

Epaule douloureuse

Diagnostic et prise en charge médicale

Catherine Beauvais

Hôpital Saint Antoine. Paris

Pour rejoindre la session, connectez-vous à

qb.live

code session : OHGNIH

ou scannez le code QR



Déclarations d'intérêt

- Lien permanents : aucun
- Bourses de recherche : Viatris, Fresenius-Kabi, Lilly, BMS
- Honoraires pour intervention dans des symposiums ou boards : Sandoz, Novartis, Nordic, Sanofi, MSD, UCB, Chugai, Fresenius-Kabi, Lilly, Galapagos, Janssen, Viatris

Cas Clinique. Mme Aurore C. (1)

- 33 ans, vous consulte en urgence pour une douleur aigue de l'épaule droite, survenue sans facteur déclenchant identifié. Elle n'a pas dormi de la nuit.
- ATCDs : Ras. Parfois petite douleur de l'épaule droite lorsqu'elle jouait au tennis. Travaille comme secrétaire dans un grand groupe
- Examen clinique : la patiente ne peut quasiment pas mobiliser son épaule en actif. En passif, l'épaule est difficilement mobilisable. Pas de gonflement ni déformation.
- **Chez cette femme de 33 ans, quel est le diagnostic le plus probable ?**

Quel diagnostic le plus probable ?

1. Tendino-bursite de la coiffe des rotateurs
2. Névralgie cervico-brachiale hyperalgique
3. Epaule aigüe hyperalgique (calcification en voie de résorption)
4. Syndrome de Parsonage et Turner
5. Polyarthrite rhumatoïde



Examen complémentaire de 1ère intention

1. Echographie
2. Radiographie épaule droite
3. Radiographie des 2 épaules
4. IRM
5. Scanner sans injection



Conduite diagnostique

Douleur récente : aigüe ou depuis moins de 6 semaines

La douleur **ne vient pas** de l'épaule :
douleurs projetées ou sur le trajet de
l'épaule

Névralgie cervico-brachiale

Parsonage et Turner

Pathologie CV

Pathologie pulmonaire (EP, apex
pulmonaire, pneumopathie,
pneumothorax, pleurésie)

Pathologie des voies biliaires

La douleur **vient** de l'épaule :
Douleur de la gléno-humérale ou
périarticulaire

**Poussée douloureuse aigüe de tendino-bursite ou
rupture coiffe**

Épaule aigüe hyperalgique

Rhumatisme inflammatoire ou microcristallin

Arthrite septique

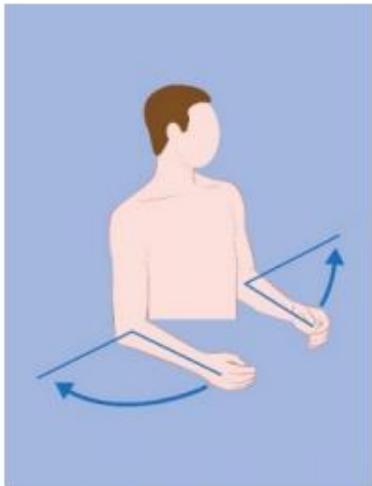
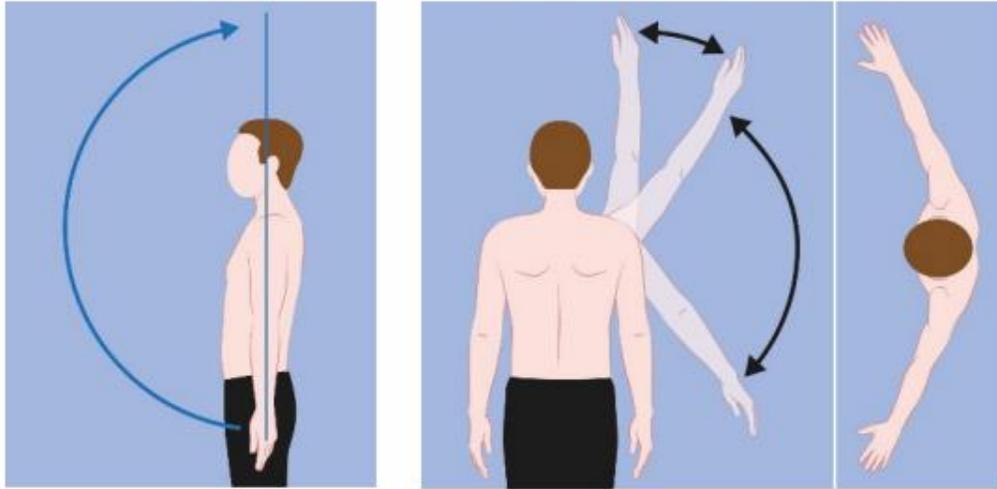
Epaule sénile hémorragique

D'après recommandations HAS 2023

Examen clinique

- Interrogatoire : Age, activités physiques, contexte professionnel
- Examen de l'épaule
 - Symptômes: douleur, gêne fonctionnelle, déformation, instabilité
 - Inspection: gonflement ? Amyotrophie ?
 - Palpation: zone douloureuse ?
 - Amplitudes passives: EL, RI et EA, RE (mieux couchées)
 - Amplitudes actives
 - Signes de syndrome douloureux sub-acromial
 - Testing spécifique des tendons de la coiffe
- Examen locorégional et général : RC, Thorax, CV, ex neurologique
- Recherche de signes d'urgence

Mobilité active



- **Elevation antérieure (flexion)** : 170-180°
- **Elevation latérale (abduction)** : 170-180°

- **Rotation latérale(externe) RL1** : à comparer entre les 2 côtés

- **Rotation médiale dans le dos RM 1** : à comparer entre les 2 côtés (variation selon la latéralité)

Recommandations HAS 2023

Exemples

Douleur récente : aiguë ou depuis moins de 6 semaines

~~La douleur **ne vient pas** de l'épaule :
douleurs projetées ou sur le trajet de
l'épaule~~

La douleur **vient** de l'épaule :
Douleur de la gléno-humérale ou
périarticulaire

Exemple 1

Epaule aigüe hyperalgique = résorption de calcification

Sujet
jeune

Patient jeune

Impotence fonctionnelle

Radiographie : calcification tendineuse en cours de résorption

Si radio normale (calcification résorbée si radio tardive) , alors CRP et imagerie complémentaire indispensable

Traitement en aigu : repos, glaçage, antalgiques, AINS, corticothérapie orale 0.5 mg/kg très courte, parfois infiltration

