

EPAULE

I. **Epaule douloureuse simple** (tendinopathie (= tendinite) de la coiffe des rotateurs)

Définition de la maladie

Depuis le démembrement de l'ancienne périarthrite scapulo-humérale, le terme *d'épaule douloureuse simple* a été choisi par les rhumatologues pour caractériser les tendinites de la coiffe des rotateurs d'origine mécanique et dégénérative c'est à dire celles qui peuvent relever d'un surmenage fonctionnel de l'épaule (hypersollicitation) et dans l'état actuel de nos connaissances sont les seules susceptibles d'avoir une origine professionnelle. Les douleurs d'épaule de toutes autres origines ne sont pas prises en compte au titre du tableau 57 des maladies professionnelles.

On entend par coiffe des rotateurs la convergence sur la tête humérale des tendons des muscles rotateurs externes de l'épaule (sus-épineux, sous-épineux, petit rond) et du rotateur interne (sous- scapulaire) auxquels il faut adjoindre le tendon du long biceps exposé aux mêmes contraintes. La coiffe des rotateurs assure le centrage mécanique de la tête humérale dans la cavité glénoïde en contre balançant l'action subluxante vers le haut du puissant muscle deltoïde chaque fois que ce dernier est mis en jeu. De ce fait la coiffe des rotateurs est sollicitée tout particulièrement lors des mouvements d'antépulsion ou d'abduction faits en force (en particulier pour les soulèvements de charges), par les positions prolongées bras levés au-dessus de la tête ou des épaules et lors des mouvements de rotation interne ou externe du bras, répétitifs et avec déploiement de force.

Diagnostic

Au stade de début de tendinite simple. Il est seulement suspecté sur la base des signes cliniques d'où la nécessité d'examen complémentaires performants pour l'affirmer à coup sûr à ce stade.

I. Les signes cliniques: douleurs d'épaule spontanées et/ou aux mouvements en particulier d'élévation ou d'abduction du bras (non spécifique). Mobilité passive normale, mobilité active douloureuse mais non limitée;. Réveil électif de la douleur à la palpation locale au niveau des zones d'insertion tendineuse et lors de la mise en tension contrariée des différents muscles de la coiffe : tests de *lobe* (sus-épineux), de *Patte* (sous épineux), test du sous scapulaire, test du long biceps (palm up test) ; ces tests ne son pas pathognomoniques et peuvent être d'interprétation malaisée, y compris par un spécialiste. En dehors des arthrites (inflammatoires ou infectieuses) et des atteintes tumorales faciles à éliminer et peu fréquentes, *le diagnostic différentiel* se pose sur le plan clinique avec toutes les affections courantes susceptibles d'entraîner des douleurs de la région de l'épaule, invalidantes pour le travail mais sans rapport étiologique direct avec lui, en particulier: *les tendinites calcifiantes (maladie des calcifications multiples) non associées à une atteinte mécanique de la coiffe, les capsulites rétractiles, les pathologies du bourrelet ou des bords antérieur et/ou postérieur de la glène à l'origine d'épaules douloureuses et instables, les atteintes douloureuses capsulaires ou ligamentaires, les pathologies acromio-claviculaires, les omarthroses sans lésions de la coiffe, les syndromes canauxaires de l'épaule, les douleurs d'épaule d'origine cervicale*

Il est essentiel de tenir compte du contexte, d'examiner soigneusement non seulement la gléno-humérale mais encore l'acromio-claviculaire et la colonne cervicale et d'avoir recours à des examens complémentaires.

2. Les examens paracliniques, non mentionnés au tableau 57, sont cependant indispensables à ce stade pour affirmer formellement le diagnostic :

-*Les radiographies standards*: ne montrent aucune anomalie caractéristique d'une pathologie de la coiffe au stade de tendinite simple mais sont nécessaires pour éliminer certains autres diagnostics.

-*L'échographie*, n'est parlante que de façon inconstante. -*L'IRM*, en dépit de son caractère onéreux, est le seul examen susceptible de montrer des zones tendineuses inflammatoires.

