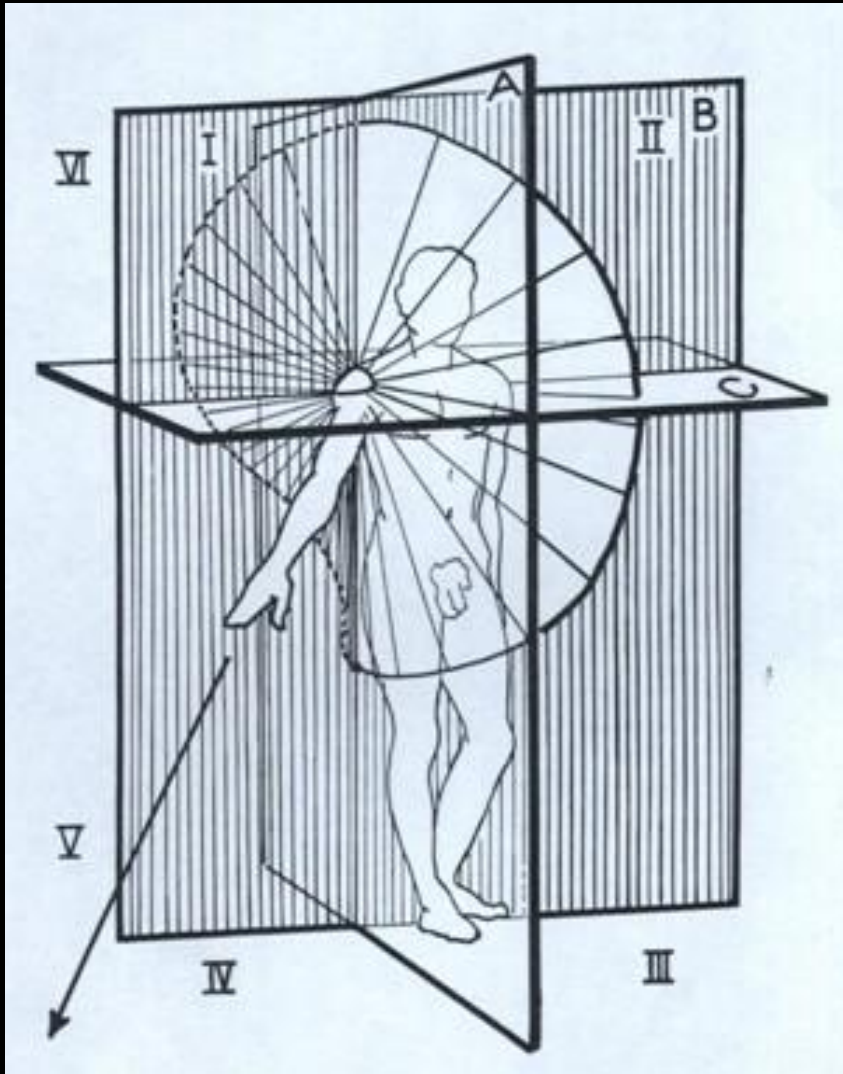


Douleurs d'épaule, prise en charge par le médecin généraliste



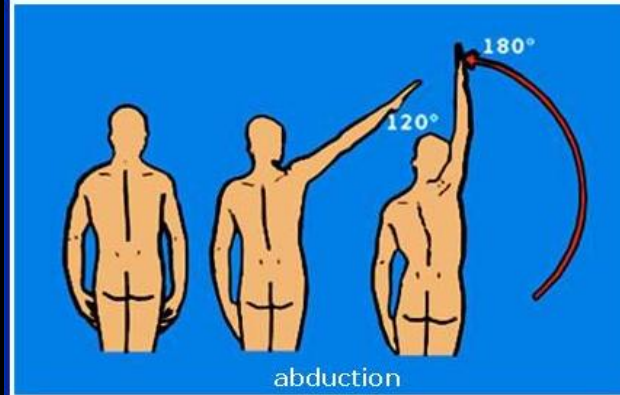
Dr Josiane TOUBA
Club des remplaçants

Articulation la plus mobile circumduction

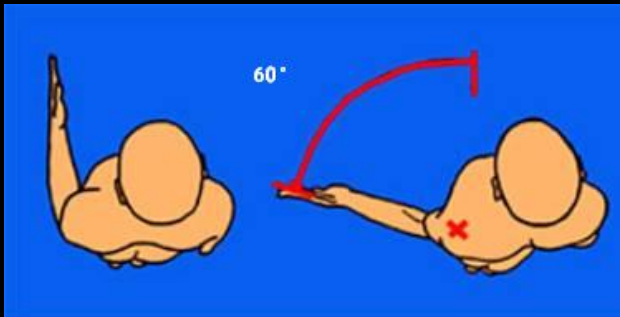


1. Abduction
2. Adduction
3. Antépulsion
4. Rétropulsion
5. Rotation interne
6. Rotation externe

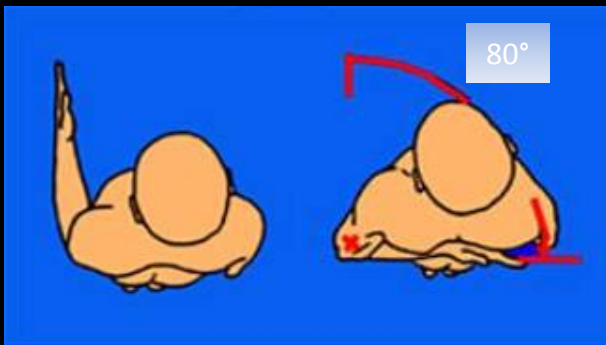
Abduction-élévation latérale=120° 180°



Rotation externe=60°

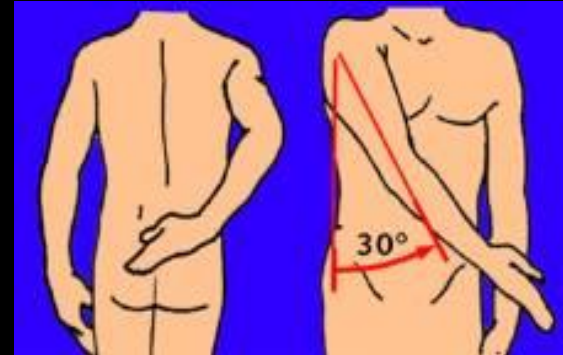


Rotation interne=80°

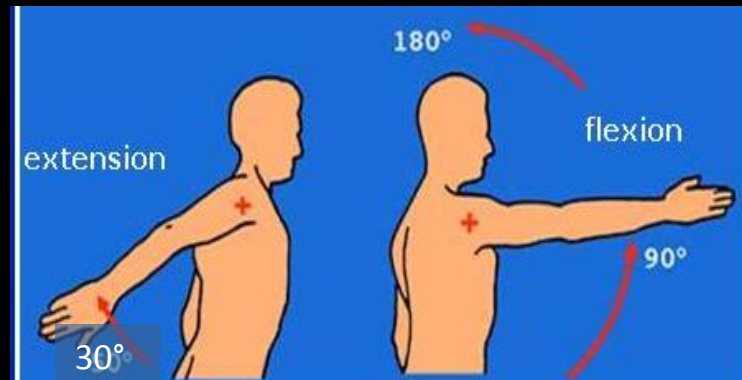


Amplitudes articulaires

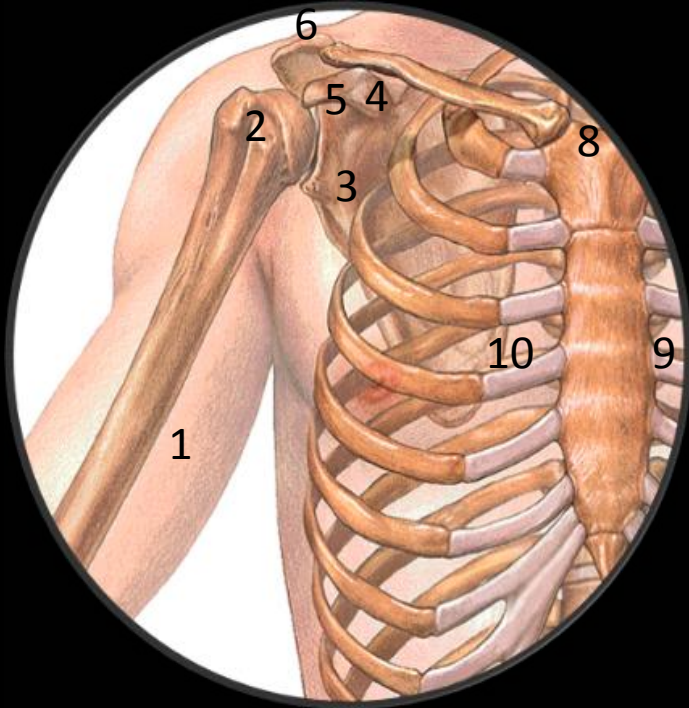
Adduction=30°



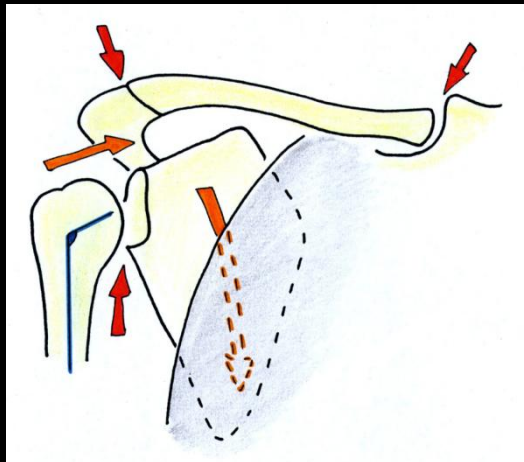
Flexion- antépulsion =180°
extension -rétropulsion=30°



ANATOMIE: structures osseuses



1. Humérus
2. Tubercule majeur de l'humérus
3. Articulation gléno-humérale
4. Processus coracoïde
5. Acromion
6. Articulation acromio-claviculaire
7. Clavicule
8. Articulation sterno-claviculaire
9. Sternum (demie droite)
10. Scapula (fosse subscapulaire)

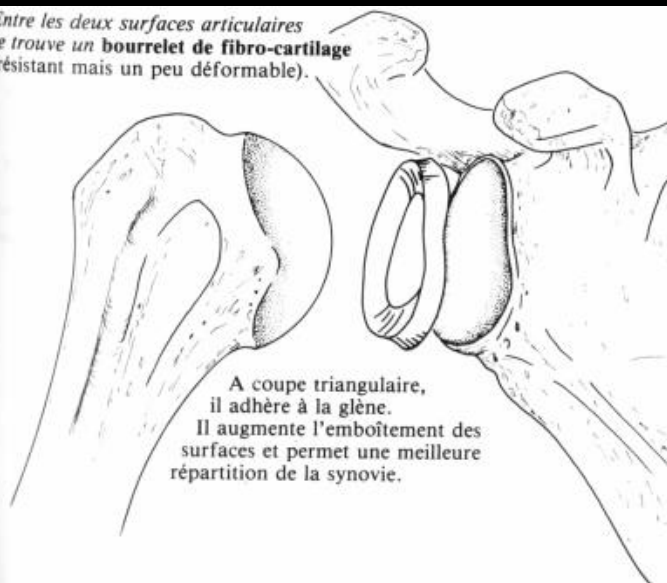


5 articulations

Syssarcose

- **Articulation gléno humérale**
- **Articulation acromio claviculaire**
- **Articulation sterno claviculaire**
- **Articulation sous acromiale**
- **Articulation scapulo thoracique**

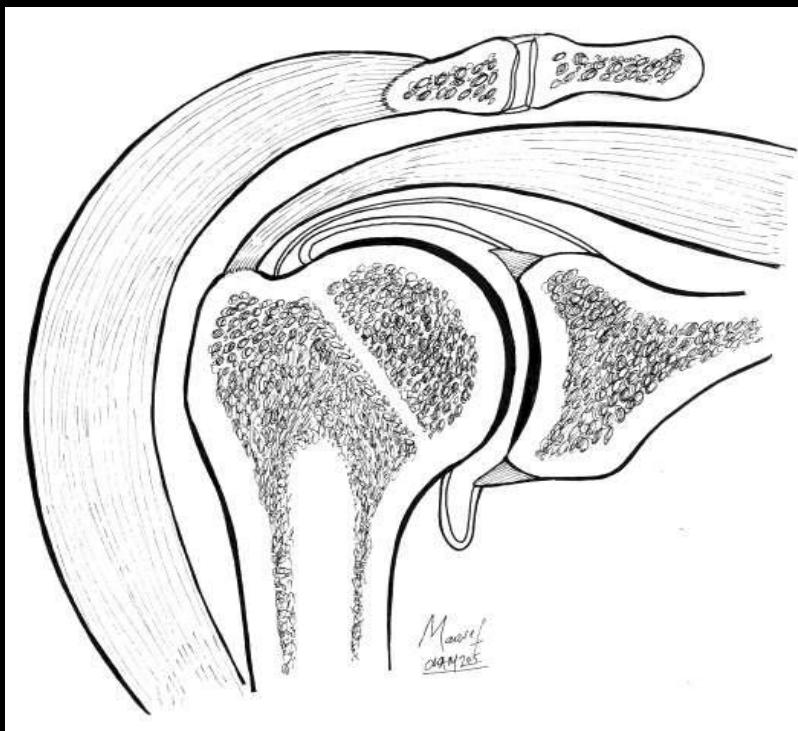
Entre les deux surfaces articulaires se trouve un **bourrelet de fibro-cartilage** (résistant mais un peu déformable).