Si douleur persiste. Savoir attendre. Faire échographie de sécurité (en général coiffe normale)

Si crises récidivantes et calcification de taille notable ou importante , ponction trituration. Rarement ablation sous arthroscopie



Exemple 2

Rupture massive de coiffe

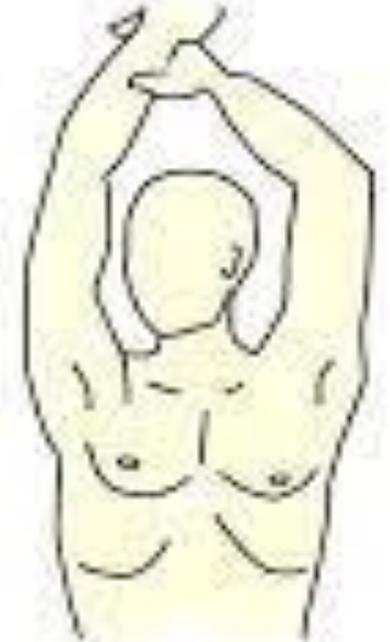
Patient âgé

Antécédent de pathologie de la coiffe

On retrouve souvent un antécédent de chute qq semaines auparavant ou un effort inhabituel

Le patient ne peut pas réaliser d'élévation latérale active alors qu'il peut tenir qq secondes si aidé par l'examineur (différence avec la paralysie C5) : épaule pseudo-paralytique .

Sujet
âgé



Exemple 3

Arthrite septique

Y penser devant toute épaule aiguë hyperalgique

Très rare mais **très grave** -> engage le pronostic vital (choc septique). Vérifier l'absence d'endocardite associée: souffle ?

Impotence fonctionnelle

Aucune mobilité passive et active

Parfois épanchement

Terrain immunodéprimé

fièvre, frissons, signes en faveur d'une porte d'entrée

Essentiellement staphylococcus aureus et

streptocoque

Radiographie : normale au diagnostic (sauf si autre pathologie de l'épaule sous jacente)

Echographie : épanchement intra articulaire + dans la gaine du long biceps

Tout âge,
terrain
particulier



En cas de forte suspicion d'arthrite septique : que faites-vous ?

1. Je demande une CRP à prélever à domicile
2. Je prescris une antibiothérapie à large spectre
3. Je téléphone à mon correspondant rhumatologue
4. J'envoie le patient aux urgences
5. J'envoie le patient aux urgences en commençant une antibiothérapie à large spectre
6. Je prévois une ponction par un radiologue



Ponction articulaire

Devant toute monoarthrite d'origine indéterminée = ponction articulaire exploratrice

Ne jamais débuter une antibiothérapie devant une suspicion d'arthrite septique sans avoir une identification du germe

Donc adresser en urgence au service de rhumatologie ou aux urgences pour la ponction exploratrice

Ne jamais débuter une antibiothérapie avant la ponction (sauf choc septique)

Antibiothérapie IV 15 jours puis relais PO. 4 à 6 semaines. +/- Lavage articulaire

Repos articulaire initialement et mobilisation dès phase aiguë passée

Plus rare

Sujet
âgé

Épaule sénile hémorragique = arthropathie destructrice de l'épaule

Personne âgée, ATCD de rupture de coiffe

Épanchement abondant, douleur modérée

Liquide teinté de sang ou hémorragique, présence de cristaux d'hydroxyapatite ou pyrophosphate de calcium

Ostéolyse marquée



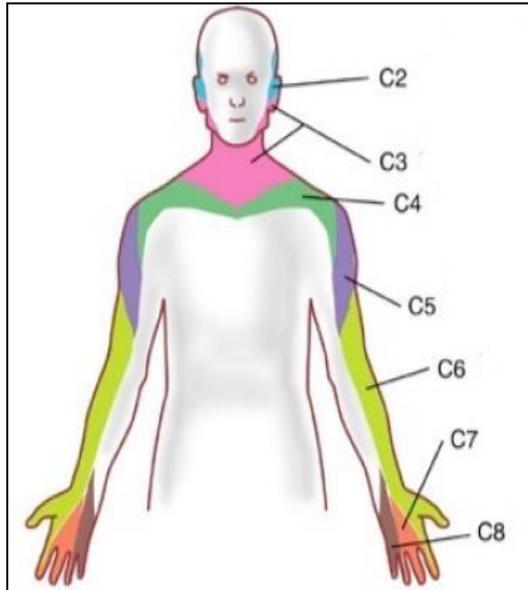
Exemples

Douleur récente : aiguë ou depuis moins de 6 semaines

La douleur **ne vient pas** de l'épaule :
douleurs projetées ou sur le trajet de
l'épaule

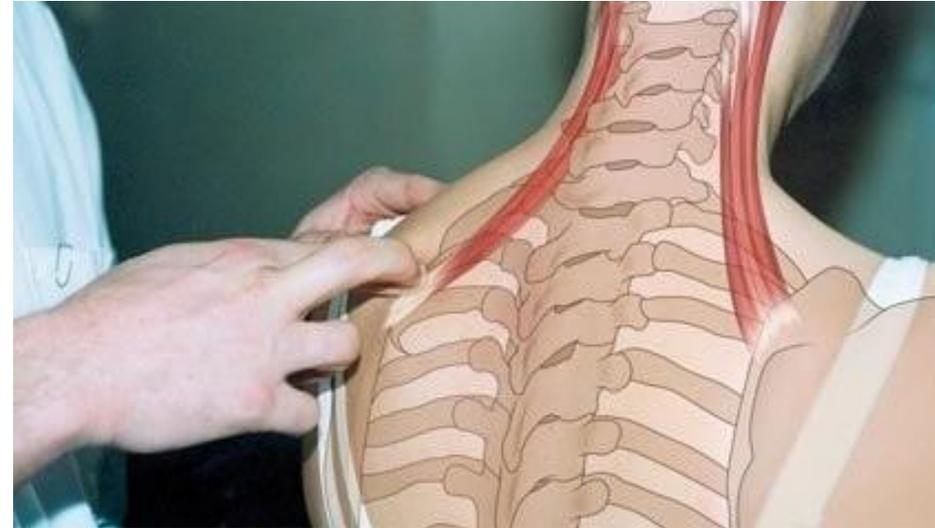
La douleur **vient** de l'épaule :
Douleur de la gléno-humérale ou
périarticulaire

Exemples extra- rhumatologiques (1)



