



Traitement de l'Épaule douloureuse

Docteur Dominique F. GAZIELLY

Membre de l'Académie de Chirurgie

Groupe de l'Épaule de « l'Institut de la Main »

T. DUBERT, C. DUMONTIER, P. GAUDIN, DF. GAZIELLY, E. LENOBLE



Docteur, j'ai mal à l'épaule

La douleur, en particulier **la douleur nocturne**, est le premier motif de consultation du patient





Mieux connaître le patient qui a mal à l'épaule

- Côté douloureux, côté dominant, âge.
- Profession manuelle ou non (ordinateur !).
- Sportif ou non (chasse !).
- Bricolage, jardinage.
- Antécédents traumatiques ?
- Antécédents médicaux : diabète ?



Quel type de douleur ?

- Spontanée, modérée ou très sévère (calcification).
- Provoquée par des mouvements du bras.
- Uniquement nocturne, insomniante.
- Calmée ou non par le repos.
- Calmée ou non par les antalgiques, les AINS....
- Irradiant vers le rachis cervical ou à la face externe du bras.
- Rechercher une cause déclenchante.



Voulez-vous me montrer où vous avez mal ?

- A la face externe du bras (coiffe des rotateurs).
- A la face antérieure du bras (long biceps).
- Sur l'articulation acromio-claviculaire (arthropathie, arthrose).
- La douleur irradie du rachis cervical.



Avant d'examiner le patient,
un petit rappel





Inspection

- De face - Épaule déjetée en avant.
 - Articulation acromio-claviculaire.
 - Boule du biceps.

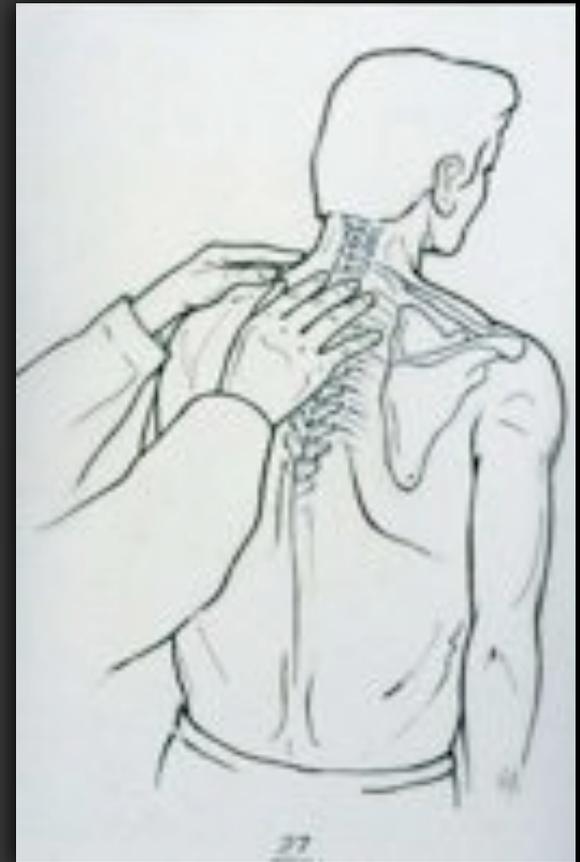
- De dos

Amyotrophie +++





Palpation





Mobilité passive

- *La rotation externe coude au corps* -



$RE_1 \searrow$:

Raideur

$RE_1 \nearrow$: Hyperlaxité



Mobilité passive

- *Élévation antérieure* -



Physiologique



Limitée : Raideur



Mobilité passive

- *Rotation interne main dans le dos* -



Physiologique ou Limitée



Mobilité active

- *Mobilité active < mobilité passive* -



Épaule pseudo-paralytique



Mobilités passives et actives diminuées dans toutes les amplitudes

- *Épaule enraidie* \neq *Capsulite* -

- Demander un bilan radiographique standard (calcification, bec acromial, arthrose).
- Prescrire une rééducation manuelle d'assouplissement + antalgiques + AINS.
- Revoir le patient après assouplissement (omarthrose exceptée).



Mobilités passives et actives conservées

*- Il est possible d'affiner le
diagnostic clinique
par des signes cliniques spécifiques -*

Manœuvre de l'armé douloureuse :

Lésion du bourrelet.

Lésion acromio-claviculaire.





Mobilités passives et actives conservées

- Il est possible d'affiner le diagnostic clinique par des signes cliniques spécifiques -

Test en adduction horizontale forcée :

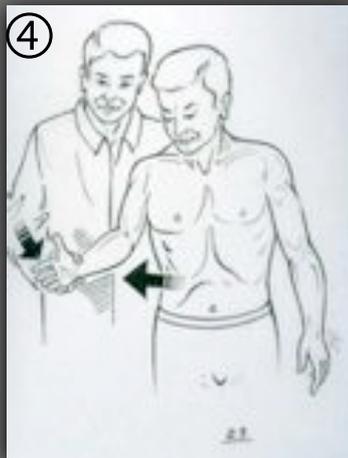
Lésion acromio-claviculaire.