A coupe triangulaire, il adhère à la gène. Il augmente l'emboîtement des surfaces et permet une meilleure répartition de la synovie.

ANATOMIE

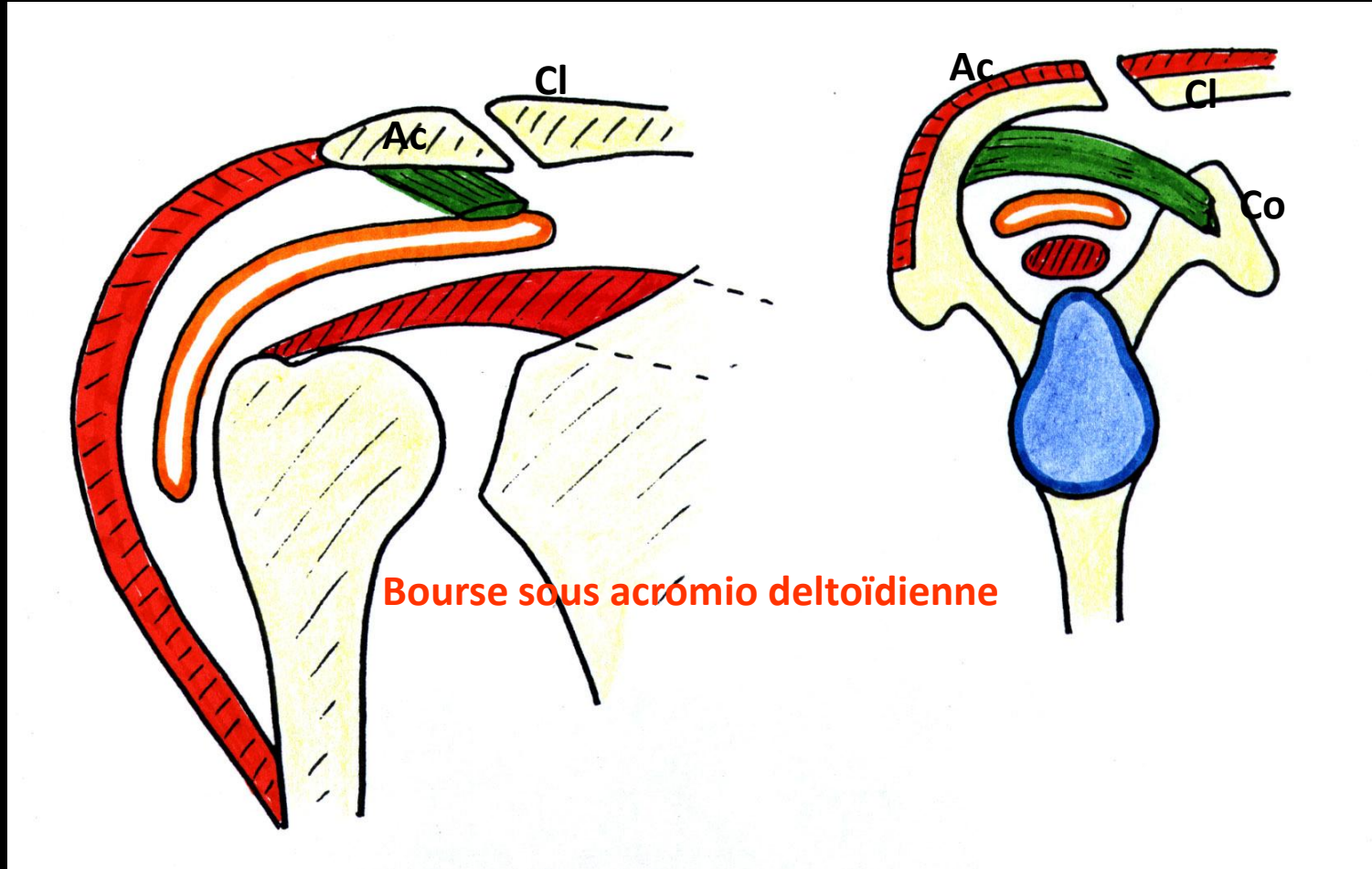
Articulation gléno-humérale



ANATOMIE

Articulation sous acromiale

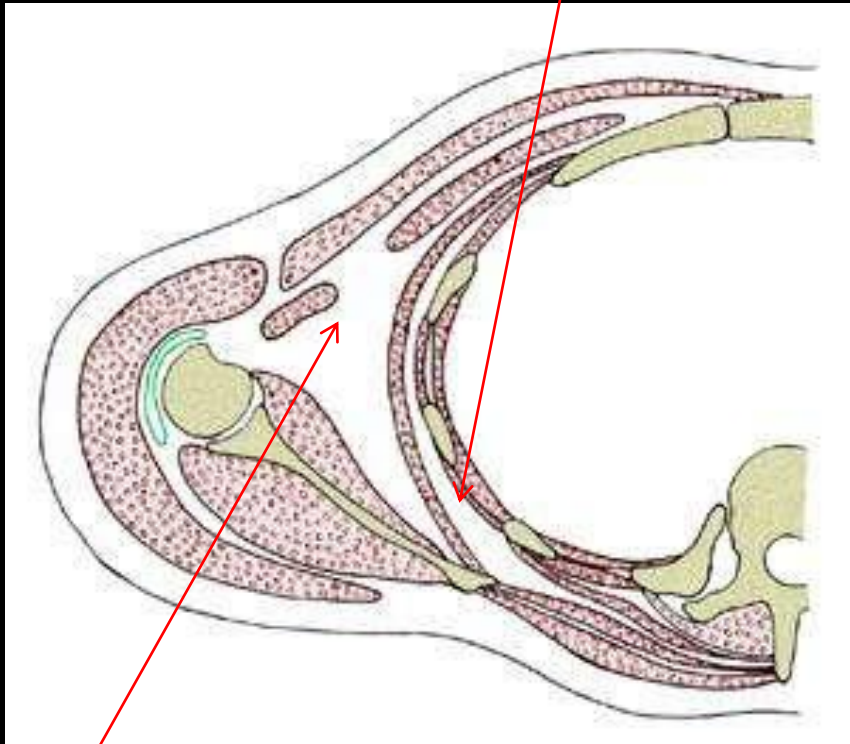
Syssarcose



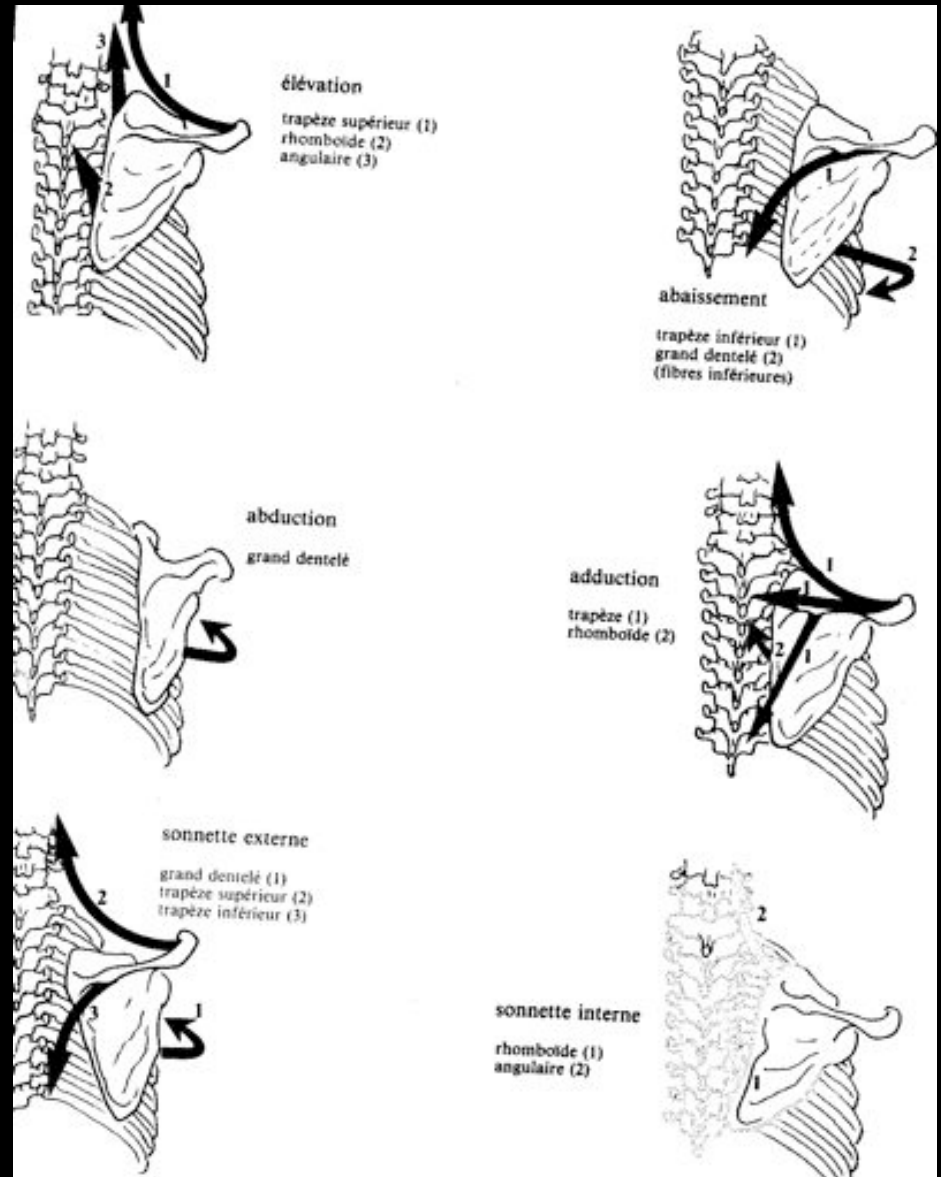
Articulation scapulo-thoracique

Syssarcose

Syssarcose serrato-thoracique

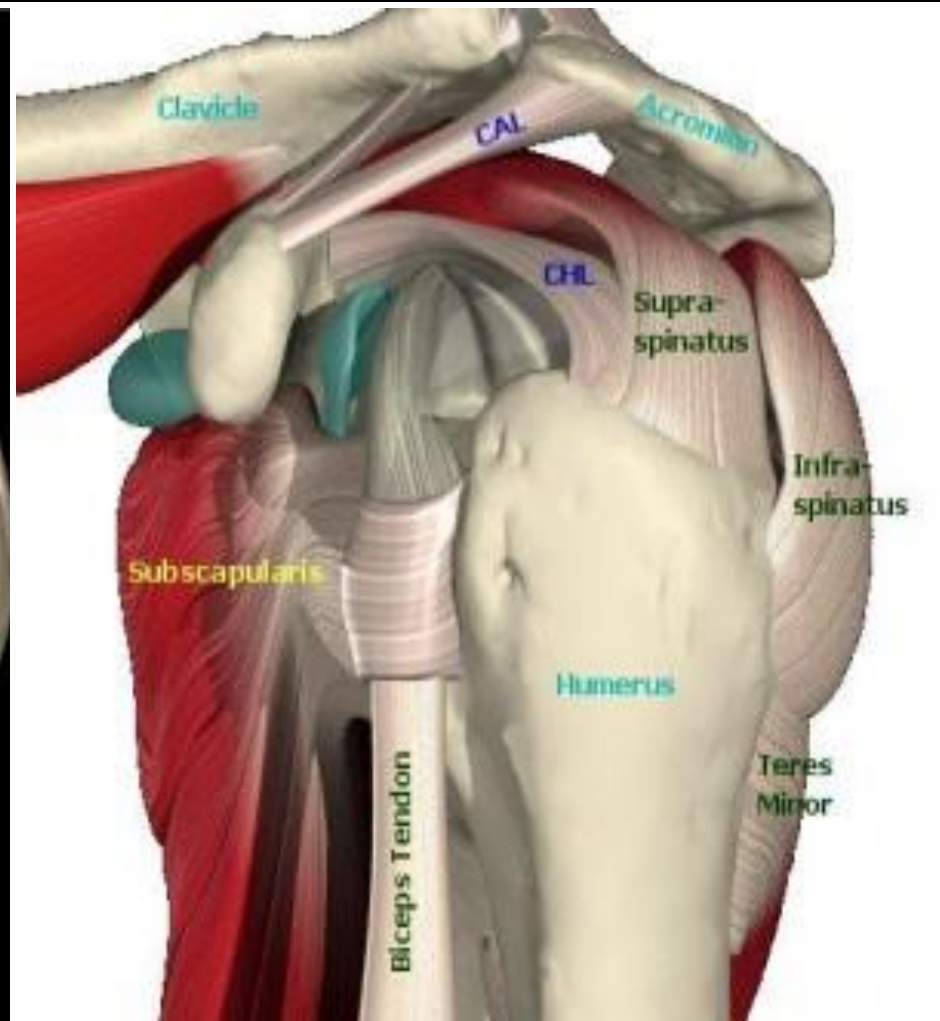
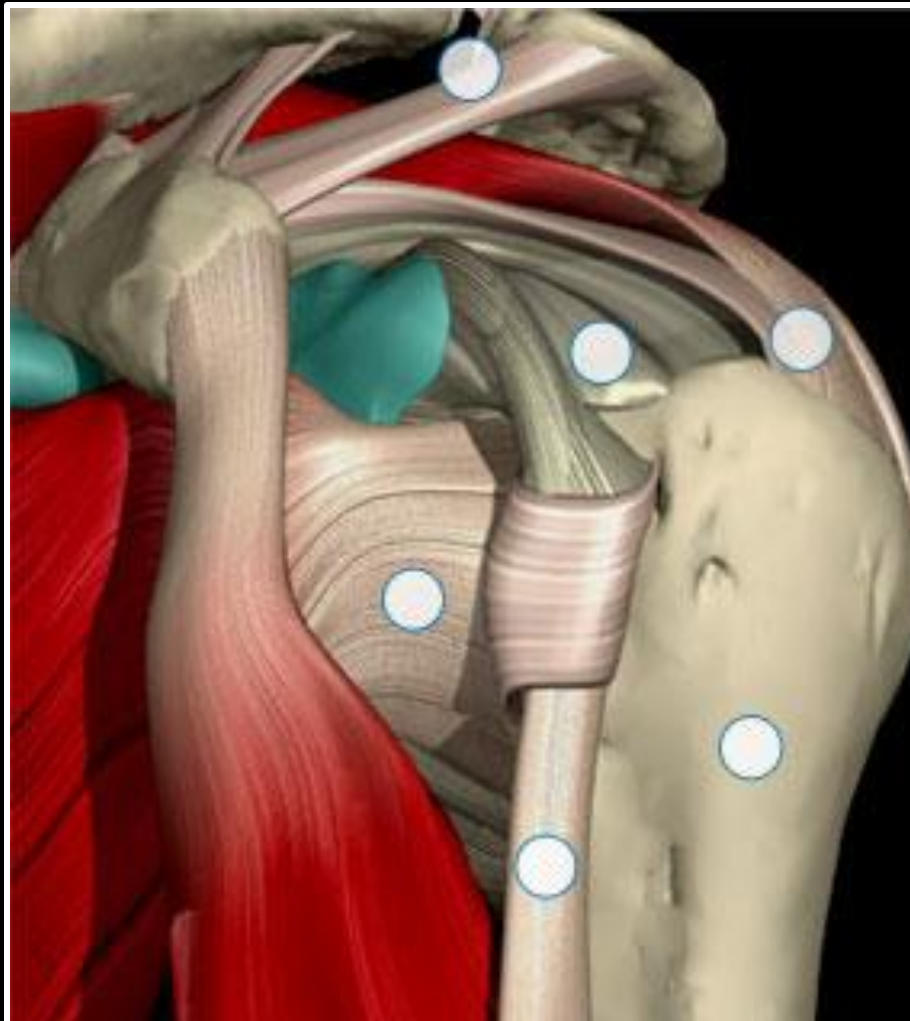


Syssarcose serrato-scapulaire



ANATOMIE

Les tendons et ligaments





Dans la vraie vie

Devant une douleur d'épaule

La question est la suivante

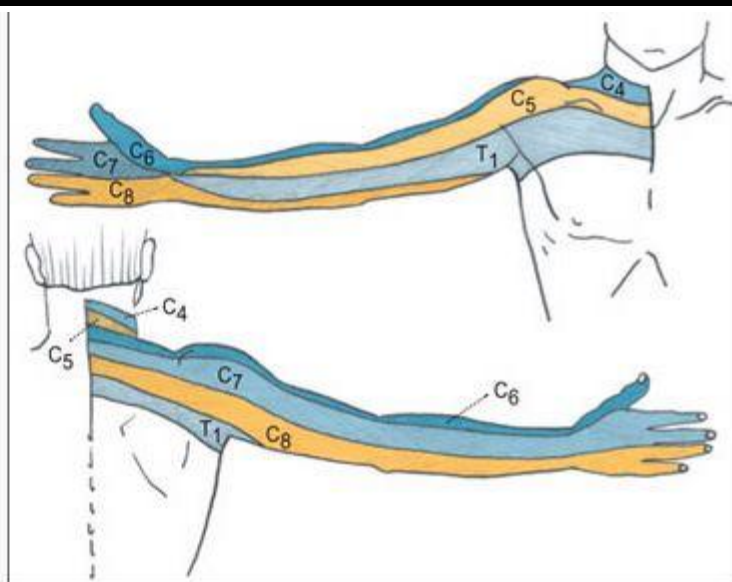
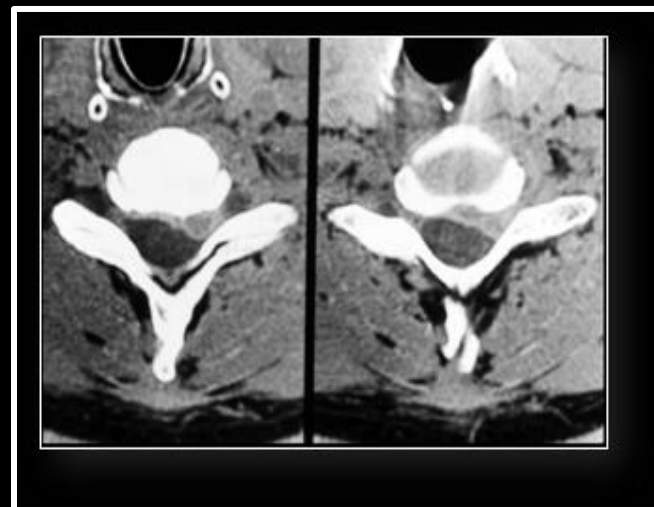
PASH ou pas PASH?

L'épaule est une zone carrefour et une zone de projection de nombreuses pathologies autres que la PASH

Il faut y penser systématiquement au cours de l'examen clinique car une erreur à ce stade compromet tout le reste de la stratégie

La clinique, lorsqu'elle aboutit au diagnostic de PASH (et c'est assez facile) vous permet sans hésitation une prise en charge thérapeutique presque toujours efficace

Diagnostic différentiel pathologie neurologique : Névralgie cervico brachiale



Les racines de nerf partent de la moelle entre 2 vertèbres correspondantes. La distribution anatomique de la gêne sensitive / de la douleur indique la racine du nerf impliqué.



Diagnostic différentiel pathologie neurologique :

Syndrome de Parsonage et Turner

Il est rare.

Il s'agit d'une neuropathie périphérique de la région de l'épaule de topographie radiculaire C5C6 , dont l'étiologie est inconnue (virale ou immunitaire).

Il se manifeste par une douleur brutale de la région de l'épaule, suivie quelques jours plus tard, d'une amyotrophie et d'une faiblesse musculaire, parfois très importante.

Ce syndrome est spontanément résolutif (mais souvent incomplètement).

Il n'y a pas de traitement spécifique :

Traitement antalgique

Rééducation fonctionnelle



Diagnostic différentiel pathologie neurologique :