Au stade de tendinite avec conflit acromio-trochitérien : Le diagnostic devient beaucoup plus facile sur la base des données cliniques et des radiographies standards. Le conflit tient au fait que la coiffe, victime d'une fissuration ou d'une rupture partielle, n'arrive plus à contrebalancer l'action subluxante du deltoïde vers le haut et n'assure plus sa fonction de coaptation exacte de la tête humérale dans la cavité glénoïde ; il en résulte un décentrage plus ou moins marqué de la tête humérale vers le haut à l'origine d'un conflit entre l'acromion et le trochiter qui vient buter sur lui lors de l'abduction-antépulsion du bras.

1. Le tableau clinique est beaucoup plus évocateur que précédemment. En plus des signes cliniques déjà décrits, qui peuvent persister, il apparaît à partir d'un certain angle d'élévation antérieure et/ou d'abduction du bras, un accrochage douloureux entre le bord supérieur du trochiter et l'auvent acromio-coracoïdien avec deux signes caractéristiques :

* *le signe de Neer* : arc douloureux lors de l'élévation assistée du bras avec parfois aux alentours de 100° d'élévation une sensation d'accrochage plus pénible avec une impression de ressaut.

- *le signe d'Hawkins*: bras placé en élévation antérieure à 90°, coude fléchi à angle droit, une accentuation de la rotation interne par abaissement de l'avant-bras, déclenche une sensation douloureuse, le trochiter passant plus mal sous l'auvent acromio-coracoïdien en rotation interne.

2. Les radiographies standards confirment souvent l'impression clinique en montrant des signes indirects d'atteinte de la coiffe: ostéo-condensation et petites irrégularités du pourtour supérieur du trochiter et de l'extrémité inférieure de l'acromion (traduction du conflit) et/ou surtout petit décalage supérieur de la tête humérale mieux mis en évidence par des clichés en abduction contrariée selon la méthode de Leclercq.

3. L'échographie est habituellement parlante.

4. L'arthrographie (ou l'arthro-scanner) est loin d'être toujours nécessaire; elle ne fait que confirmer le diagnostic en montrant une fuite du produit de contraste vers l'espace sous deltoïdien avec imprégnation fréquente de la bourse séreuse sous deltoïdienne, mais permet d'apprécier l'importance de la rupture bien que les données recueillies à ce point de vue ne soient pas constamment fiables.

5. L'IRM, plus onéreuse mais non invasive, n'est réellement utile à ce stade que pour faire le bilan exact des lésions avant de porter une éventuelle indication opératoire.

Evolution

Elle est susceptible de se faire: -soit vers une rupture très étendue ou complète des tendons de la coiffe réalisant le tableau clinique dit de "l'épaule pseudo-paralytique" avec impotence majeure de l'épaule, -soit vers la constitution d'une omarthrose ; c'est l'épaule enraidie succédant à une épaule douloureuse simple mentionnée au tableau 57. Le maintien à un poste de travail à risque favorise ces évolutions péjoratives.

Traitement

Au stade de tendinite simple: utilisation groupée de tous les soins utiles en matière de tendinite :

-*dans un premier temps:* mise au repos de l'épaule durant 6 à 8 semaines au moins, antalgiques et anti-inflammatoires non stéroïdiens, infiltration juxta-tendineuse et éventuellement de la bourse séreuse sous-deltoïdienne, physiothérapie sédative ;

-*par la suite:* kinésithérapie avec renforcement des muscles abaisseurs de l'épaule, à poursuivre longtemps par un travail personnel. La prévention des récurrences en allégeant ou supprimant des contraintes professionnelles de l'épaule excessives est indispensable mais difficile à réaliser dans certains métiers avec des perspectives de réorientation professionnelle aléatoires en particulier après 40 ans.

Au stade de conflit acromio-trochitérien : une acromiectomy antérieure décompressive peut être indiquée en plus du traitement médical. La poursuite d'une activité professionnelle ne peut se faire qu'à un poste adapté.

