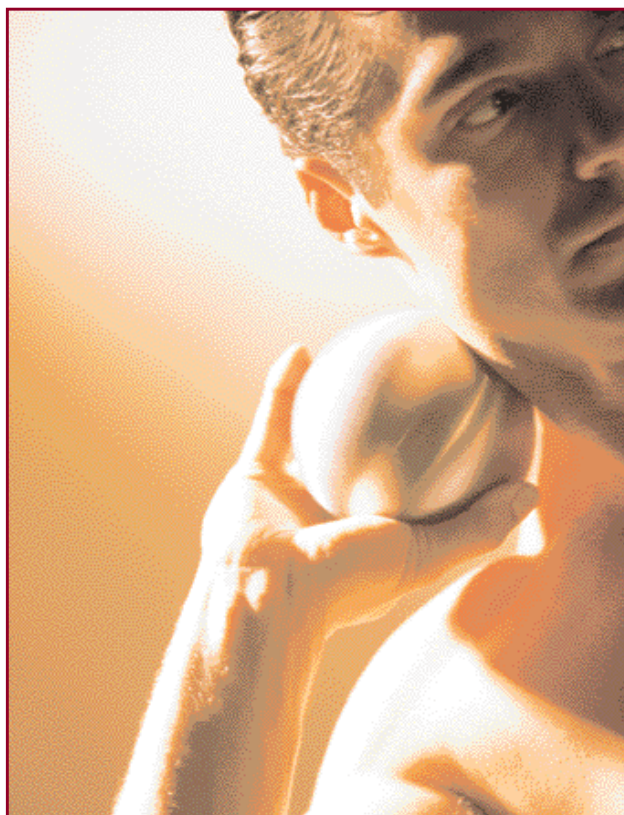


Les maladies courantes de l'épaule



Faux mouvement, fracture ou arthrose il s'agit d'avoir déjà eu mal à l'épaule pour comprendre jusqu'à quel point on l'utilise tous les jours. Dans le présent article, l'auteur présente des indices cliniques qui permettent de reconnaître certaines maladies courantes de l'épaule, des évaluations paracliniques à faire et des traitements appropriés à chaque état.

Par Éric Renaud, M.D., M.Sc., FRCSC

Les maladies de l'épaule sont très fréquentes. Après l'atteinte du rachis, les maladies de la coiffe des rotateurs sont la deuxième plus importante cause d'invalidité musculosquelettique chez les travailleurs. Les maladies de l'épaule touchent tous les

groupes d'âge et peuvent être très incapacitantes. La capacité de bouger l'épaule dans toutes les directions exige une adaptation anatomique particulière. En effet, afin d'atteindre une amplitude de mouvement aussi importante, l'articulation gléno-humérale est toujours à la limite de l'instabilité. L'équilibre précaire entre le mouvement et la stabilité peut être perturbé par l'une ou l'autre des composantes de l'épaule. La fracture, la tendinopathie, l'instabilité et l'arthrose sont tous des facteurs qui influenceront la dynamique gléno-humérale. Il s'agit d'avoir mal à l'épaule pour comprendre jusqu'à quel point on l'utilise tous les jours. Le but de cet article est de permettre au médecin de mieux diagnostiquer les maladies courantes de l'épaule en



Dr Renaud est professeur adjoint de clinique, Université de Montréal, et orthopédiste, Hôpital du Sacré-Cœur, Montréal. Il s'intéresse particulièrement aux maladies de l'épaule.

Les maladies courantes de l'épaule

présentant des cas types, des indices cliniques et des évaluations paracliniques, afin d'établir un plan de traitement approprié à chaque état.