Névralgie cervico-brachiale

Topographie C5 préférentiellement



Syndrome de l'angulaire de l'omoplate

Rarement isolé

En cas de cervicalgie aigüe ou de NCB

Exemples extra- rhumatologiques (2)



Parsonage et Turner

Douleur aigüe souvent hyperalgique de la racine du MS
Amyotrophie secondaire
Diag : EMG et IRM (signes de dénervation)



Zona

Douleur aigüe précède l'éruption

Cas Clinique : Nicolas S

- Mr Nicolas S, 50 ans, informaticien, vient consulter pour douleur épaule droite depuis 3 mois.
- ATCDs : HTA traitée. MDV: jogging. Bricolage.
- Pas d'antécédent traumatique
- Douleur la nuit si couché sur le côté droit. Douleur en élévation latérale et s'il met la main en arrière. Douleur antéro latérale irradiant vers le coude. Pas de douleur cervicale, pas de paresthésies.
- Examen :
 - mobilité passive de l'épaule est normale en particulier la rotation latérale (externe).
 - mobilité active : élévation latérale douloureuse mais non limitée
 - Pas d'amyotrophie

Avec quelles affirmations êtes-vous d'accord ?

1. Les réveils nocturnes sont en faveur d'un rhumatisme inflammatoire
2. La mobilité passive normale permet d'éliminer une arthrose
3. Vu la mobilité passive normale, il n'est pas nécessaire de faire une radiographie
4. Nicolas a 75% de risque d'avoir une pathologie de la coiffe



Arbre décisionnel d'une douleur persistante de l'épaule

Épaule non ou modérément limitée lors des mobilités passive et active, non ou peu douloureuse

Penser aux diagnostics différentiels : NCB C5-C6, syndrome de la traversée thoraco-brachiale, douleurs post-zostériennes, pathologies CV et pulmonaires, pathologies médullaires

1. Épaule raide = limitée lors de la mobilisation passive

-Omarthrose
-Capsulite rétractile,
-rhumatismes inflammatoire
- Penser à la PPR en cas de douleur bilatérale âge > 60 ans
-autres (ostéonécrose)

2. Épaule non ou modérément limitée lors de la mobilité passive

Mobilité active non limitée
Syndrome douloureux sub-acromial :
tendinopathie, tendinobursite,
rupture tendineuse, calcifications
-Arthropathie acromioclaviculaire
Mobilité active limitée
Rupture tendineuse
Limitation due à la douleur

3. Épaule instable : post-trauma, hyperlaxité, lésions capsulo-labrale

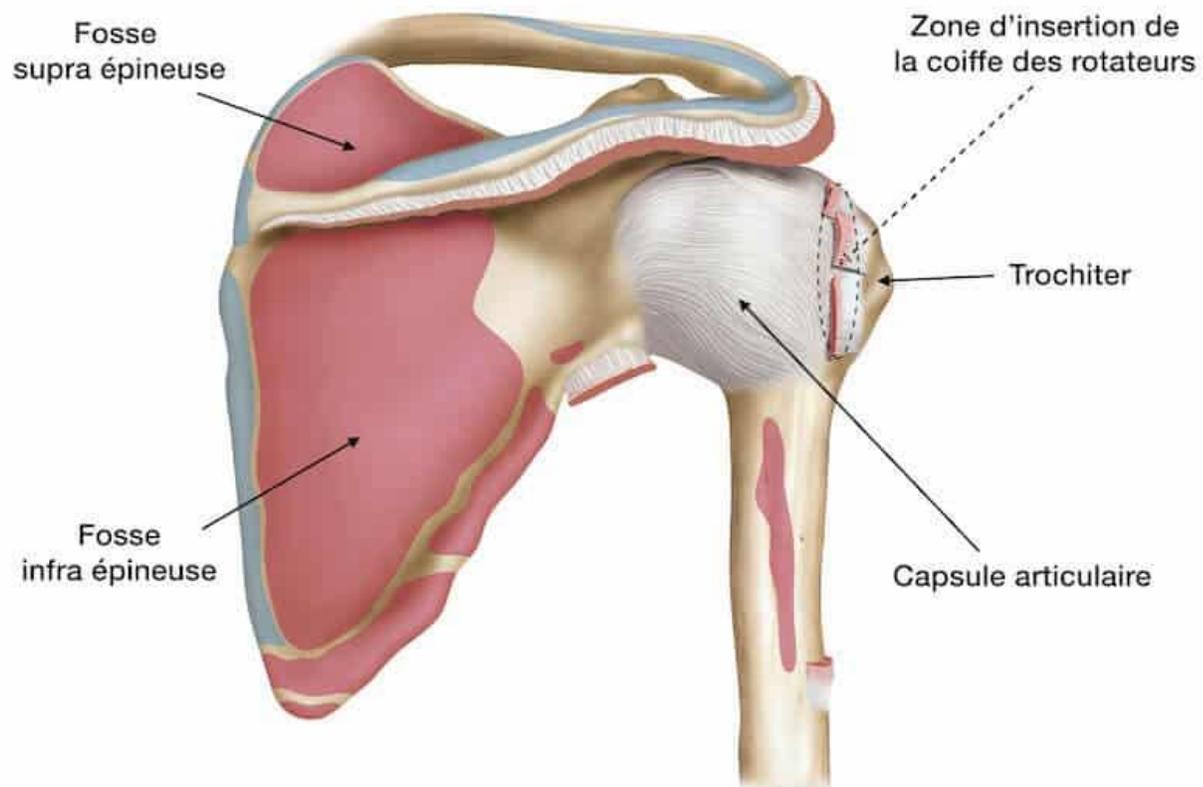
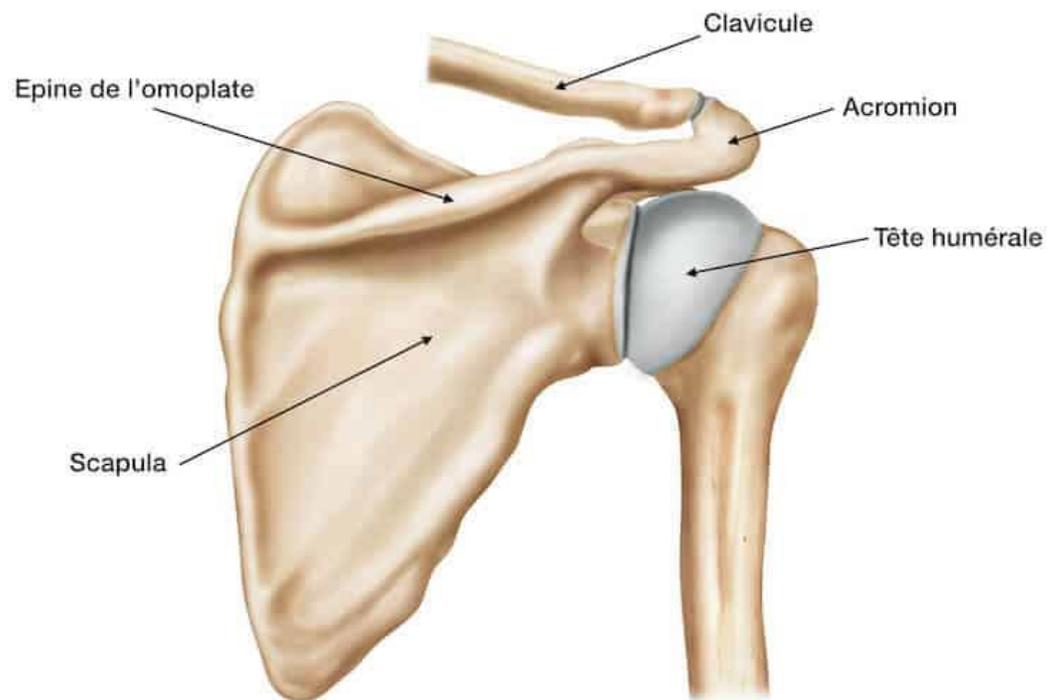
4. Épaule neurologique = Atteinte du nerf supra-scapulaire



