

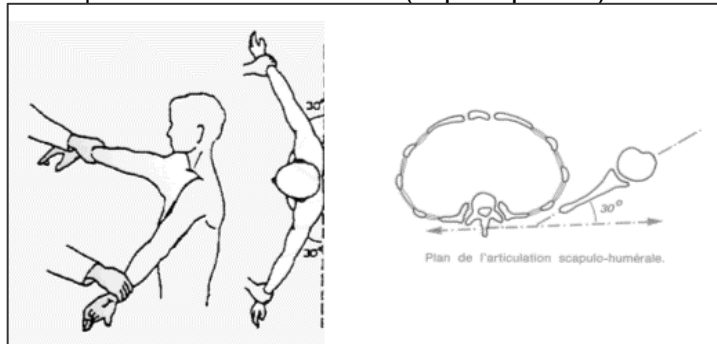
Epaule (tenosynovite) - Examen clinique de l'épaule

Dictionnaire des résultats de consultation – SFMG - CIM 10-M75

Critères

++++ DOULEUR DE L'ÉPAULE MAJORÉE PAR LES MOUVEMENTS

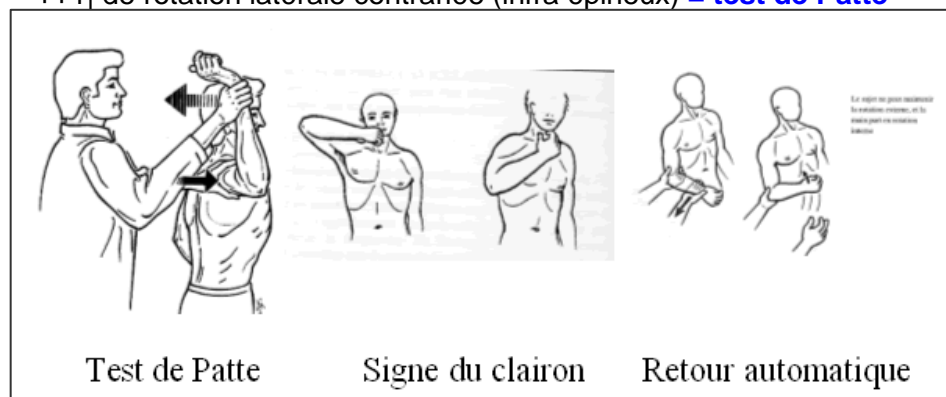
++1| d'abduction contrariée (supra épineux) = **test de Job** – sensibilité : 77-95% - spécificité: 68%



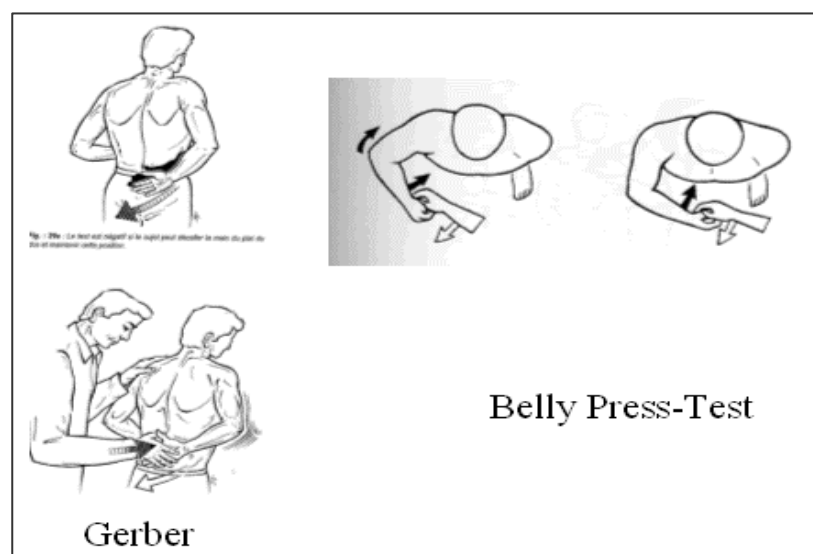
++1| d'élévation contrariée main en supination (long biceps)