La sémiologie

L'interrogatoire aide souvent à poser un diagnostic. Le type de douleur, son siège et sa limitation sont tous des indices importants. En général, la douleur des tendinopathies est progressive, postérieure ou

latérale à l'épaule et est augmentée par des mouvements qui vont au-delà de l'horizontal. Pour la capsulite, la douleur est plus intense et elle est accompagnée d'une limitation importante du mouvement. Les douleurs de l'épaule ne devraient pas irradier au-delà de la région du coude. De plus, elles ne devraient pas engendrer de paresthésie à la main. Si tel est le cas, le médecin devrait soupçonner une maladie d'origine cervicale. Cliniquement,

En bref :

Les maladies courantes de l'épaule

Quels sont les indices importants qui permettent de déceler une maladie de l'épaule?

L'interrogatoire aide souvent à poser un diagnostic. Le type de douleur, son siège et sa limitation sont tous des indices importants. En général, la douleur des ténopathies est progressive, postérieure ou latérale à l'épaule et augmente par des mouvements qui vont au-delà de l'horizontal. Pour la capsulite, la douleur est plus intense et elle est accompagnée d'une limitation importante du mouvement. Les douleurs de l'épaule ne devraient pas irradier au-delà de la région du coude. De plus, elles ne devraient pas engendrer de paresthésie à la main. Si tel est le cas, le médecin devrait soupçonner une maladie d'origine cervicale

Quels sont les tests spécifiques?

Cliniquement, plusieurs tests spécifiques ont été décrits. Pour la coiffe des rotateurs de l'épaule, le signe de Neer et les tests de Hawkins et Jobe sont utilisés. Ces tests sont positifs s'ils engendrent de la douleur à la partie latérale ou postérieure de l'épaule. Le signe de Neer est une flexion passive, antérieure, effectuée par l'examineur. Le test de Hawkins est également un test passif où on effectue une rotation interne, le coude et l'épaule fléchissent à 90 degrés. Finalement, le test de Jobe est un test actif contre une résistance où le membre supérieur est positionné à 90 degrés de flexion de l'épaule, à 30 degrés d'abduction et en pronation. La longue portion du biceps est évaluée par les tests de Speed et de l'épreuve de Yergason. Ces derniers sont effectués contre une résistance et provoquent une douleur plutôt antérieure. Le test de Speed est effectué à 90 degrés de flexion et à 30 degrés d'abduction, comme le test de Jobe, mais on positionne le membre en supination plutôt qu'en pronation. Pour l'épreuve de Yergason, on place le membre supérieur le long du corps, le coude fléchi à 90 degrés et on demande au patient d'effectuer une supination-rotation externe contre une résistance. Encore une fois, la douleur devrait être décrite dans la partie antérieure de l'épaule. Une maladie acromio-claviculaire peut être soupçonnée si une douleur est ressentie à la partie supérieure de l'épaule de même qu'à la palpation de l'articulation. Sa mise en tension par l'adduction provoque également de la douleur à l'articulation.



Les maladies courantes de l'épaule

Tableau 1

Les maladies de l'épaule et les signes cliniques

Signes cliniques	Tendinite de la coiffe des rotateurs	Tendinite LPB	Arthrose A-C	Arthrose G-H	Capsulite	Instabilité
Neer	+	-	-	-	+	+/-
Hawkins	+	-	-	-	+	+/-
Jobe	+	-	-	-	+	+/-
Speed	-	+	-	-	+	-
Yergason	-	+	-	-	+	-
ROM actif	↓	N ou ↓	N	↓	↓	N
ROM passif	N	N	N	↓	↓	N
Tiroir	-	-	-	-	-	↑
Fulcrum	-	-	-	-	-	+
Relocalisation	-	-	-	-	-	+
Sulcus	-	-	-	-	-	+/-
Appréhension	-	-	-	-	-	+
Adduction	-	-	+	-	-	-

A-C : acromio-claviculaire; G-H : gléno-humérale; N : normal; ROM : *range of motion* (amplitude des mouvements); LPB : longue portion du biceps.

plusieurs tests spécifiques ont été décrits. Nous vous référons à l'ouvrage de Magee pour le détail de ces tests.¹