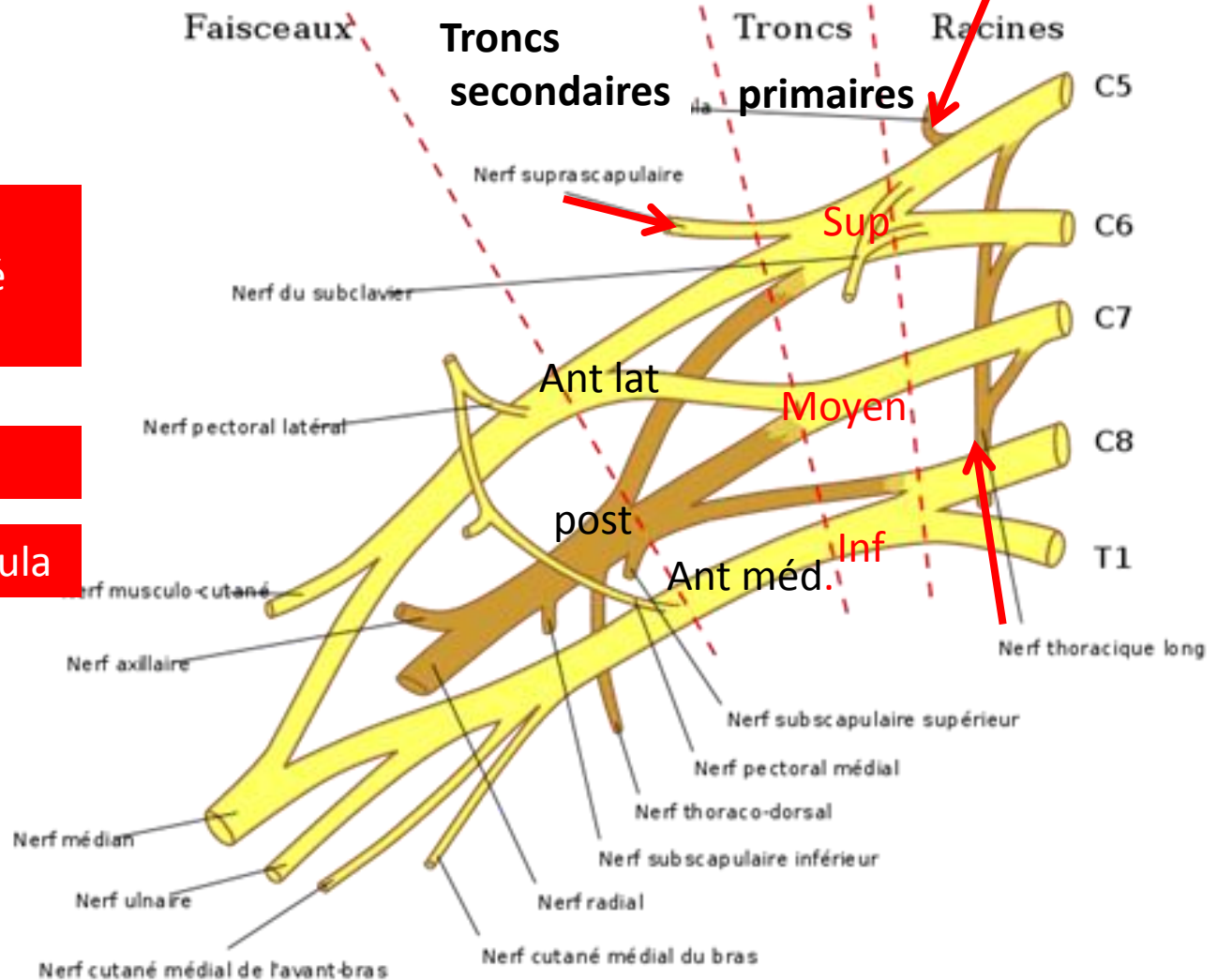
compression plexus brachial

Nerf dorsal de la scapula

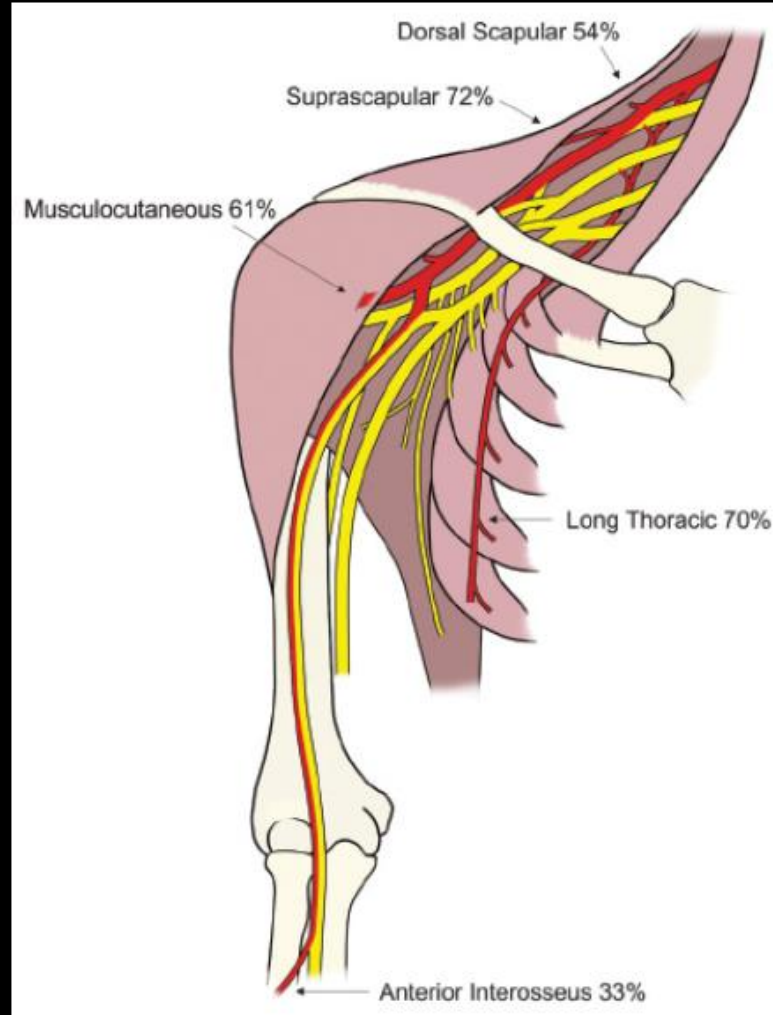
Nerf thoracique long
Nerf du grand dentelé
Nerf de Charles Bell

Nerf supra scapulaire

Nerf dorsal de la scapula

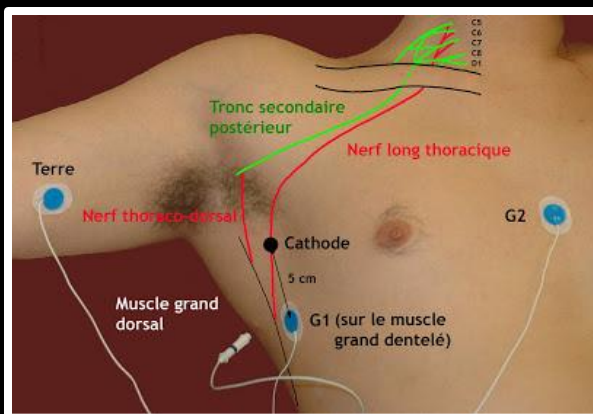
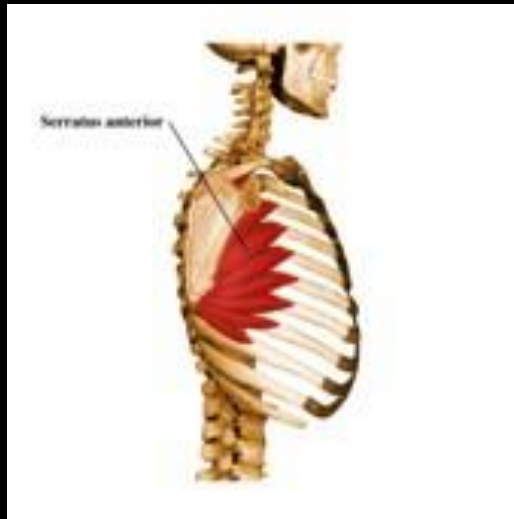
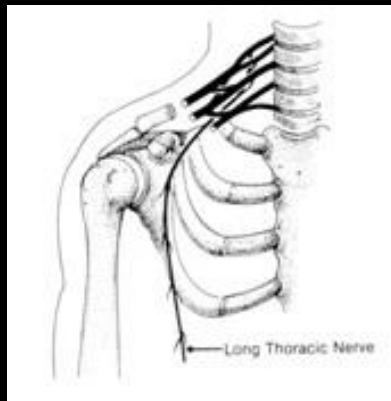


Diagnostic différentiel pathologie neurologique : compression plexus brachial



Diagnostic différentiel pathologie nerveuse, plexus brachial

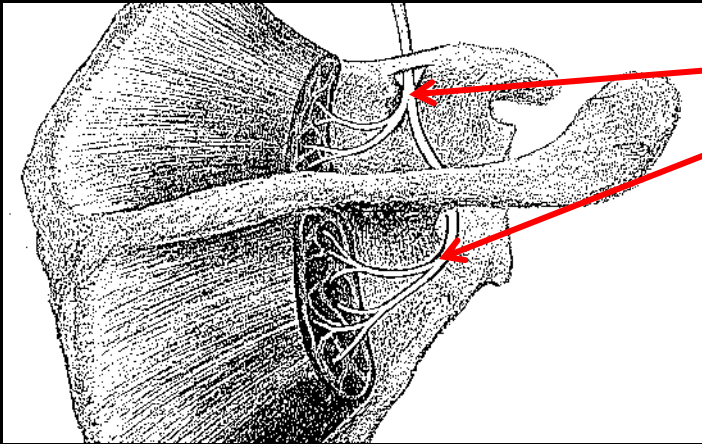
Atteinte du nerf thoracique long (grand dentelé, n. de Charles Bell)



Le diagnostic est aidé par l'électromyographie.
La rééducation suffit dans la grande majorité des cas.
Le traitement chirurgical est rarement nécessaire.

Diagnostic différentiel pathologie neurologique :

Atteinte du nerf supra scapularis



Le nerf sus-scapulaire peut être atteint soit dans l'échancrure sous-coracoïdienne, soit lorsqu'il contourne l'épine de l'omoplate.

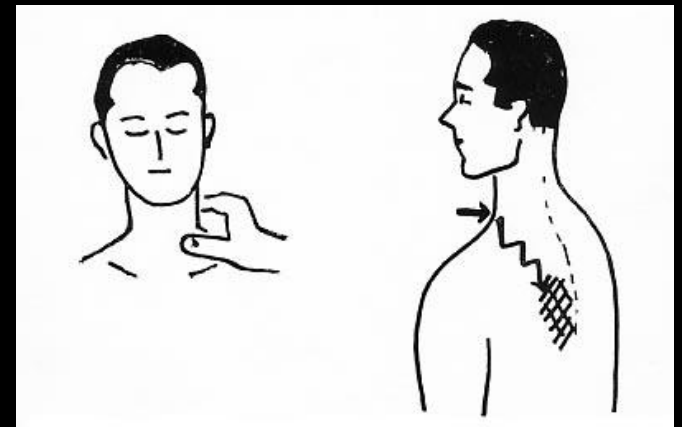
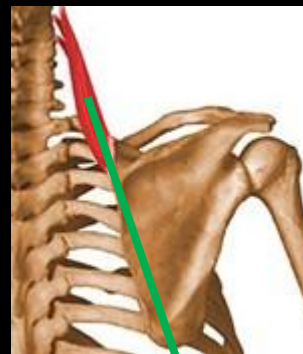
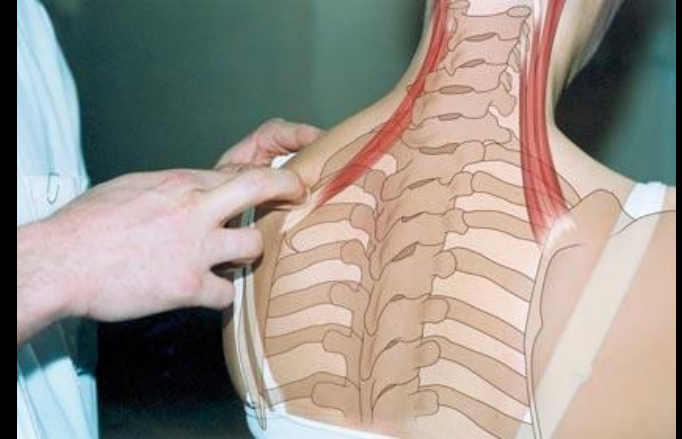
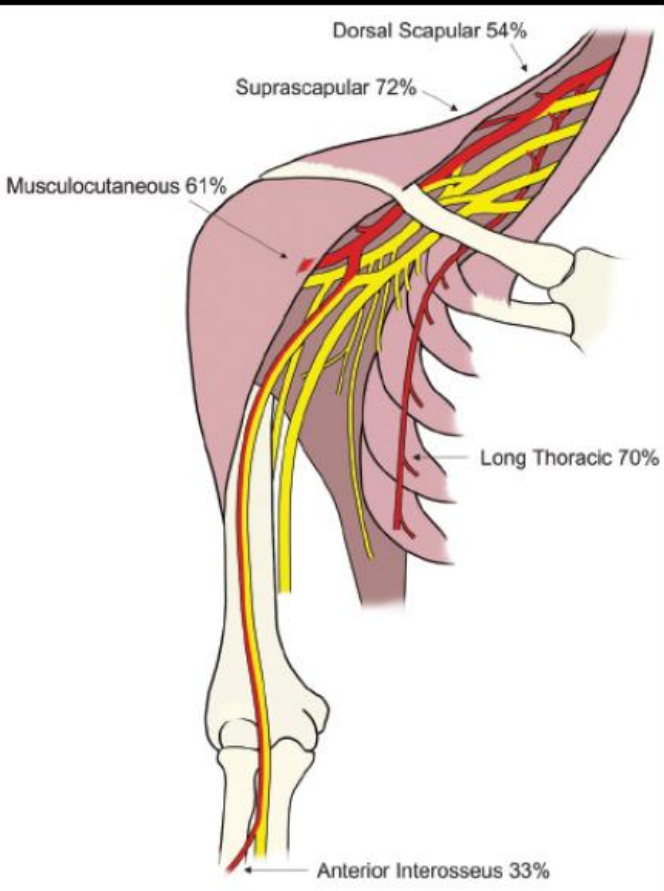
Il innerve les muscles sus et sous-épineux, et son atteinte est donc responsable d'une amyotrophie de ces muscles et d'une parésie de l'abduction.



Le diagnostic est aidé par l'électromyographie. Les infiltrations locales sous contrôle radiologique peuvent procurer une amélioration.

Le traitement chirurgical peut être nécessaire.

Diagnostic différentiel pathologie neurologique, plexus brachial : **Atteinte du nerf dorsal de la scapula**



Angulaire de l'omoplate

Diagnostic différentiel

pathologie générale :

Rhumatisme inflammatoire chronique à début mono articulaire : art.sterno-claviculaire ou articulation acromio-claviculaire

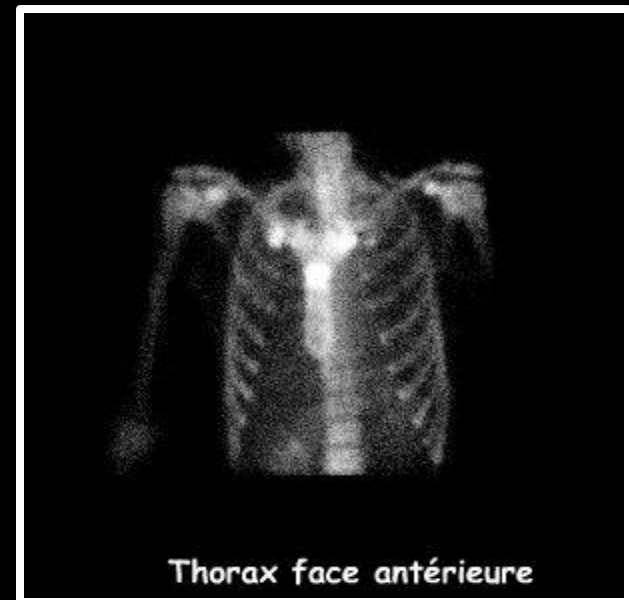
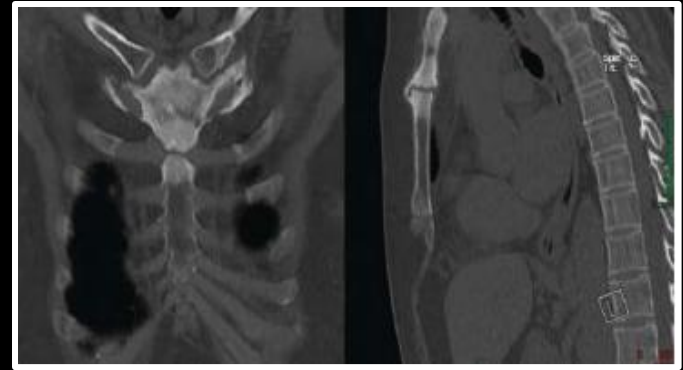
- Spondylarthropathie (notion de psoriasis)
- Syndrome de SAPHO
- Polyarthrite rhumatoïde
- PPR (> 50ans, rhizomélique, syndrome inflammatoire biologique)