Au stade de rupture: une réparation chirurgicale, couplée habituellement avec une acromiectomy antérieure, est seule capable lorsqu'elle est possible de réanimer l'articulation, avec des résultats variables selon l'étendue exacte des lésions et sans espoir de reprise d'une profession à risque.

Facteurs de risque individuels

Le risque de tendinopathie de la coiffe augmente avec l'âge en raison d'une tendance naturelle des tendons de la coiffe à dégénérer. Toutes les activités sportives ou de délasserment qui amènent à soulever des charges au niveau ou au dessus du niveau des épaules ou à maintenir les bras levés au dessus de la tête de façon répétée ou prolongée sont des co-facteurs étiologiques de cette pathologie souvent d'origine multifactorielle .

2. Epaule enraidie succédant à une épaule douloureuse simple rebelle

Définition de la maladie

L'enraidissement de l'épaule ainsi défini correspond à deux entités différentes de fréquence très inégale :

-dans la grande majorité des cas il s'agit de l'apparition d'une omarthrose, stade ultime d'une pathologie importante et vieillie de la coiffe des rotateurs ;

-très rarement l'enraidissement peut être dû à une capsulite rétractile (synonyme d'algodystrophie d'épaule) compliquant une pathologie de la coiffe connue et déjà ancienne.

2.1. Epaule enraidie par omarthrose secondaire à une tendinite de la coiffe

Diagnostic

Il est extrêmement facile. La pathologie de la coiffe est ancienne et déjà connue. Les douleurs sont permanentes et peuvent même être nocturnes. La mobilité articulaire est altérée. La gêne est considérable y compris pour les gestes courants de la vie quotidienne (se raser, se laver les dents, se coiffer en portant la main à la nuque).

On observe sur les radiographies standards à la fois une ascension de la tête humérale et des modifications caractéristiques de celle-ci, ovalisée et présentant une ostéophytose polaire inférieure souvent importante, en même temps qu'il existe une ostéophytose de la cavité glénoïdienne.

Si les douleurs d' épaule n' ont pas été correctement rapportées à une tendinopathie de la coiffe il faut éliminer une omarthrose d'autre origine et prouver la tendinopathie de la coiffe comme déjà indiqué à la rubrique « épaule douloureuse simple ».

Evolution

Elle se fait vers une impotence complète du membre.

Traitement

Les antalgiques sont utilisés pour calmer les douleurs. La mise en place d'une prothèse d'épaule peut être discutée pour le confort de la vie quotidienne mais la poursuite d'une activité professionnelle exigeant l'utilisation de l'épaule est exclue.

2.2. Epaule en raidie par capsulite rétractile secondaire à une tendinite de la coiffe

Diagnostic positif et différentiel

Diagnostic positif basé sur l'apparition des signes cliniques et paracliniques typiques d'une algodystrophie d' épaule chez un sujet atteint d'une tendinopathie confirmée et rebelle de la coiffe des rotateurs :

-enraidissement complet, en général progressif, de l'épaule qui devient plus douloureuse,
-hyperfixation à la scintigraphie, déminéralisation inhomogène loco-régionale sur les radiographies, rétraction capsulaire à l'arthrographie.

Les algodystrophies compliquant une tendinopathie de la coiffe surviennent exceptionnellement de façon spontanée et sont habituellement une complication d'une réfection chirurgicale de la coiffe ou d'une acromioplastie.

Diagnostic différentiel

Eliminer toutes les algodystrophies d'épaule n'entrant pas dans le contexte déjà défini. Ne relèvent pas du tableau n° 57A des maladies professionnelles: les capsulites d'épaule d'allure primitive ou secondaires à des traumatismes majeurs ou mineurs du membre concerné et les algodystrophies et capsulites secondaires aux coronarites, aux affections du système nerveux central, à une hyperthyroïdie, à des causes iatrogènes médicamenteuses ou de cause infectieuse.

Traitement et évolution

Le traitement habituel prolongé des algodystrophies d'épaule (médicamenteux, physiothérapique, et rééducatif) est indiqué et au moins partiellement efficace sur les douleurs et sur la mobilité.