Pour la coiffe des rotateurs de l'épaule, le signe de Neer et les tests de Hawkins et Jobe sont utilisés. Ces tests sont positifs s'ils engendrent de la douleur à la partie latérale ou postérieure de l'épaule. Le signe de Neer est une flexion passive et antérieure, effectuée par l'examineur. Le test de Hawkins est également un test passif où on effectue une rotation interne, le coude et l'épaule fléchissent à 90 degrés. Finalement, le test de Jobe est un test

actif contre une résistance où le membre supérieur est positionné à 90 degrés de flexion de l'épaule, à 30 degrés d'abduction et en pronation. La longue portion du biceps est évaluée par les tests de Speed et l'épreuve de Yergason. Ces derniers sont effectués contre une résistance et provoquent une douleur plutôt antérieure. Le test de Speed est effectué à 90 degrés de flexion et à 30 degrés d'abduction, comme le test de Jobe, mais on positionne le membre en supination plutôt qu'en pronation. Pour l'épreuve de Yergason, on place le membre supérieur le long du corps, le coude fléchi à

Les maladies courantes de l'épaule

Tableau 2

Les imageries de l'épaule en fonction des maladies

Maladies de l'épaule	Radiographie	Échographie	Arthrographie simple	Arthrographie	RMN	ARMN
Tendinite de la coiffe des rotateurs	+	+	+/-	-	+/-	-
Tendinite bicipitale	+	+	-	-	+/-	-
Arthrose A-C	+	-	-	-	-	-
Arthrose G-H	+	-	+	+/-	-	-
Capsulite	+	-	+	-	-	-
Instabilité	+	-	-	+	-	N
SLAP	+	-	-	-	-	+
Coût	8 \$	120 \$	30 \$	250 \$	525 \$	550 \$

RMN : résonance magnétique nucléaire; ARMN : arthro-résonance magnétique nucléaire; A-C : acromio-claviculaire; G-H : gléno-humérale. SLAP : complexe bicipito-labral.

90 degrés et on demande au patient d'effectuer une supination-rotation externe contre une résistance. Encore une fois, la douleur devrait être décrite dans la partie antérieure de l'épaule. Une maladie acromio-claviculaire peut être soupçonnée si une douleur est ressentie à la partie supérieure de l'épaule de même qu'à la palpation de l'articulation. Sa mise en tension par adduction provoque également de la douleur à l'articulation.

L'instabilité est souvent décrite par les patients par le fait que l'épaule n'est pas à sa place, bouge anormalement ou « débarque ». Cliniquement, on peut noter un sulcus, une dépression à la face latérale de l'acromion lorsqu'on effectue une traction inférieure sur les membres supérieurs et une appréhension, ainsi qu'une sensation d'instabilité lorsqu'on positionne l'épaule à 90 degrés d'abduction et qu'on effectue la rotation externe. Le test du

tiroir est effectué couché, un peu à la manière du lachman du genou où on évalue la translation gléno-humérale. Les tests du fulcrum et de relocalisation sont également effectués chez un patient dont l'épaule est instable et provoquent, non pas de la douleur, mais bien de l'appréhension. Finalement, une limitation du mouvement, tant activement que passivement, est habituellement le signe d'un blocage mécanique plus souvent secondaire à une arthrose gléno-humérale ou à une capsulite. Après un interrogatoire et un examen minutieux, on devrait déjà avoir une bonne idée du ou des diagnostics (tableau 1).