Examen Clinique +++

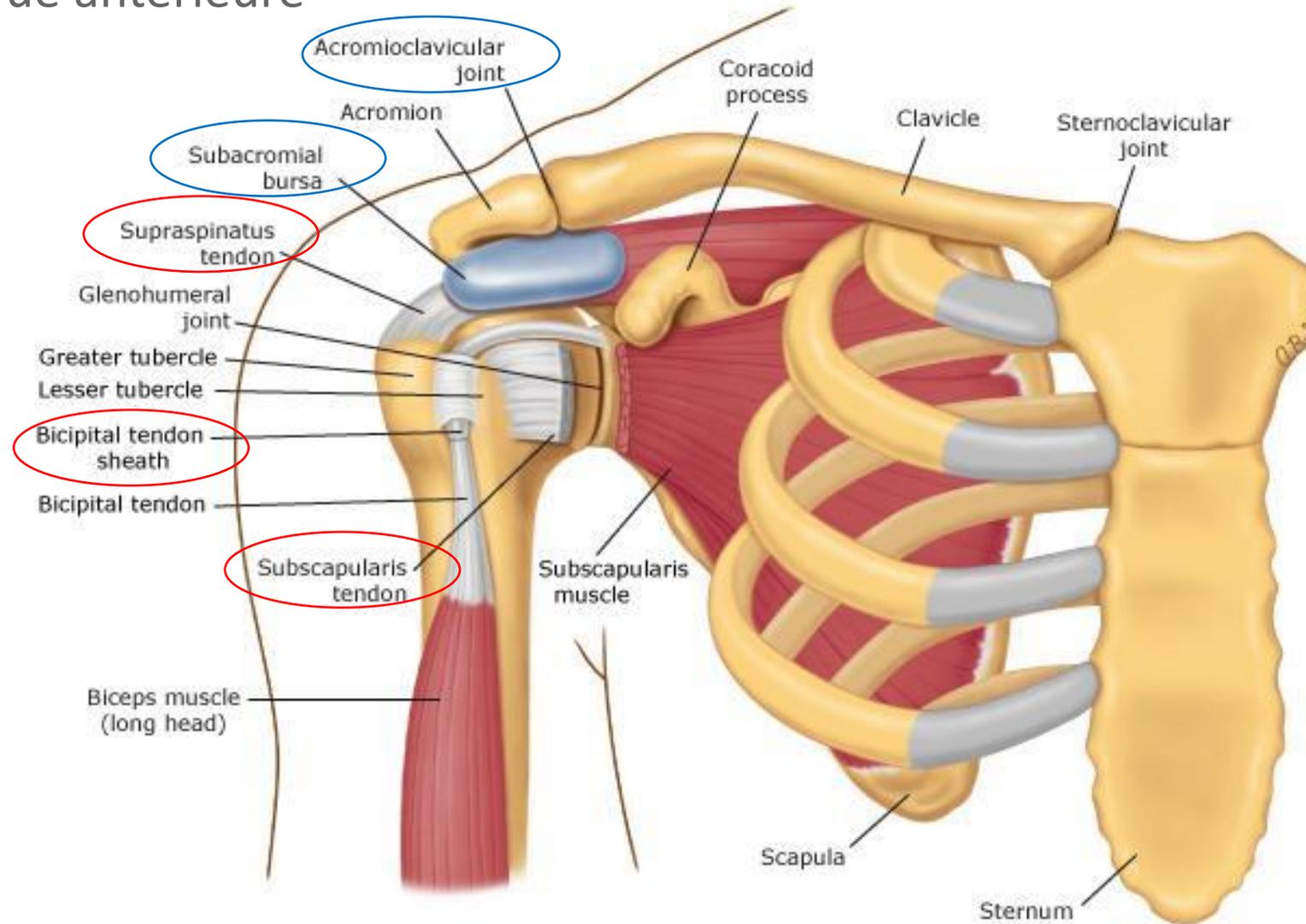
D'après recommandations HAS 2023

Anatomie

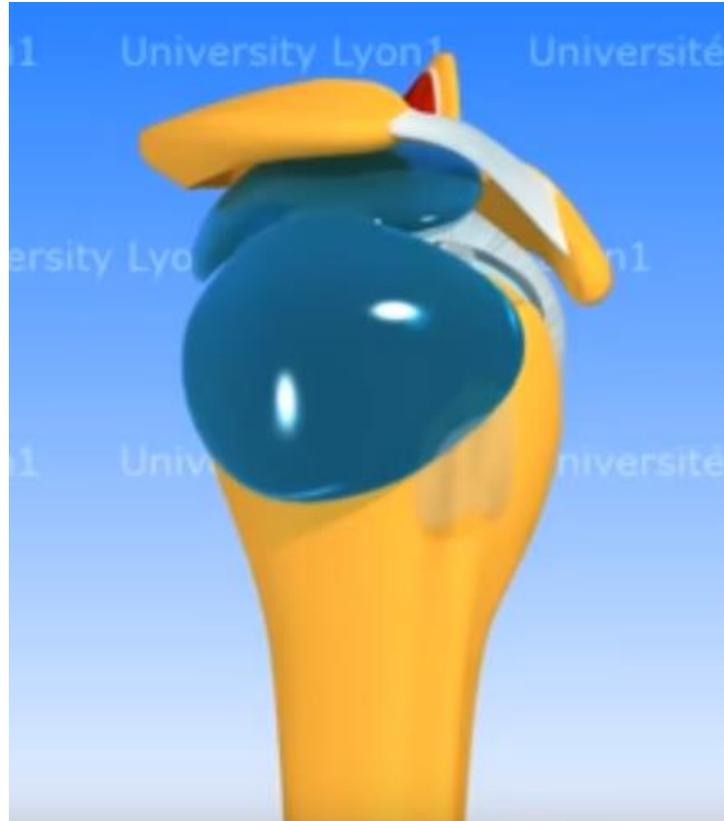


Coiffe des rotateurs

Vue antérieure

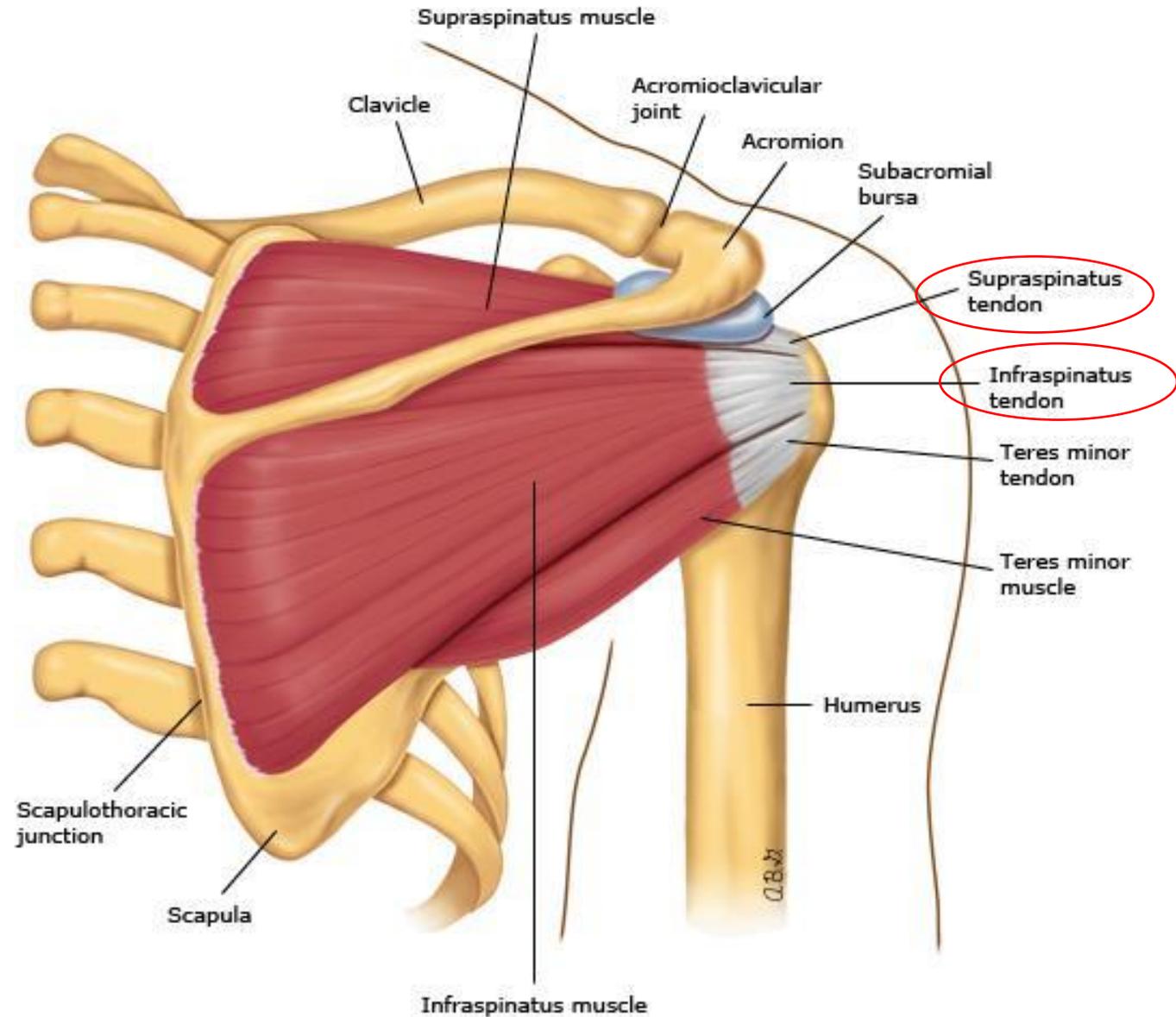


Bourse sous acromio deltoïdienne



Coiffe des rotateurs

Vue postérieure



Devant une suspicion de pathologie de la coiffe

1. Un test de Job douloureux évoque une rupture du supra-épineux
2. Le palm-up test correspond à une tendinopathie du long-biceps
3. Il y a trop de tests, on n'y comprend rien
4. Une rotation latérale (externe) déficitaire évoque une rupture de l'infra-épineux



Devant une suspicion de pathologie de la coiffe

1. Un test de Job douloureux évoque une rupture du supra-épineux
2. Le palm-up test correspond à une tendinopathie du long-biceps
3. Il y a trop de tests, on n'y comprend rien
4. Une rotation latérale (externe) déficitaire évoque une rupture de l'infra-épineux