Diagnostic différentiel

pathologie générale : SAPHO

articulation sterno clavulaire

Acronyme de : Synovite - Acné - Pustulose - Hyperostose - Ostéite)



Terminologie

PASH, PSH

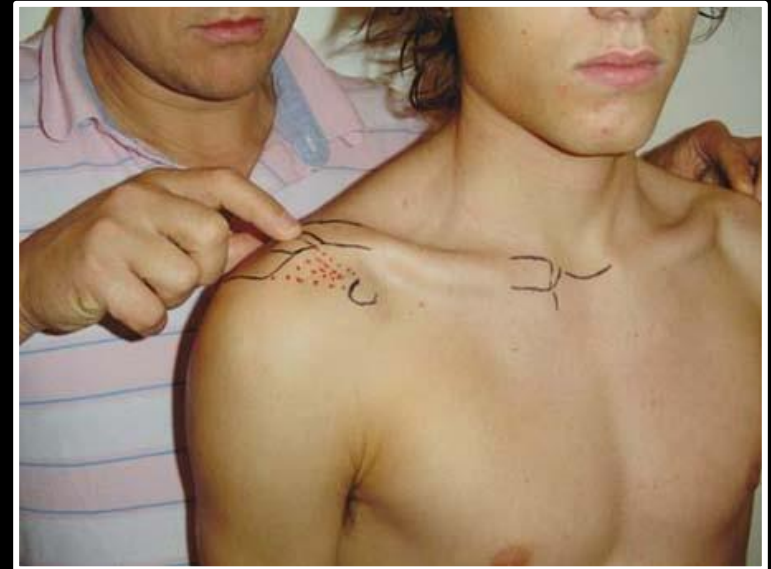
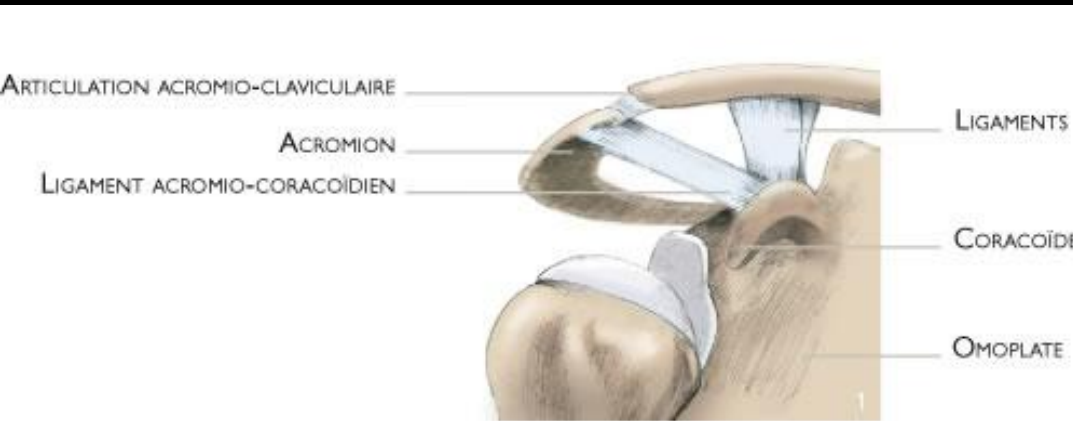
- Une périarthrite est une pathologie dégénérative douloureuse des tissus mous, des tendons et des ligaments, situés autour (péri) de l'épaule.

Sont exclues les atteintes dégénératives articulaires

- Articulation acromio-claviculaire
- Articulation sterno-claviculaire
- Articulation gléno-humérale
- Articulation omo-thoracique

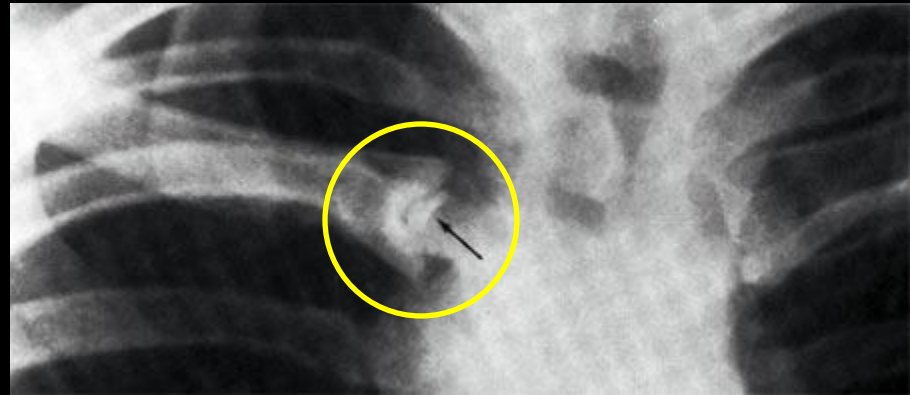
Articulation acromio-claviculaire

Arthrose, CCA, sub luxation



Articulation sterno-claviculaire

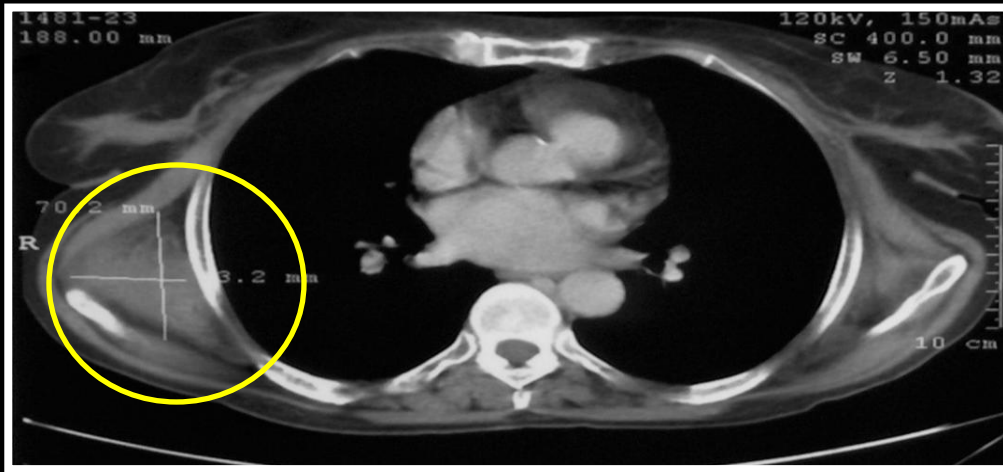
arthrose CCA



PR
Rhum Psoriasique
SA
SAPHO
Arthrite septique



Articulation omo-thoracique



Elastofibrome



Bursite



Omarthrose

Epaule sénile hémorragique



Ponction infiltration
intra articulaire

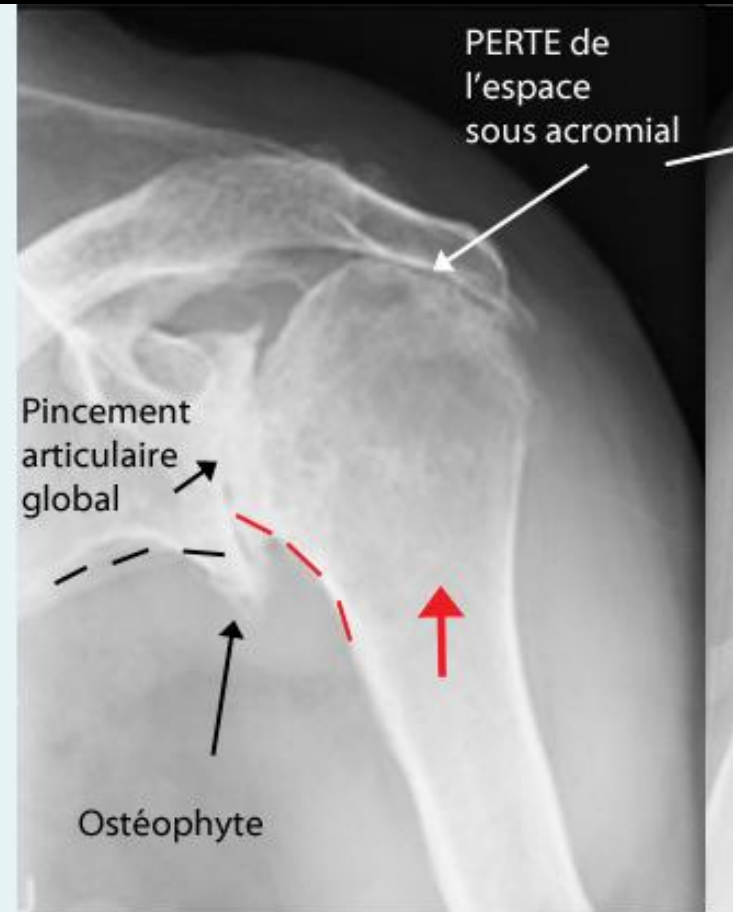
Physiothérapie sédative
et antalgique

Chirurgie prothétique

Articulation gléno-humérale omarthrose

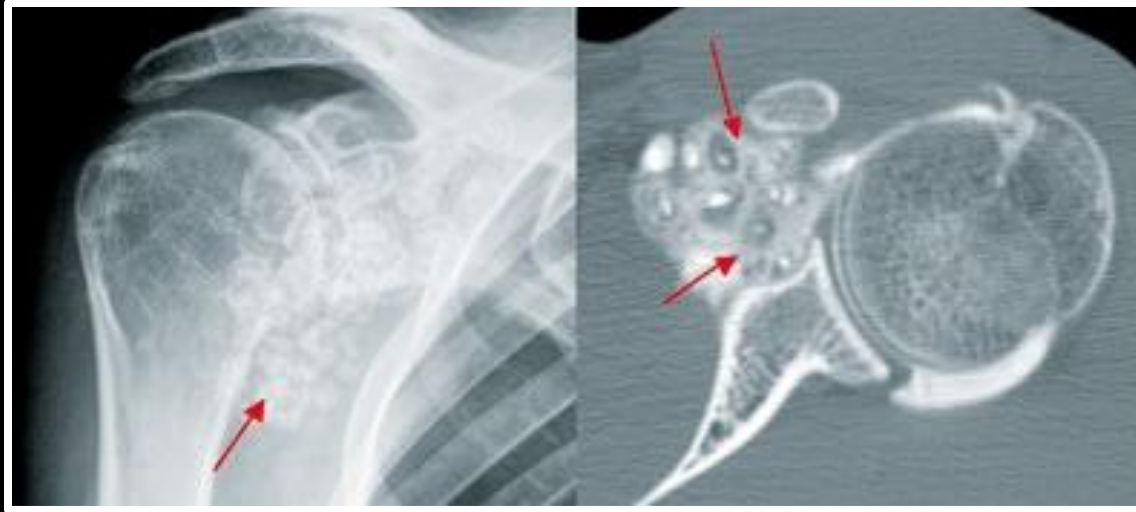


Radiographie Epaule
Normale

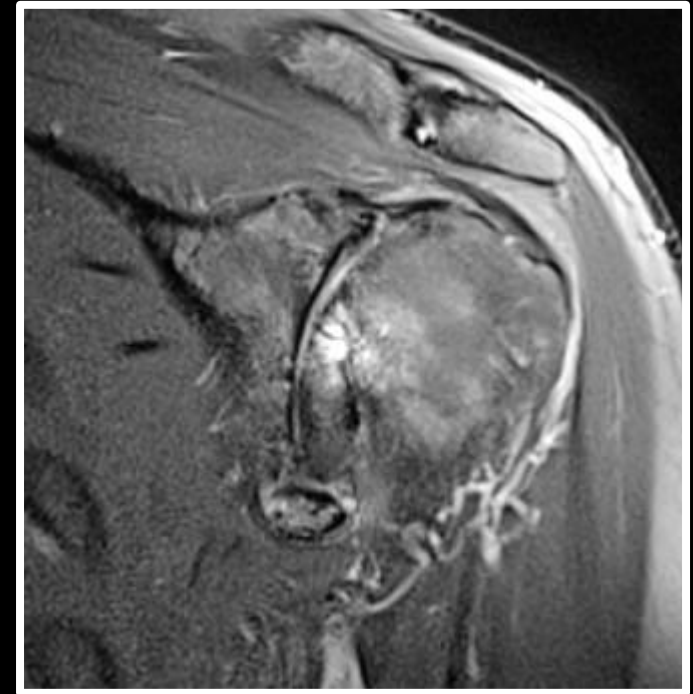


Omarthrose excentrée

Omarthrose



Ostéocondromatose synoviale



Nécrose de la tête humérale

Examen clinique

- épaule douloureuse simple
- épaule pseudo paralytique
- épaule aiguë hyperalgique
- capsulite rétractile