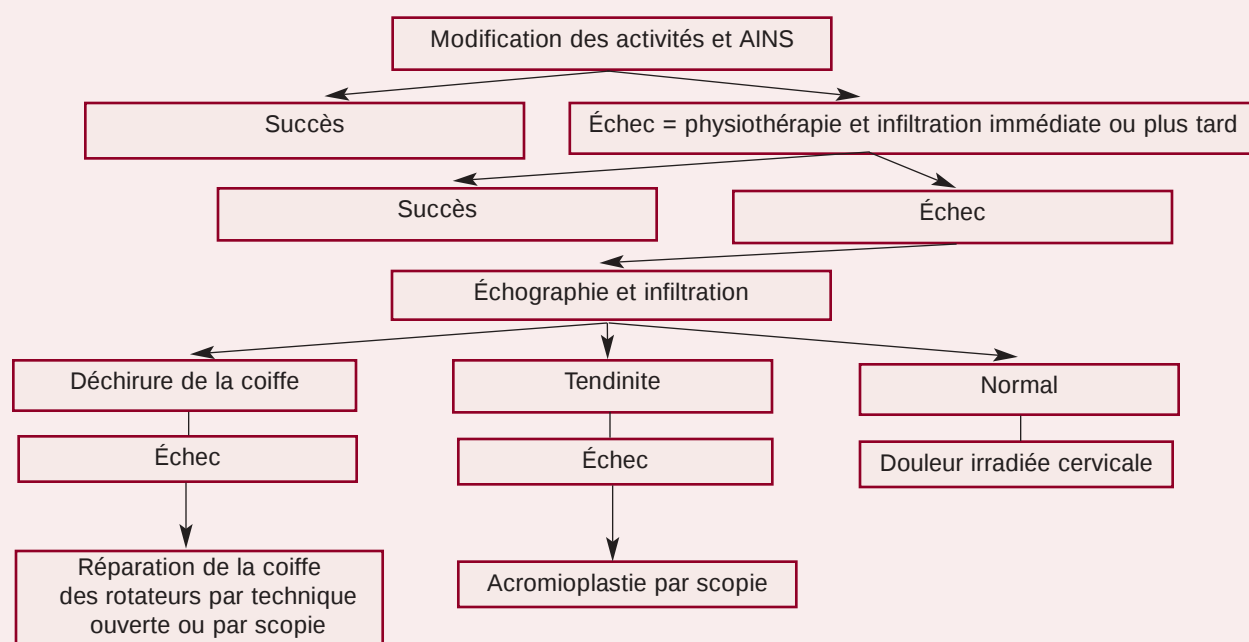
La radiologie

Les radiographies simples sont toujours utiles afin d'éliminer une atteinte osseuse (arthrose, mal union) ou périarticulaire (calcification). Elles sont

Les maladies courantes de l'épaule

Tableau 3

La tendinite et la déchirure de la coiffe des rotateurs



AINS : anti-inflammatoires non stéroïdiens.

peu coûteuses (environ 8 \$) et 3 clichés peuvent être facilement obtenus, soit une vue antéro-postérieure, oblique et latérale (vue de Neer).

L'échographie. Si on soupçonne une tendinopathie et que le traitement initial améliore partiellement ou temporairement l'état du patient, une échographie est justifiée. Cet examen démontre non seulement la qualité de la coiffe des rotateurs, mais aussi la dynamique sous-acromiale. Pour environ 120 \$, cet examen, nous renseigne souvent plus que la résonance magnétique sur la coiffe des rotateurs. Cependant, le résultat et la qualité de l'examen varient selon l'expérience du radiologiste. Malgré sa haute résolution, la réso-

nance magnétique nucléaire demeure un examen statique.

L'arthrographie n'est plus l'examen de choix dans l'évaluation de la coiffe des rotateurs. Néanmoins, il faut connaître son environnement de travail et adapter l'évaluation en fonction des ressources disponibles. Mieux vaut une bonne arthrographie qu'une mauvaise échographie. Néanmoins, la résonance magnétique peut être utile chez les patients qui souffrent de tendinopathies afin d'évaluer la dégénérescence musculaire. La présence de dégénérescence graisseuse du muscle est un facteur pronostic important qui permet de décider quel type de chirurgie effectuer. Il va sans

Les maladies courantes de l'épaule

Tableau 4

Notre protocole concernant les infiltrations

Chlorhydrate de bupivacaïne	0,25 % 2 cc
Chlorhydrate de lidocaïne	0,1 % (sans épinéphrine) 2 cc
Bétaméthasone	1 cc
Aiguille 25	1,5 po

cc : centimètre cube; po : pouce.