Mémento pratique de la coiffe

Tests non spécifiques

= syndrome
douloureux sous
acromial



Localisation d'un tendon atteint

Douleur ≠ perte de force



Supra-épineux

Élévation latérale

Infra-épineux

**rotation latérale
(externe)**

Long-Biceps

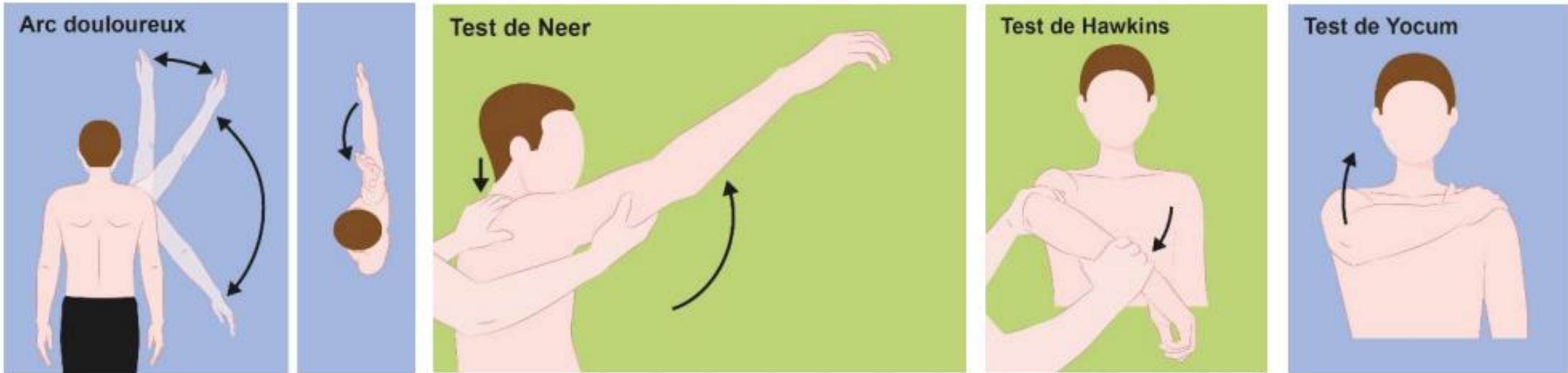
Flexion du coude

Sub-scapulaire

**rotation médiale
(interne)**

Memento pratique de la coiffe (HAS)

Tests du syndrome douloureux sub-acromial



Arc douloureux : élévation latérale. Douleur 60°-120°;

Neer : élévation antérieure passive du MS, scapula bloquée

Hawkins : le bras est placé par l'examineur à 90° d'élévation antérieure, coude fléchi à 90°.

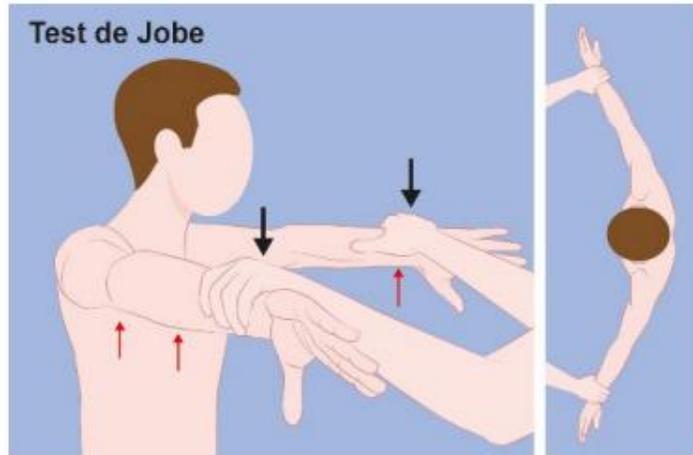
L'examineur impose une rotation médiale (interne)

Yocum : le patient place sa main sur l'épaule controlatérale. Il effectue une élévation de son coude fléchi sans bouger l'épaule testée

Recommandations HAS 2023

Memento pratique de la coiffe (HAS)

Supra-épineux



Jobe : le bras à 90° d'abduction dans le plan de la scapula pouce vers le bas. Le patient doit résister à la pression vers le bas exercée par l'examineur,

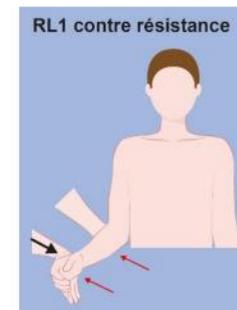
Douleur = tendinopathie
Perte de force = rupture

Infra-épineux



Patte : le bras est à 90° d'abduction, coude fléchi à 90° (aussi appelé position 2) et soutenu par l'examineur. Le patient réalise une rotation latérale (externe) contre résistance,

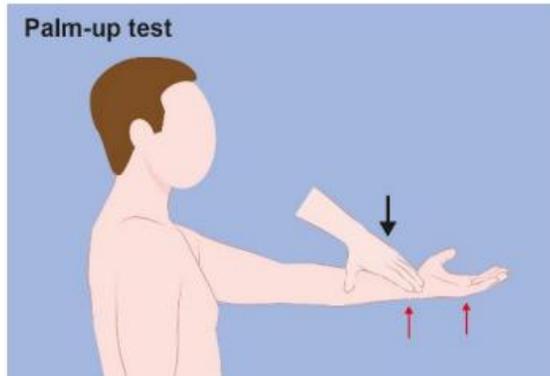
Rupture



Recommandations HAS 2023

Memento pratique de la coiffe (HAS)

Long-Biceps



Douleur = tendinopathie

palm-up test : le bras à 90° d'élévation antérieure, l'avant-bras est en supination. Le patient doit résister à la pression vers le bas exercée par l'examineur

Rupture

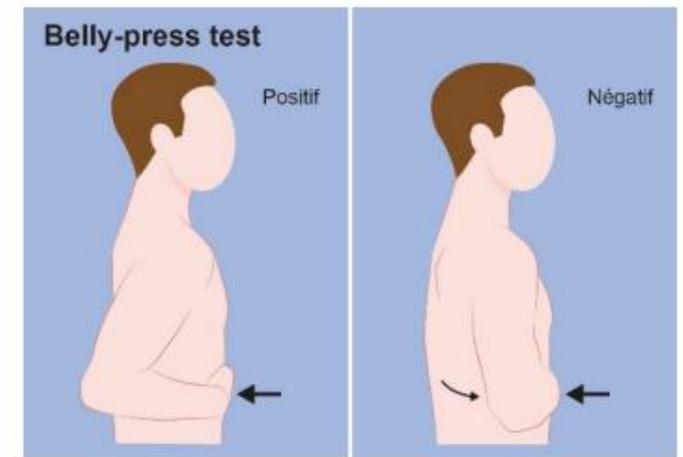


Recommandations HAS 2023

Sub-scapulaire

Pas de test pour tendinopathie

Rupture



Gerber : face dorsale de sa main dans le dos, le coude est fléchi à 90°. Le patient doit décoller sa main du dos

Belly-press test : le coude est fléchi à 90°, l'avant-bras est dans le plan frontal et la main sur le ventre. Le patient appuie sur le ventre et essaie de garder l'avant-bras dans le plan frontal. faiblesse musculaire (test positif) = le coude part vers l'arrière avec flexion du poignet.