PASH

4 tableaux cliniques

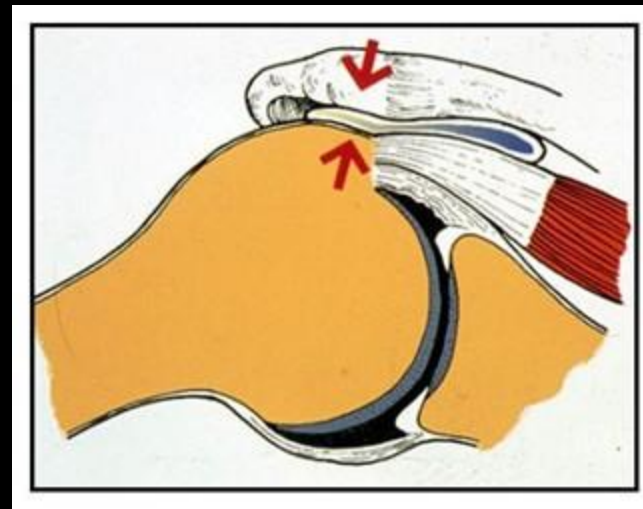
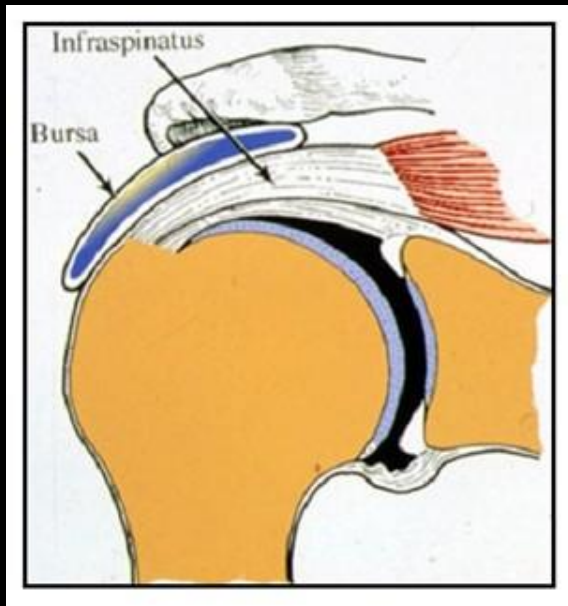
- Épaule douloureuse simple : +++
 - Pathologie dégénérative de la coiffe
 - Inflammation ou rupture partielle ou totale de 1 ou plusieurs des 4 tendons
- Épaule douloureuse pseudo-paralytique :
 - Large déchirure de la coiffe
- Épaule aigue hyperalgique :
 - Calcification tendineuse en voie de résorption
- Capsulite rétractile ou épaule gelée :
 - Rétraction de la capsule articulaire

PASH

Épaule douloureuse simple

Pathologie dégénérative de la coiffe des rotateurs

- Conflit sous acromial externe



Examen clinique : interrogatoire

Rythme de la douleur :

Inflammatoire : La douleur réveille régulièrement la nuit (faire préciser l'heure et le nombre de réveils)
Se méfier des diagnostics différentiels (**NCB, tumeur, arthrite**)

Mécanique : Faire préciser les mouvements déclenchants : se coiffer, se déshabiller, mettre la ceinture de sécurité... Demander au patient de vous montrer le mouvement
(**pathologie de la coiffe dégénérative, ou articulaire dégénérative**)

Mixte : diurne et nocturne, demander

Si elle est plus importante la nuit ou le jour

Si le réveil la nuit est lié à un mouvement de retournement

(**pathologie de la coiffe dégénérative, ou articulaire dégénérative**)

Examen clinique : interrogatoire

Localisation de la douleur :

Postérieure : NCB C5C6

contracture du trapèze sur une arthrose cervicale
pathologie viscérale projetée

Antérieure ou externe (PASH)

Irradiation :

Se méfier des irradiation vers la main avec des paresthésies (NCB)

Se méfier des irradiation cervicale (NCB)

Examiner attentivement le rachis cervical (mobilisation en extension)

Evolution:

Douleur intermittente, continue, chronique depuis quand intensité sur l'EVA, importance de la répercussion sur la gestuelle du quotidien, au travail

Examen clinique: interrogatoire

Circonstances de survenue :

Traumatismes répétitifs : profession, sport : pathologie dégénérative de la coiffe

Traumatisme unique : effort violent (AT) déchirure tendineuse

Pas de cause mécanique : survenue spontanée :

- penser à une calcification
- première poussée d'arthrose (gléno-humérale, acromio-claviculaire
- une arthrite (rhum.inflammatoire chr., microbienne, microcristalline , cca)
- une tumeur osseuse (bénigne, maligne)
- penser au diagnostic différentiel : douleur projetée
 - cervicale : NCB
 - cardiaque (froid, effort)
 - pulmonaire, pleurale
- penser à une maladie plus générale : PPR, zona
- penser à un syndrome de Parsonage et Turner,
- une atteinte du nerf du grand dentelé, du nerf sous scapulaire

Examen clinique : inspection bilatérale comparative



Déchirure du tendon de
la longue portion du biceps

Amyotrophie
par manque d'utilisation

Examen clinique : mobilisation

Les mobilités actives et passives et contre résistance sont étudiées :

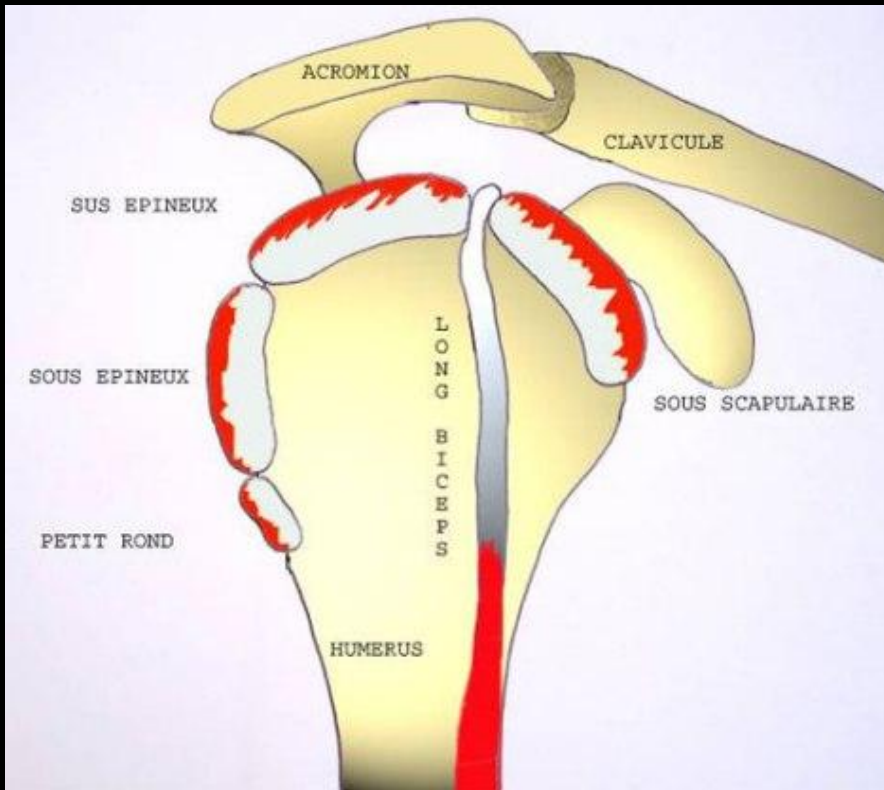
- en élévation latérale (abduction) : faire écarter les 2 bras latéralement, toucher les mains au-dessus de la tête et revenir à la position de départ

- en élévation antérieure (antépulsion) : faire soulever les 2 bras en avant, toucher les mains au-dessus de la tête et revenir à la position de départ
- en élévation antéro-externe, secteur de mobilité intermédiaire entre l'abduction et l'antépulsion, dans le plan de l'omoplate : c'est le secteur fonctionnellement le plus important de l'épaule

Deux autres mouvements sont également très importants pour tester la mobilité de l'épaule :

- la manoeuvre " main-nuque ", que l'on teste en demandant au patient de mettre la main derrière le cou, aussi bas que possible (rotation externe)
- la manoeuvre " main-dos ", que l'on teste en demandant au patient de mettre la main derrière le dos, aussi haut que possible (rotation interne)

Examen clinique : manoeuvres, tests



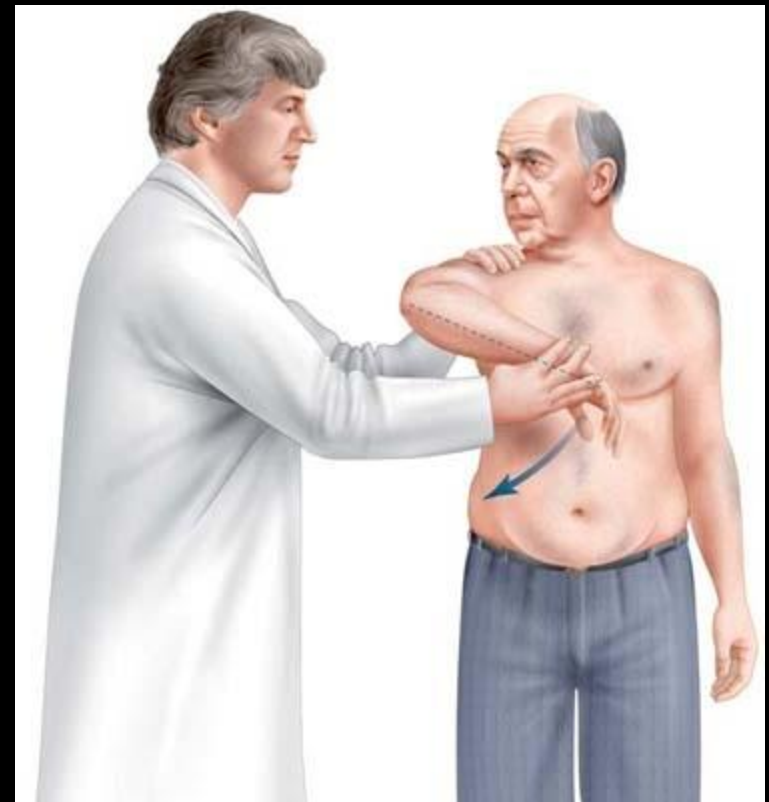
- **Sous-scapulaire** : Rotation interne du bras
- **Sus-épineux** : Rotation externe et élévation antérieure du bras
- **Sous-épineux** : Rotation externe du bras
- **Petit rond** : Rotation externe du bras