dire que le coût d'une résonance magnétique est supérieur à celui de l'échographie. Évaluer l'instabilité à l'aide de l'imagerie ne fait pas l'unanimité. Certains préconisent seulement les radiographies simples, d'autres ajoutent l'arthro-tomodensitométrie pour l'évaluation du labrum. Nous préférons l'arthro-tomodensitométrie afin d'évaluer le labrum antérieur dans les cas d'instabilité simple. Lorsque nous soupçonnons une lésion du complexe bicipito-labral (SLAP pour *Superior Labral Antero Postero lesion*), l'arthro-résonance est l'examen de choix, car il est le plus sensible pour détecter cette maladie (tableau 2).

Les cas cliniques

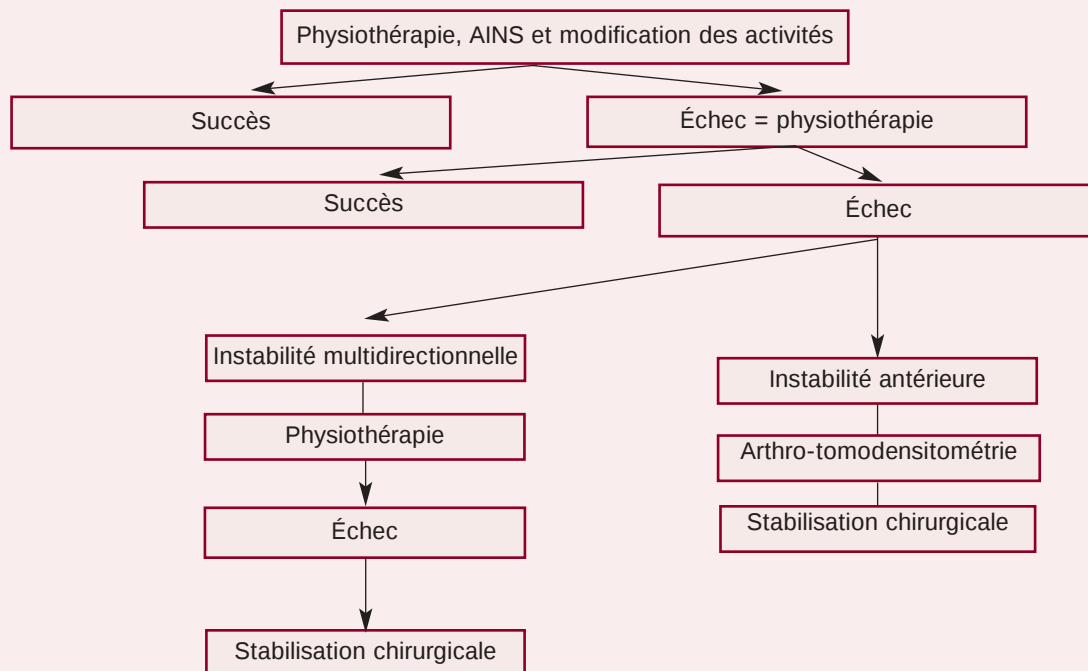
La tendinopathie. Un homme âgé de 45 ans vous consulte pour une douleur à l'épaule droite. Il est droitier et a peint son chalet pendant 3 à 4 jours. Les résultats aux tests de Neer, d'Hawkins et de Jobe sont positifs. Le test de Speed et l'épreuve de Yergason sont négatifs. Aucune douleur acromioclaviculaire n'est notée à la palpation. La force est diminuée de façon antalgique, mais aucune atrophie n'est notée. Vous avez diagnostiqué une tendi-