Chez Nicolas S, le testing spécifique est en faveur d'une tendinopathie du supra-épineux

- Le test de Job retrouve une douleur sans perte de force
- Le palm-up est positif
- Il existe un arc douloureux à 90°
- Vous prescrivez un AINS
- Vous prescrivez une échographie
- Vous prescrivez une radiographie face, profil chirurgical, RI, RE
- Vous prescrivez de la kinésithérapie

Chez Nicolas S, le testing spécifique est en faveur d'une tendinopathie du supra-épineux

- Le test de Job retrouve une douleur sans perte de force
- Le palm-up est positif
- Il existe un arc douloureux à 90°
- Vous prescrivez un AINS (si pas de contre-indication) (*HAS 2023*)
- Vous prescrivez une échographie
- Vous prescrivez une radiographie face, profil chirurgical, RI, RE (4-6 semaines d'évolution) (*HAS 2023*)
- Vous prescrivez de la kinésithérapie (4-6 semaines d'évolution) (*HAS 2023*)

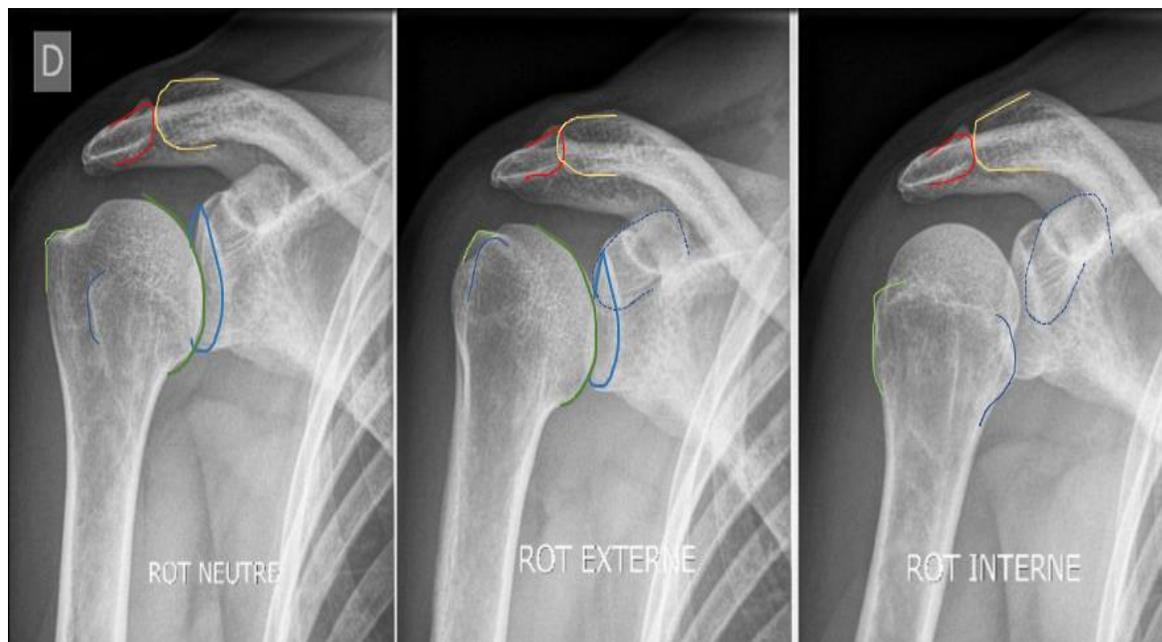
En plus des conseils d'usage : garder les activités physiques selon douleurs, éviter les mouvements en élévation et " en arrière" , port de charges lourdes

Résumé HAS : tests spécifiques coiffe

Diagnostic Test	Syndrome douloureux sub-acromial	Tendinopathie			Rupture		
		Supra- épineux	Infra- épineux	Long biceps	Supra- épineux	Infra- épineux	Sub- scapulaire
Arc douloureux	X						
Neer	X						
Hawkins	X						
Yocum	X						
Jobe		X			X		
Patte			X			X	
<i>Palm-up</i>				X			
RL1 contre ré- sistance						X	
Gerber							X
<i>Belly-press</i>							X
<i>Bear-hug</i>							X

Recommandations HAS 2023

Radiographies



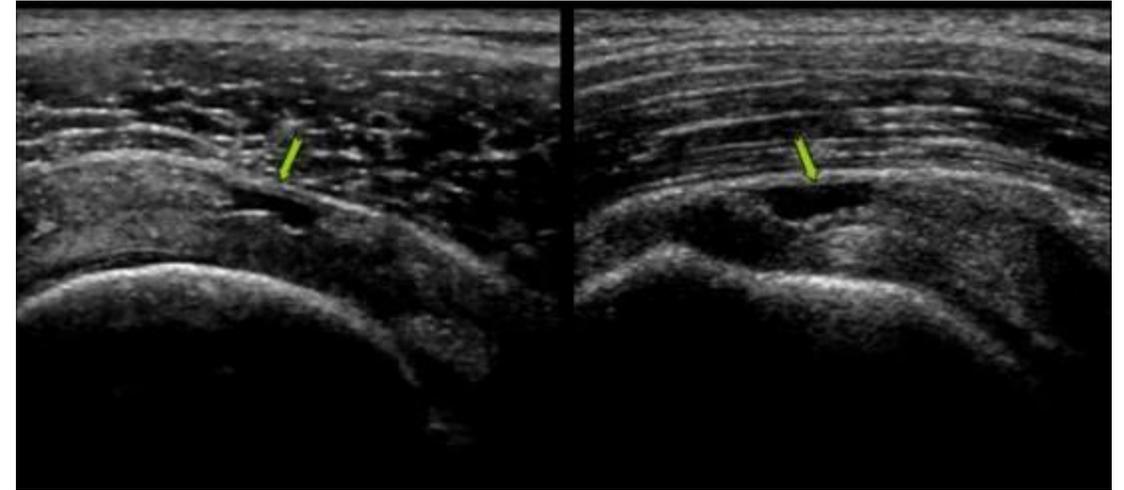
Profil de Lamy = en cas de pathologie de la coiffe
≠
profil axillaire ou glénoïdien

Nicolas S (suite)

