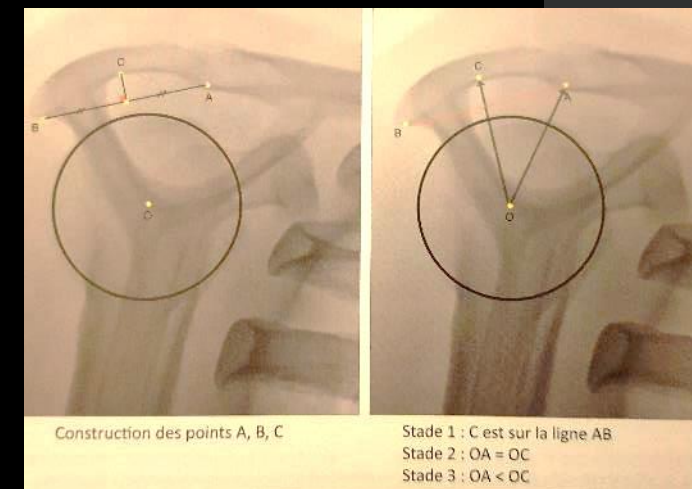
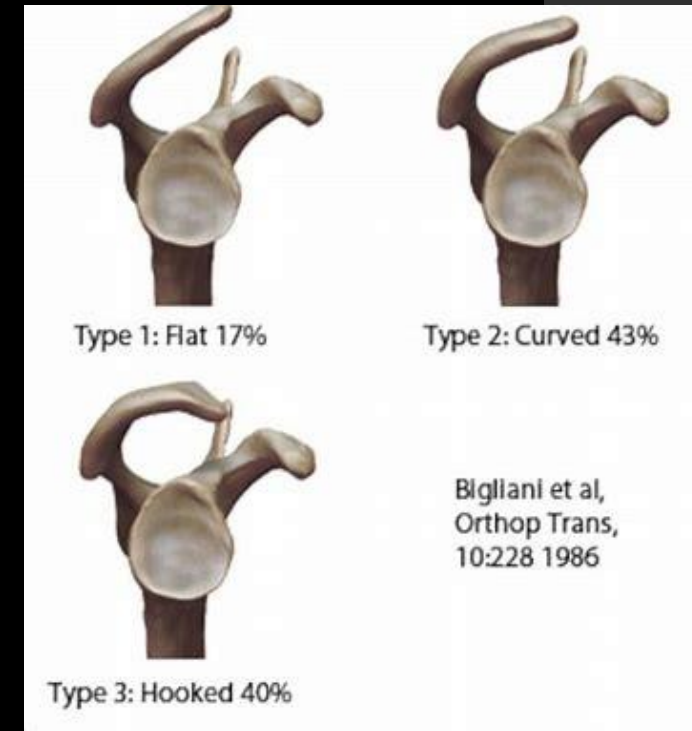
- Acromion : insertion du Deltoïde
Lors de l'abduction :
 - Au début : force ascendante
 - Évolution en une force de coaptation
- Corrélation entre débord latéral acromial et force ascendante





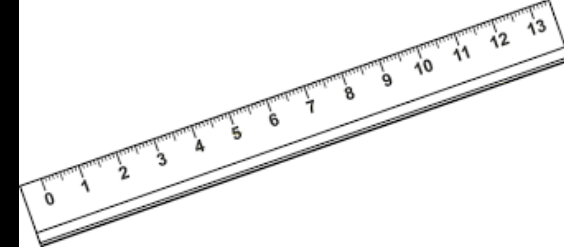
L'acromion « crochu »

- Classification de Bigliani et Morrison (1986) :
 - Forme de l'acromion
- Classification de Park (2001) :
 - Débord inférieur acromio-claviculaire
- Rupture de coiffe : type 3 > type 1
- Mais :
 - Aspect crochu et ossification LAC quand rupture
 - Mauvaise reproductibilité : **évaluation subjective +++**





Analyse radiologique du débord latéral : l'index acromial



- Nyffeler et coll (2006)
- Index : « plan glénoïdien-bord latéral de l'acromion » / « plan glénoïdien-bord du tubercule majeur »
- = **mesure du débord latéral de l'acromion**
- Cohorte de 102 patient avec rupture de coiffe et omarthrose
 - Index > 0,73 : rupture de coiffe
 - Index < 0,6 : omarthrose
 - Limites :
 - Pas de différence entre omarthrose et témoin
 - Mesure fonction de la taille et de la forme de l'humérus



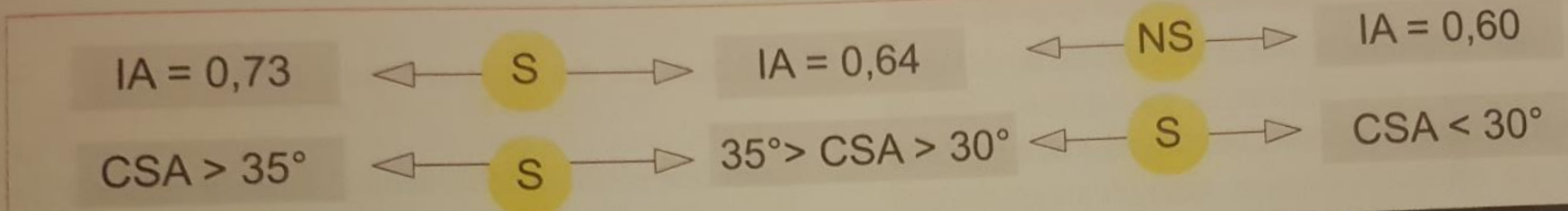


Un nouveau concept: l'angle critique de l'épaule



- « **Critical Shoulder Angle** » (Moor et coll, 2013)
- Angle entre plan glénoïdien et bord latéral de l'acromion
- Excellente reproductibilité inter- et intra-observateur
- Indépendant de la forme et de la position de l'humérus
 - Rupture de coiffe : angle 38°
 - Omarthrose : 28°
 - Témoins : 33°
- **CSA > 35° : rupture de coiffe et < 30° : omarthrose**





Rupture de coiffe



Groupe Témoin



Omarthrose

Fig. 8 : Valeur de l'index acromial (IA) et du Critical Shoulder Angle (CSA) en fonction de la pathologie. S = significatif, NS = non significatif.

Take home messages

- Acromion crochu :
 - Agressif pour la coiffe
 - Mesure subjective
- Débord latéral acromial :
 - Meilleure explication physiopathologique pour la rupture de coiffe
 - Mesures objectives : index acromial ou angle critique de l'épaule

Merci de votre attention