Tests pour mettre en évidence un conflit sous-acromial

L'impingement " de Neer
Arc douloureux 70° et 120°



Test de Hawkins

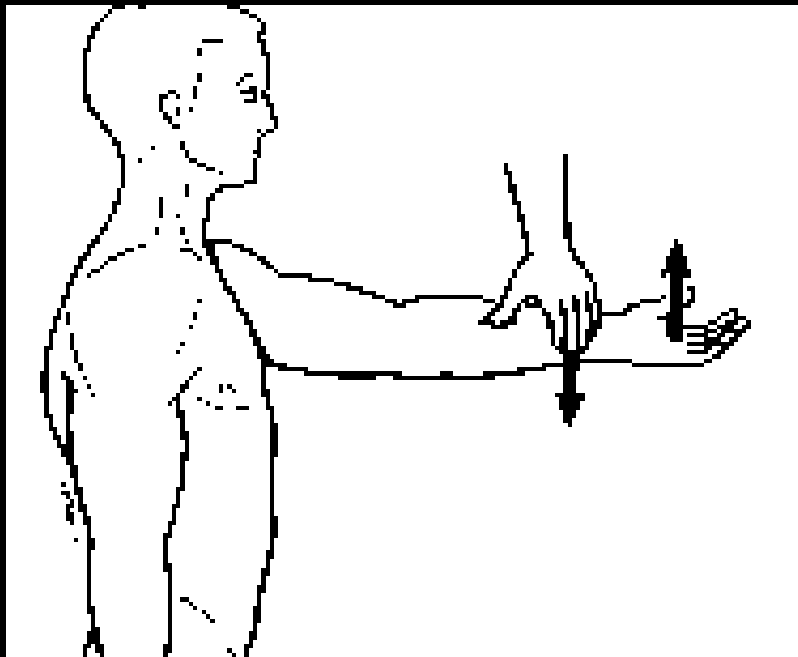


Tests pour mettre en évidence un conflit sous-acromial

Manœuvre de Yocum



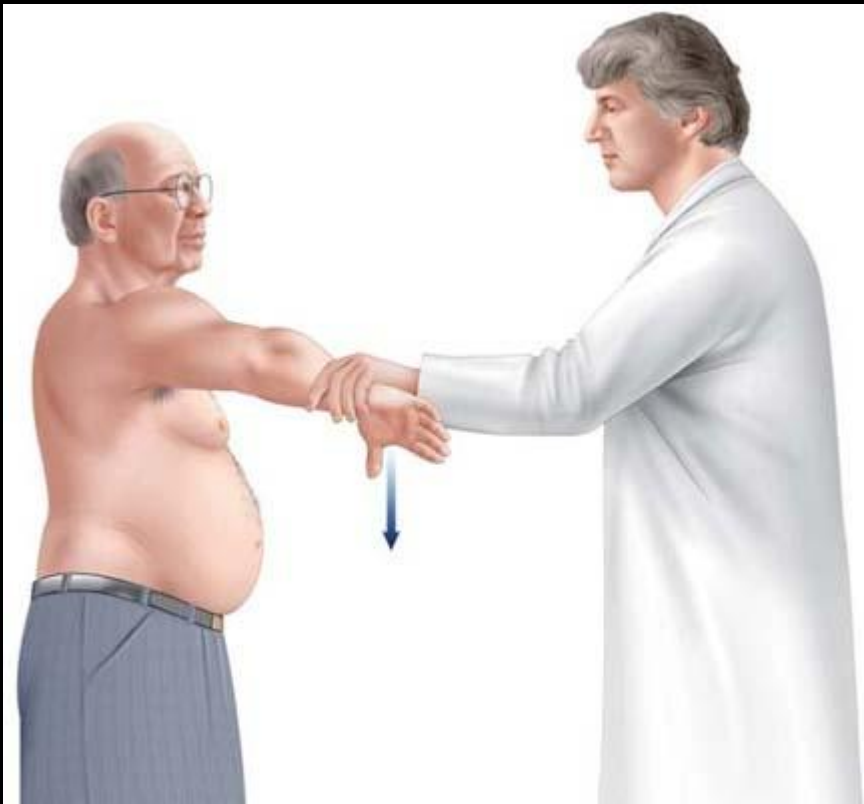
Test pour un conflit antérieur (long biceps et sous-scapulaire)



" Palm Up " test

Test spécifique du sus-épineux

Manoeuvre de Jobe :



bras à 90° d'abduction,
en rotation interne
(pouce tourné vers le sol),
ramené 30° en avant
(dans le plan de l'omoplate)

Lésions anatomiques

- Tendinose
- Tendinite
- Rupture partielle du tendon
- Rupture complète du tendon

Radiographie standard

+/- bilatérale

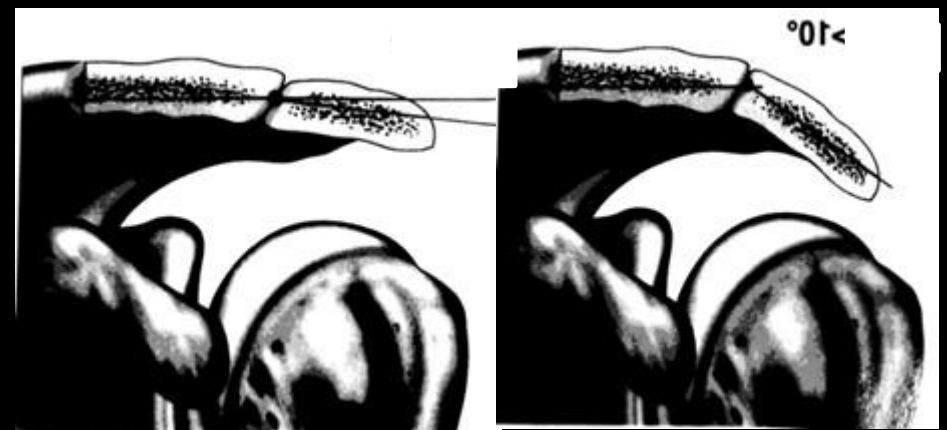
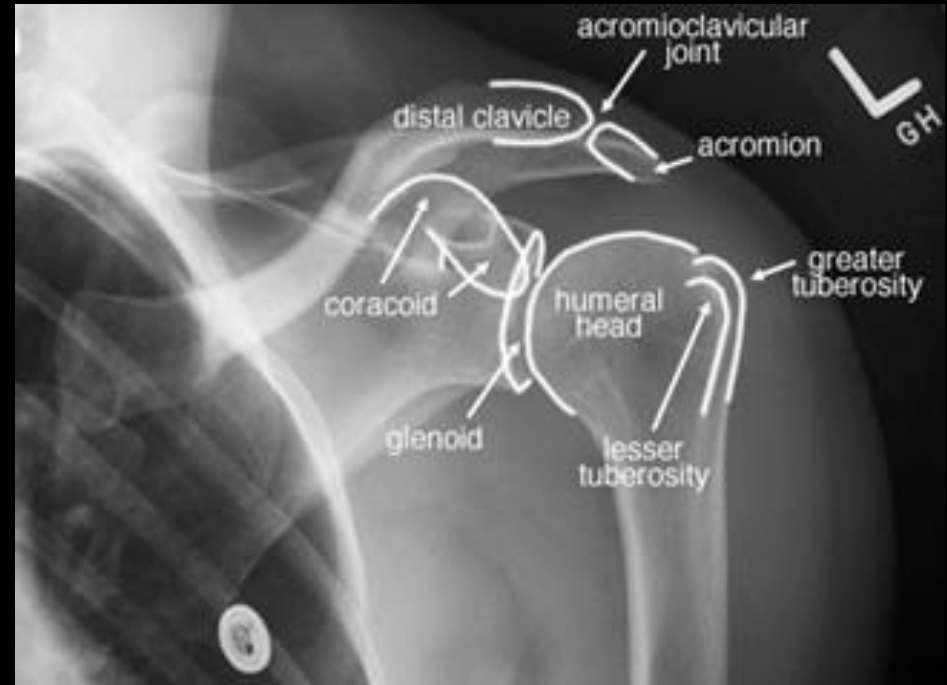
cliché standard de face
en rotation indifférente
face en rotation interne
face en rotation externe

profil trans-thoracique

profil glénoïdien

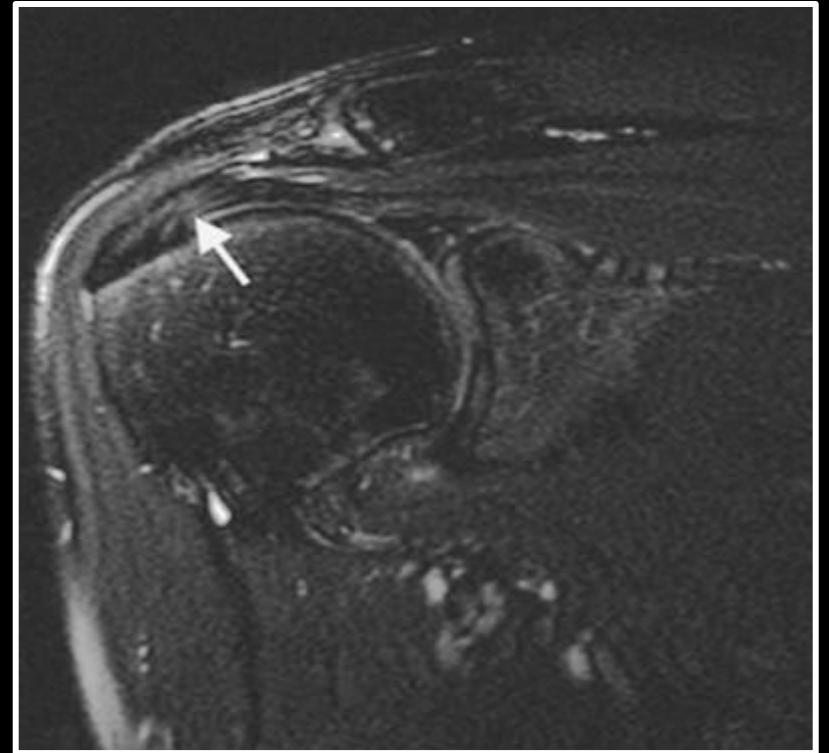
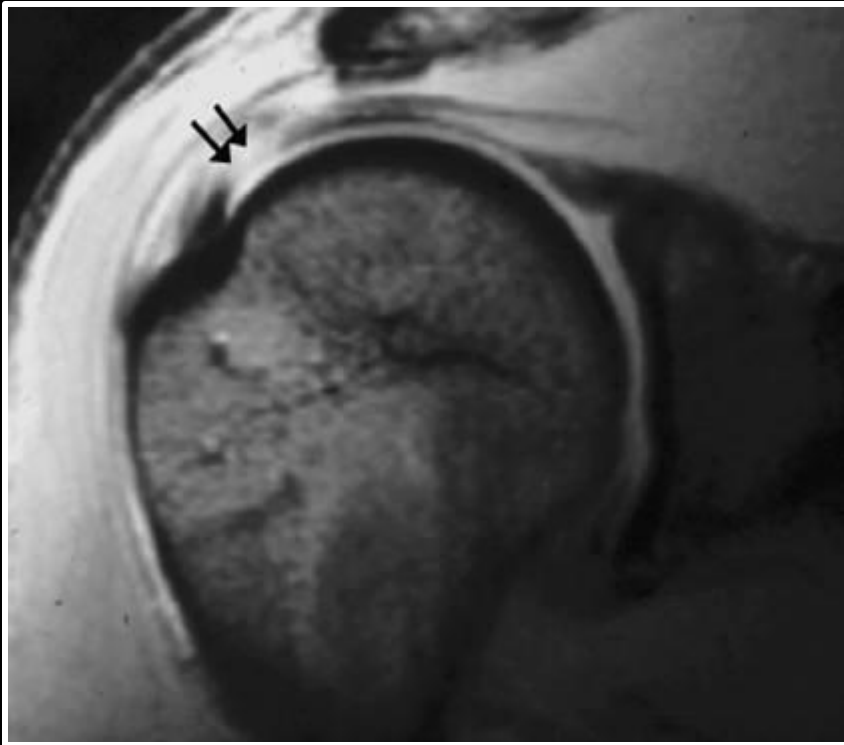
pathologie du bourrelet,
suspicion de luxation

profil de coiffe (cliché de Lamy) :
localisation des calcifications



IRM

tendinose sans déchirure

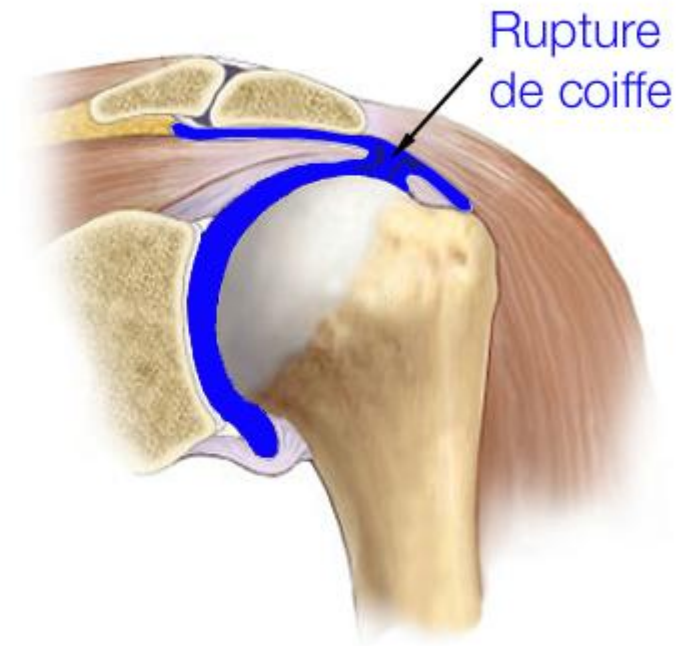
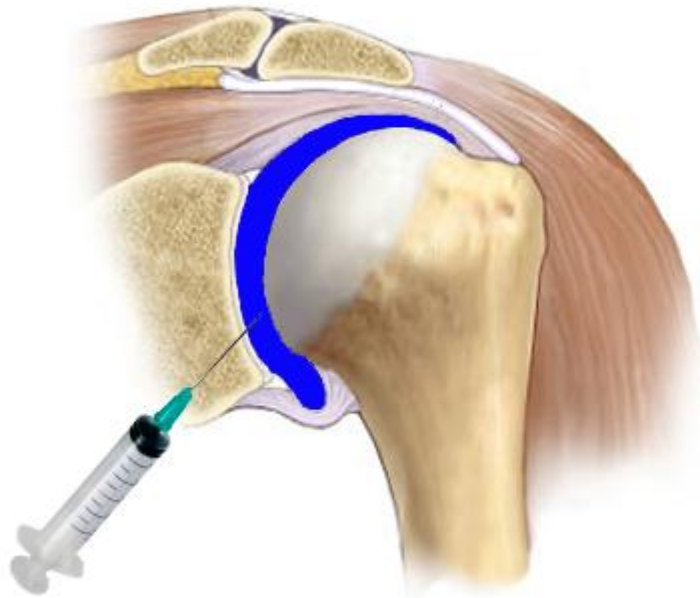