Mobilités passives et actives conservées

- *Lésion de la coiffe des rotateurs* -





Bilan radiographique standard

- *Suspicion d'instabilité antérieure* -



Absence de
lésion



Arthroscan
ner





Bilan radiographique standard

- *Lésion acromio-claviculaire* -



Bilan radiographique bilatéral comparatif



Bilan radiographique standard

- *Lésion de la coiffe* -





Suspicion clinique de rupture de la coiffe des rotateurs

⇒ *Arthroscanner ou Arthro-IRM*





Bilan radiographique standard

- *Omarthrose* -



Omarthrose centrée



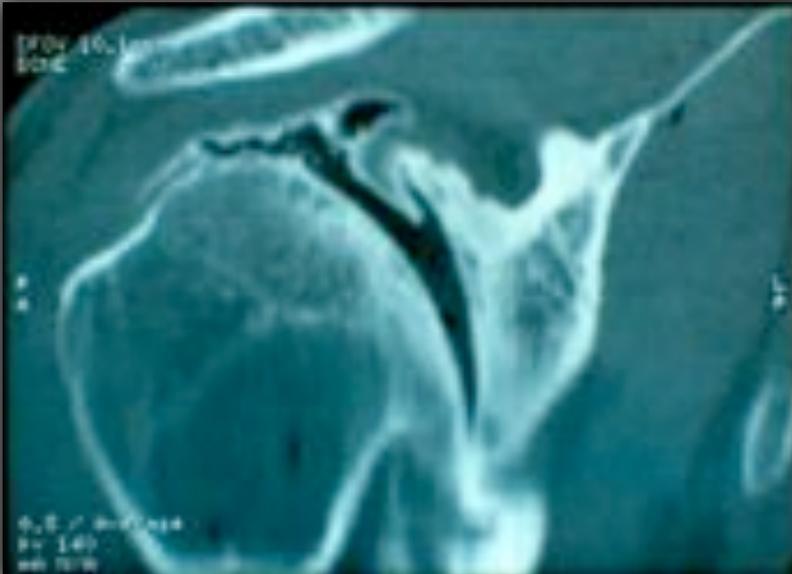
Omarthrose excentrée



Omarthrose douloureuse



Arthroscanner ou Arthro-IRM



Omarthrose centrée



Conduite à tenir thérapeutique





Lésions acromio-claviculaires

- Séquelles douloureuses de luxation acromio-claviculaire : si échec de la rééducation
⇒ *Plastie ligamentaire.*
- Arthropathie ou ostéolyse acromio-claviculaire, si échec Repos + 2 infiltrations
⇒ *Résection acromio-claviculaire.*



Epaule douloureuse instable

Si échec de la rééducation (muscultation + proprioception) \Rightarrow *Bankart arthroscopique \pm retension ligamentaire chez l'hyperlaxe.*



Tendinopathie calcifiante douloureuse

- 90 % des calcifications guérissent spontanément .
- Si douleurs nocturnes et échec de 2 infiltrations sous scopie
 - ⇒ *Exérèse arthroscopique de la calcification.*



Tendinopathie calcifiante douloureuse





Tendinopathie non rompue

ou

Rupture partielle du supraspinatus

- Absence de bec acromial : musculation des abaisseurs de la tête humérale.
- Bec acromial agressif :
 - ⇒ *Acromioplastie arthroscopique.*



Tendinopathie non rompue ou Rupture partielle du supraspinatus





Rupture « réparable » d'un ou plusieurs tendons de la coiffe des rotateurs douloureuse

- Essai de rééducation (assouplissement puis musculation des abaisseurs) pendant 3 à 6 mois.
- Si échec de la rééducation, patient demandeur, et absence de contre-indications:
 - ⇒ *Réparation arthroscopique.*



Rupture « réparable » d'un ou plusieurs tendons de la coiffe des rotateurs douloureuse





Rupture massive de la coiffe des rotateurs douloureuse

- Essai de rééducation spécialisée pendant 3 à 6 mois.
- Si patient demandeur, et absence de contre-indications.
⇒ *Débridement arthroscopique ± ténotomie du long biceps.*



Omarthrose centrée douloureuse

- Si patient demandeur et perte de l'autonomie fonctionnelle :
 - ⇒ *Arthroplastie prothétique : Prothèse anatomique*





Omarthrose centrée douloureuse

- Si patient demandeur et perte de l'autonomie fonctionnelle :
 - ⇒ *Arthroplastie prothétique : Prothèse anatomique*







Omarthrose excentrée douloureuse

- Si patient demandeur et perte de l'autonomie fonctionnelle :





Omarthrose excentrée douloureuse

- Si patient demandeur et perte de l'autonomie fonctionnelle :

⇒ *Arthroplastie prothétique : Prothèse humérale*





Conclusions

Bien
connaître le
patient.



Priorité à la
rééducation.



La chirurgie
donne
d'excellents