nite. N'oubliez jamais que les maladies les plus fréquentes sont fréquentes. Initialement, la modification de ses activités, la prise d'anti-inflammatoires et la rééducation sous forme de physiothérapie sont indiqués. Si le patient ne réagit pas à ces modalités, une infiltration sous-acromiale jumelée à une rééducation peut être indiquée. En utilisant cette démarche, 80 % à 85 % de vos patients guériront. Pour les 15 % à 20 % restants, une deuxième infiltration ou une évaluation dynamique sous forme d'échographie peuvent être indiquées. Si l'échographie confirme une tendinopathie sans déchirure, on peut traiter cette maladie de façon symptomatique avec de trois à six mois de physiothérapie, deux à trois infiltrations et de l'ergothérapie. Après ce délai, si les symptômes persistent, on considère la chirurgie, soit une acromioplastie par arthroscopie. Si l'échographie démontre une déchirure de la coiffe des rotateurs, on peut tout de même continuer le traitement symptomatique selon l'importance de la déchirure, l'âge ou les maladies associées. Sinon, une chirurgie ouverte ou par scopie offre 80 % de chance de bons et d'excellents résultats. On doit s'attendre à une rééducation de l'ordre de trois à six mois post-chirurgie, et souvent on maintient des limitations fonctionnelles à titre préventif après la chirurgie afin de protéger la réparation. Les tendinites bicipitales sont rarement isolées. Cliniquement, on note des tests de Speed et des épreuves de Yergason positifs. Les tendinites bicipitales peuvent être traitées avec des anti-inflammatoires et de la physiothérapie. S'il n'y a pas de réaction à ces modalités, procéder à une infiltration dans la gaine bicipitale, sous contrôle radiologique ou échographique (tableaux 3 et 4).

Les maladies courantes de l'épaule

Tableau 5

L'instabilité de l'épaule



AINS : anti-inflammatoires non stéroïdiens.

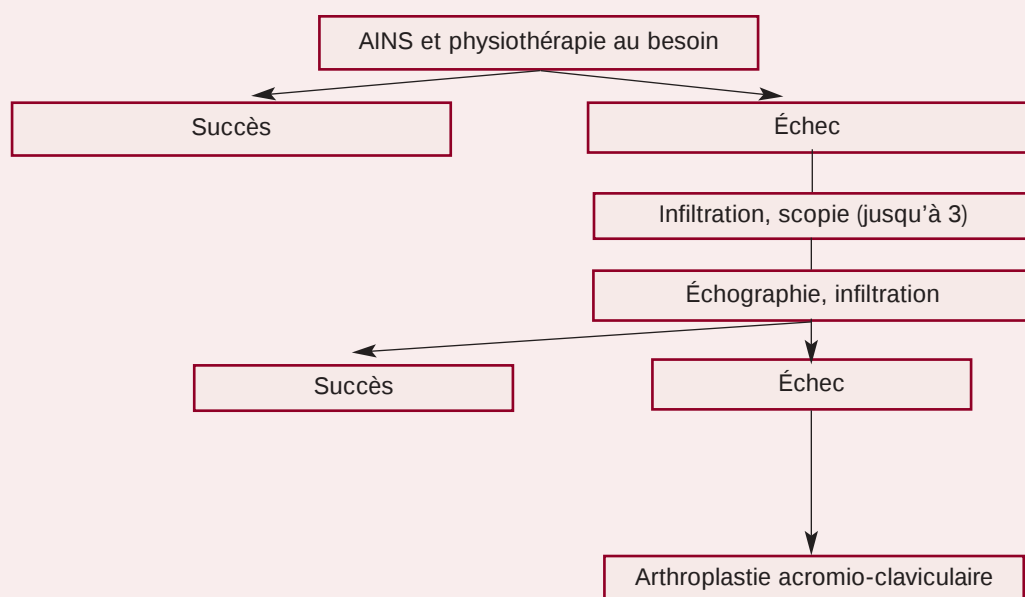
L'instabilité. Un homme âgé de 20 ans qui a souffert d'une première luxation gléno-humérale il y a environ 2 ans, réduite à l'urgence, vous consulte. Depuis, trois épisodes de subluxation, réduites spontanément, sont survenus. Évidemment, à l'interrogatoire seulement on peut poser le diagnostic de luxation récidivante ou d'instabilité de l'épaule. Cliniquement, le patient peut présenter des signes de tendinopathie secondaires à l'instabilité. La physiothérapie offre 10 % à 15 % de succès seulement chez les patients présentant ce type d'instabilité, contrairement à 85 % chez une personne qui souffre d'instabilité