- Au bout de 2 mois le patient revient
- Les AINS ont été efficaces mais les douleurs sont réapparues à l'arrêt
- Il a fait 8 séances de kinésithérapie mais les séances sont douloureuses
- Un ami golfeur lui a dit de faire une IRM
- **Votre attitude**
- Vous lui indiquez que la kinésithérapie n'est efficace qu'au bout de 7 à 15 séances (*HAS 2023*)
- Vous vérifiez rapidement ce que fait le kiné et si le patient s'est vu indiquer une auto-rééducation
- Si douleur persiste, infiltration sub- acromiale guidée ou non d'un dérivé cortisoné (*HAS 2023*) : efficacité 3 à 8 semaines
- Vous prescrivez une échographie (*HAS 2023 : après échec d'une infiltration de la bourse sub-acromiale, par un échographiste expérimenté*)

Echographie

- Rupture partielle profonde du supra-épineux
 - Petite bursite sub-acromiale
- => tendinopathie dégénérative de la coiffe
- Votre attitude
- Poursuivre la kiné et l'auto-rééducation
 - Identifier les gestes dans la vie courante
 - Faire maximum 3 infiltrations



Si échec, avis spécialiste : réévaluer le diagnostic (IRM voir arthroscanner)

Pensez à la pathologie professionnelle

Pas de preuve de plus d'efficacité de la chirurgie de décompression sub-acromiale (acromioplastie et bursectomie) + exercices par rapport aux exercices seuls en cas de tendinopathie dégénérative

Recommandations HAS 2023

Petit mémento : kinésithérapie de la coiffe

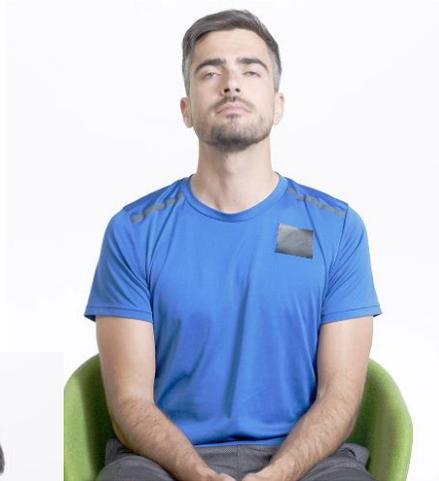
Programme comporte

- Recentrage de la tête humérale
- Renforcement progressif des muscle de la coiffe et scapula-thoracique et deltoïde
- Entretien/récupération des amplitudes
- Correction de la posture du rachis et de la ceinture scapulaire
- Programme auto-exercices
- Physiothérapie peut être ajoutée mais pas de preuve

Si possible, kinésithérapeute ayant la spécialité système musculosquelettique

Recommandations HAS 2023

Auto-exercices



Arthrose gléno-humérale = omarthrose

- 2 à 4% des localisations arthrosiques
- Douleur du sillon delto-pectoral
- mobilisation passive: limitation, surtout la RE et douleur
- Distinguer omarthrose centrée et omarthrose excentrée secondaire à une rupture de coiffe



Omarthrose centrée

- Arthrose primitive : associée à des FDR

- ✓ Age
- ✓ Sexe féminin (post-ménopause)
- ✓ Antécédents familiaux (arthrose digitale ++)
- ✓ Obésité et le syndrome métabolique
- ✓ Traumatismes articulaires

- Arthrose secondaire : maladie articulaire sous-jacente

- ✓ Arthropathie microcristalline (goutte, chondrocalcinose)
- ✓ Ostéonécrose aseptique
- ✓ Rhumatisme inflammatoire chronique
- ✓ Génétique (chondrodysplasies)
- ✓ Post-fracturaire

Traitement : antalgique, AINS si possible, Kinésithérapie: entretien des AA, renforcement musculaire, Infiltration de CT ou d'AH.

Si échec: chirurgie

Cas Clinique Henri S

- Henri S. 50 ans. Sportif, parapente. Douleur de l'épaule droite. Mécanique, pas de douleur la nuit sauf si couché de dessus.
- Douleur particulièrement si “ va chercher qq chose à l'arrière”
- Examen clinique : douleur lors des manœuvres de Hawkins et Jobe. Douleur supérieure
- Radio épaule droite normale

Cas Clinique Henri S

- Douleur de l'acromio-claviculaire
- Cause la plus fréquente : arthrose
- Traitement : AINS locaux, AINS cure courte, infiltration locale
- Adaptation des gestes sportifs

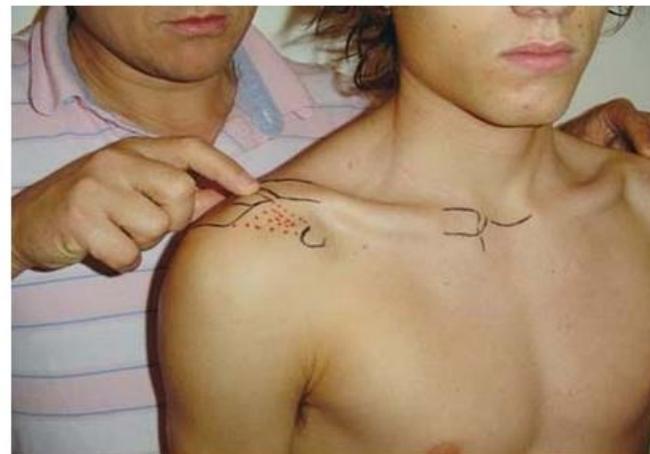
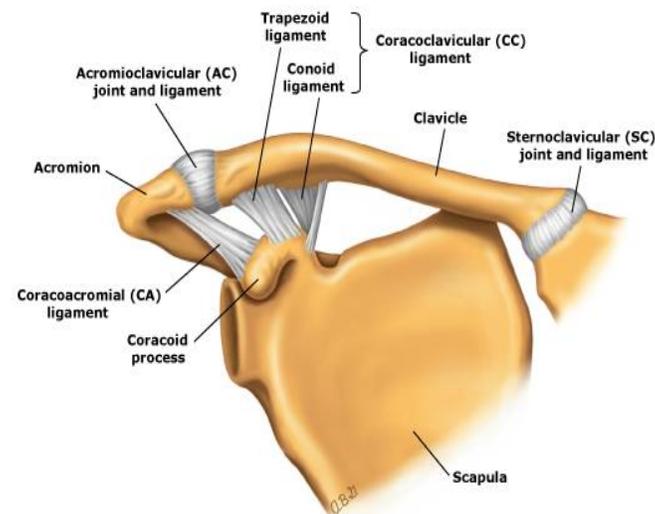


Figure 8 – Principes de palpation de l'épaule. De façon bilatérale et comparative, l'examineur palpe les reliefs osseux et les éléments susceptibles de participer au conflit.



Merci pour votre attention