Arthroscanner

Passage du produit de contraste à travers

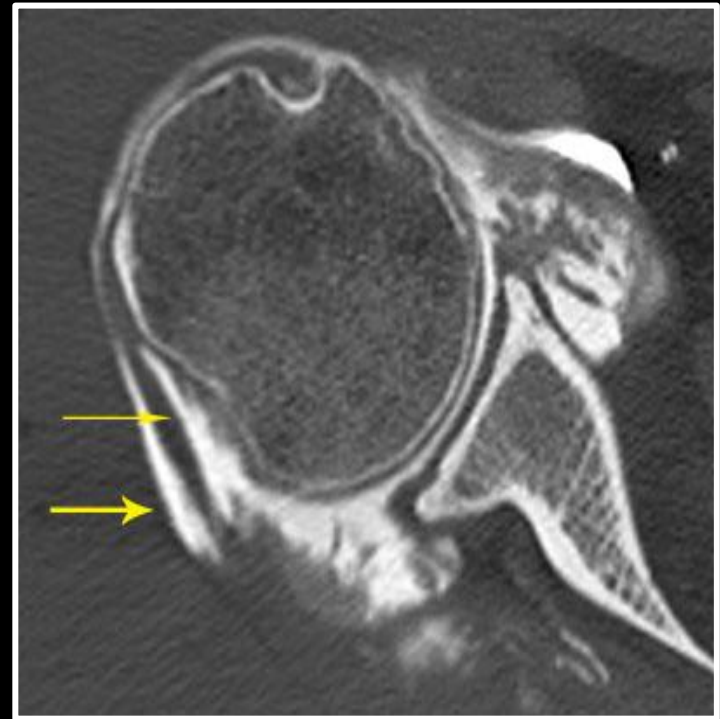
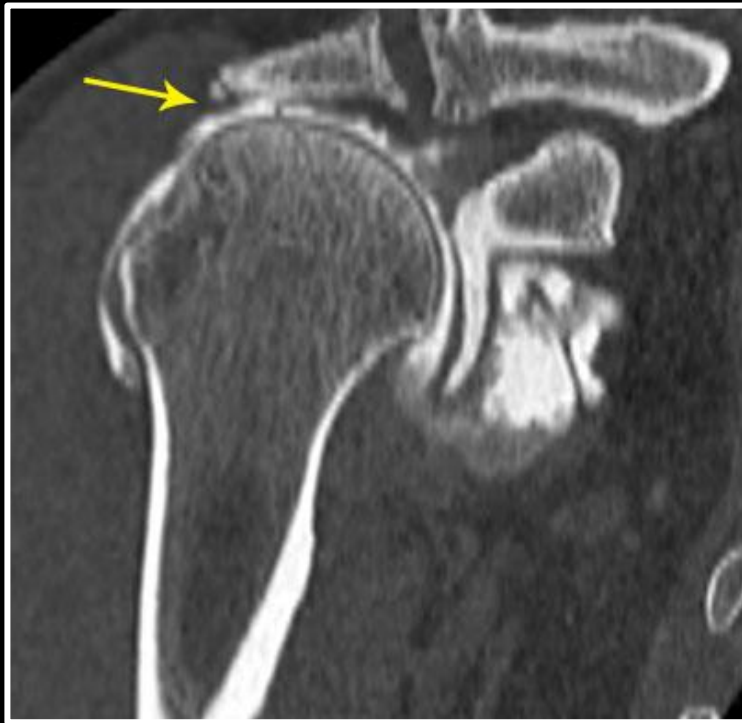
la déchirure dans la bourse sous acromio-deltoïdienne

Injection de produit de contraste



Arthroscanner

Passage du produit de contraste à travers la déchirure dans la bourse sous acromio-deltoïdienne



TRAITEMENT

- Traitement médicamenteux symptomatique
 - AINS,
 - antalgiques
 - décontracturants
- Prévention de la gestuelle (recherche du facteur déclenchant)
- Rééducation (respecter règle de la non douleur, désengagement sous-acromial, mobilisation décoaptation, US, cryothérapie)

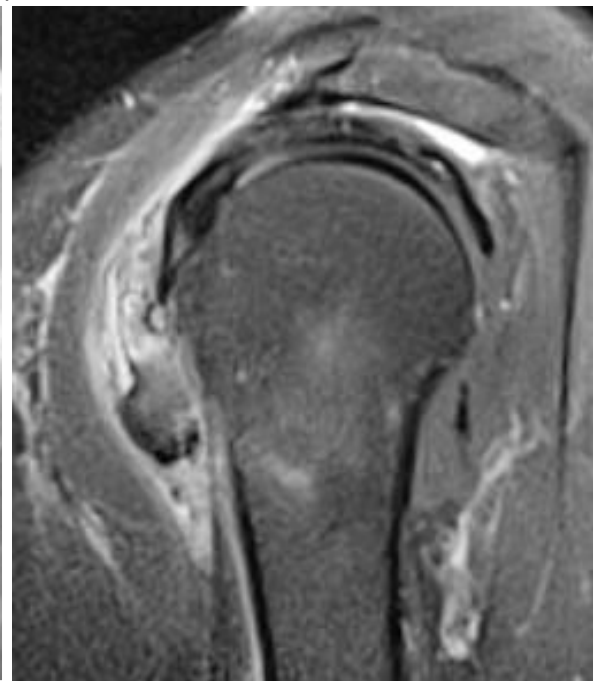
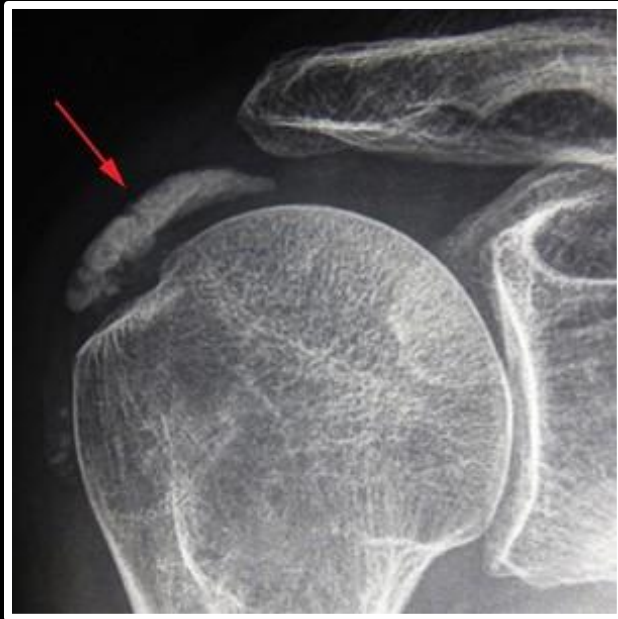
Prise en charge thérapeutique de l'épaule douloureuse simple

- Infiltration radioguidée ou non (maximum 3)
- Chirurgie
 - Après échec du traitement médical correctement suivi au moins 6 mois
 - Avec un bilan Rx, ECHO, Arthroscanner ou arthro IRM

Epaule aiguë hyperalgique

Epaule aiguë hyperalgique

Calcification en voie de résorption



Epaule aiguë hyperalgique

Calcification en voie de résorption



Antalgique : palier 2 et 3
AINS

Ponction infiltration radioguidée

Repos en phase aiguë

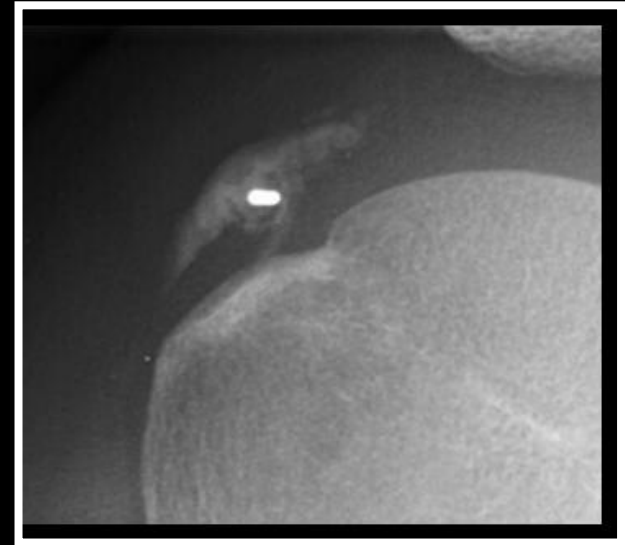
Rééducation

selon les règles de la non douleur

Travail des abaisseurs du bras

Physiothérapie antalgique ondes
de choc

Lutter contre l'enraidissement



Capsulite rétractile
épaule gelée

Capsulite rétractile épaule gelée



Limitation de la mobilisation active et passive dans toutes les directions

Terrain : diabète, anti dépresseurs, anti épileptiques

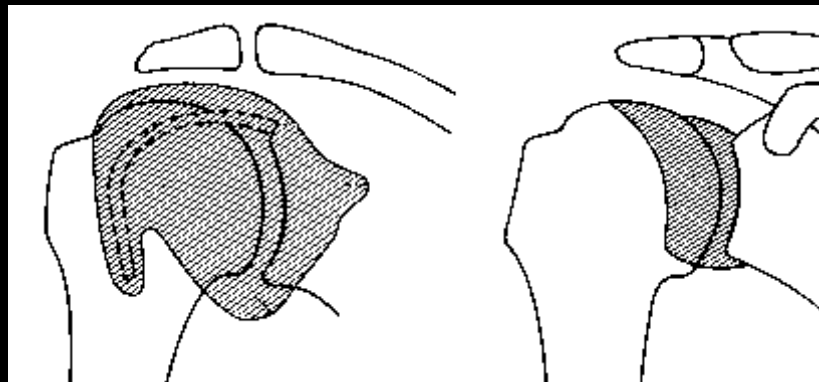
Peut compliquer une tendinose banale

Évolution très lente prévoir 6 à 8 mois :

2 à 3 infiltrations intra articulaires

rééducation avec techniques de décoaptation

pas d'indication chirurgicale



Epaule pseudo-paralytique

Epaule pseudo-paralytique



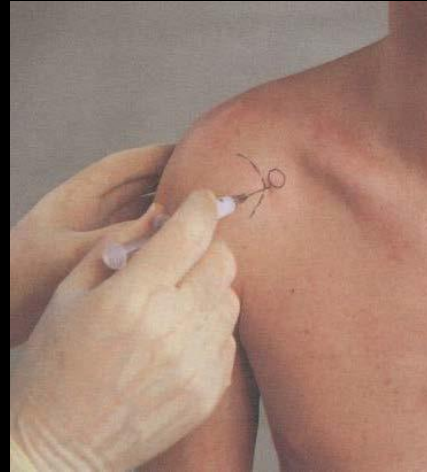
- Il y a une limitation marquée des mobilités actives, sans limitation des mobilités passives
- Elle résulte d'une rupture importante de la coiffe des rotateurs si l'examen neurologique est normal (sinon il s'agit d'une authentique épaule paralytique)
- Pas d'infiltration
- Chirurgie au cas par cas
- Rééducation
 - Renforcement des muscles fonctionnels
 - Désengagement sous acromial
 - Travail des abaisseurs du bras

Techniques infiltratives

Voie sous acromiale externe



Voie antérieure



Voie sous acromiale postérieure



Toujours aspirer avant d'injecter

Si liquide synovial : intéressant pour le diagnostic

Si sang veineux ou artériel : repositionnement

Ne jamais injecter dans un tendon : risque de rupture

Ne jamais injecter contre résistance

Repos relatif pour 24-72h

Efficacité plus importante et plus prolongée

Merci pour votre attention