multidirectionnelle, atraumatique, bilatérale et qui présente de l'hyperlaxité. Pour les cas d'instabilité antérieure, la correction chirurgicale est très efficace dans 94 % à 96 % des cas, contrairement à 80 % à 85 % pour ce qui est de l'instabilité multidirectionnelle. L'immobilisation post-luxation n'influence pas l'incidence de la récurrence. L'âge de la première luxation est le facteur le plus important quant aux complications, soit la récurrence chez les personnes âgées de moins de 20 ans ou les déchirures de la coiffe des rotateurs chez les personnes âgées de plus de 40 ans (tableau 5).

Les maladies courantes de l'épaule

Tableau 6

L'arthrose acromio-claviculaire



L'arthrose acromio-claviculaire. Un homme âgé de 38 ans, sportif et qui souffre d'une douleur à la partie supérieure de l'épaule vous consulte. Les tests de Neer, de Hawkins, de Jobe, de Speed, et l'épreuve de Yergason sont négatifs. La palpation et l'adduction entraînent une douleur supérieure. À la suite de l'examen et de l'interrogatoire, une maladie acromio-claviculaire devrait être soupçonnée. La radiographie simple peut nous orienter. La prise d'anti-inflammatoires et la modification des activités sont indiqués initialement. Une infiltration serait aussi indiquée si les premières modalités se sont avérées un échec. La physiothérapie, dans notre expérience, est peu efficace pour traiter cet état. Des infiltrations en scopie sont préférables, car malgré le fait que l'ar-

ticulation soit sous-cutanée, elle est souvent difficile à infiltrer. On peut se permettre jusqu'à trois infiltrations au niveau acromio-claviculaire. Si celles-ci entraînent toujours une amélioration temporaire sans résolution, une arthroplastie chirurgicale offre de bons résultats cliniques (tableau 6).

L'arthrose gléno-humérale et la capsulite. Une femme âgée de 50 ans qui souffre d'ankylose douloureuse progressive à l'épaule droite vous consulte. La douleur l'éveille la nuit et est diffuse avec limitation fonctionnelle du mouvement. L'examen démontre une diminution active et passive du mouvement. Tous les tests sont positifs.

Vu la limitation passive du mouvement, il s'agit d'un blocage mécanique. On pense alors à

Les maladies courantes de l'épaule

une arthrose gléno-humérale ou à une capsulite, ou moins fréquemment, à une malformation osseuse, à un mal union ou à une souris articulaire. La radiographie devrait départager les deux premiers diagnostics. Si une arthrose gléno-humérale est présente, une infiltration intra-articulaire peut temporairement améliorer l'état du patient, surtout chez les jeunes, chez qui l'on veut retarder le plus possible la chirurgie. Sinon, une prothèse de l'épaule améliore la fonction, et surtout, soulage la douleur. S'il s'agit d'une capsulite, aucun traitement n'a été reconnu comme étant supérieur aux autres. L'arthrographie distensive, à raison de deux à trois injections à un

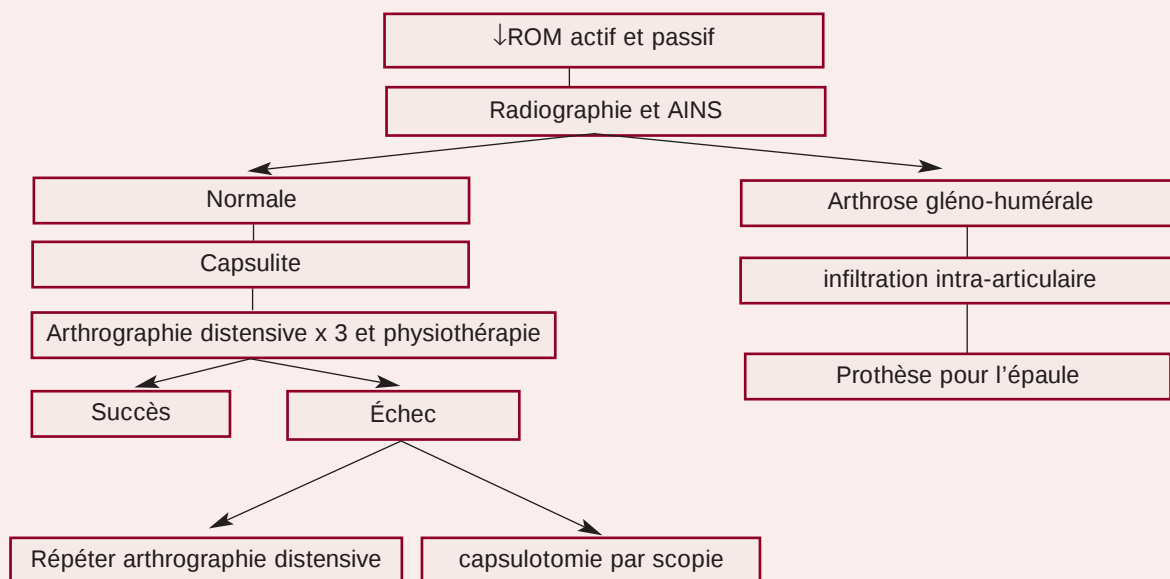
mois d'intervalle, améliore beaucoup les symptômes douloureux et, de façon moindre, la fonction. La physiothérapie exacerbe initialement la douleur. Il est préférable d'attendre après la première arthrographie distensive ou une lorsque l'inflammation est mieux maîtrisée avant de commencer la rééducation. L'évolution est longue : il faut donc s'armer de patience, surtout chez les diabétiques dont la maladie est souvent plus grave et difficile à traiter. Théoriquement, une capsulite évolue vers la résolution sur une période de 18 à 36 mois. Seule une minorité de patients garde des séquelles douloureuses et/ou des séquelles de mouvements. Après l'échec de ces



Les maladies courantes de l'épaule

Tableau 7

L'arthrose gléno-humérale et la capsulite



ROM : *range of motion* (amplitude des mouvements); AINS : anti-inflammatoires non stéroïdiens.

modalités, une capsulotomie par arthroscopie est envisagée, mais les résultats sont partagés (tableau 7).

En somme, les maladies de l'épaule sont variées, elles ne sont pas mutuellement exclusives et elles peuvent s'ajouter à un tableau clinique de douleurs cervicales. L'interrogatoire, l'examen objectif et l'examen para-clinique devraient nous orienter vers un diagnostic précis et un traitement approprié. Dans les cas où les symptômes sont diffus, donc à départager d'une maladie cervicale, n'hésitez pas à utiliser le test de Neer, soit une infiltration de chlorhydrate de lidocaïne en sous-acromiale. Si celle-ci améliore les symptômes, vous pouvez poser un diagnostic de tendinopathie de la coiffe des

rotateurs. Sinon, la douleur provient soit de l'articulation, soit de la colonne cervicale. Chez les personnes âgées de plus de 40 ans, la tendinopathie est la maladie de l'épaule la plus fréquente. Chez les personnes âgées de moins de 30 ans, recherchez systématiquement l'instabilité de l'épaule. *Clin*

Référence

1. Magee, DJ : *Orthopaedic Physical Assessment*. Deuxième édition. Sanders, Philadelphie, 1992, 655 p.

Lectures suggérées

1. Renaud, E : *Coût bénéfice de l'imagerie de l'épaule*. Les presses de l'Université de Montréal, Montréal, 1993, 20 p.
2. Rockwood, CA : *The Shoulder*. Deuxième édition. Sanders, Philadelphie, 1998, 1342 p.