= **Palm-up test** - ATTENTION – TEST NON SPECIFIQUE

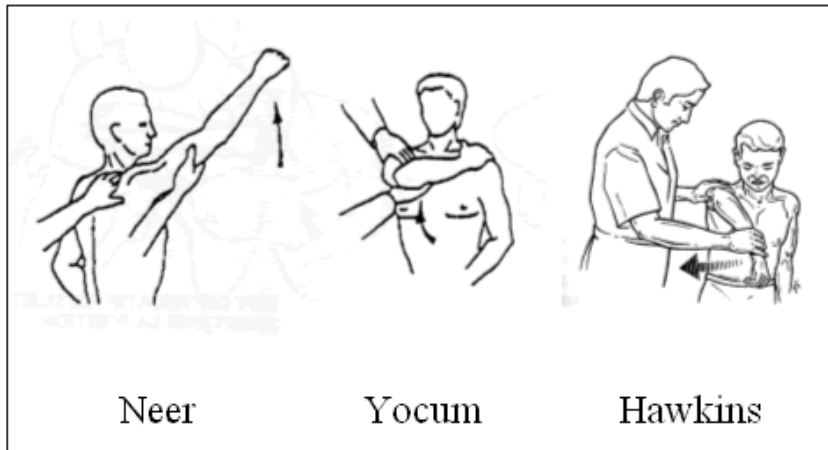
++1| de rotation latérale contrariée (infra épineux) = **test de Patte**



++1| de rotation médiane contrariée (sous scapulaire et/ou du petit rond) **Gerber** = **lift-off test**



++1| autre (à préciser en commentaire)



Tests de conflit sous acromial = NEER – YOCUM - HAWKINS

- + - hyperalgique
- + - favorisée par des gestes répétitifs
- + - douleur nocturne
- + - douleur à la pression de la tête humérale
- + - imagerie pouvant également montrer des calcifications
- + - autre image radiologique (ascension de la tête humérale, acromion agressif etc.)
- + - notion de traumatisme antérieur

- + - récursive

asymptomatique

Examen clinique de l'épaule :

<http://www.sante.ujf-grenoble.fr/sante/corpus/disciplines/ortho/ortho/306b/lecon306b.htm#>

http://www.fmoq.org/fr/training/toolbox/default.aspx#_paule

ARRET DE TRAVAIL : 7 jours en cas de douleur avec activité manuelle modérée ; puis selon l'activité :

ODG Return-To-Work Pathways

Medical treatment (impingement, no tear), manual overhead work: 28 days

Medical treatment, regular work if cause of disability: 42 days

Medical treatment, heavy manual work: 42 days

Epaule (tenosynovite) - Examens radiologiques de l'épaule

Guide d'imagerie médicale – SFR – SFBMN – DGSNR - ANAES 2005 -

Epaule douloureuse 12 D	RS	Non indiqué en première intention [C]	Les clichés simples peuvent orienter vers une pathologie articulaire ou abarticulaire. Les examens spécialisés seront envisagés en fonction du tableau clinique, de l'âge du patient, des clichés simples et de l'évolution sous traitement médical.
Epaule douloureuse (Conflits de l'épaule) 13 D	RS	Indiqué seulement dans des cas particuliers [B]	Les clichés simples, surtout en préopératoire, permettent de mettre en évidence les facteurs osseux du conflit.
	Échographie	Examen spécialisé [B]	L'échographie peut apporter une aide au diagnostic clinique.
	IRM	Examen spécialisé [B]	L'IRM, a un intérêt à la fois dans la mise en évidence des remaniements inflammatoires de la bourse séreuse sous-acromio-deltoidienne, et d'éventuelles anomalies associées expliquant le conflit.
Epaule instable 14 D	RS	Indiqué [B]	Les incidences adaptées recherchent des lésions osseuses séquellaires d'une luxation et une éventuelle dysplasie glénoïdienne.
	Arthro-TDM ou Arthro-IRM	Examen spécialisé [B]	L'injection intra-articulaire de produit de contraste permet un bilan préopératoire du labrum et des lésions capsulo-ligamentaires.
	RS	Indiqué [B]	Peut suffire à affirmer le diagnostic en cas de rupture étendue.
Rupture de la coiffe des rotateurs 15 D	Échographie	Examen spécialisé [B]	L'échographie est performante pour le diagnostic des ruptures transfixiantes de la coiffe des rotateurs.
	Arthro-TDM ou IRM ou Arthro-IRM	Examen spécialisé [B]	Ces techniques font le bilan préopératoire des déchirures tendineuses et de la trophicité musculaire.
	RS	Indiqué [B]	

Recommandation pour l'imagerie diagnostique – Une approche par l'EBM – National Guideline Clearinghouse - Université Québec - trois rivières - 2008

<p>1. Rotator cuff disorders (tendinopathy)</p> <p>MC cause of shoulder pain</p> <p>Classified according to its clinical progression:</p> <p>I. Acute inflammation (tendinitis/bursitis)</p> <p>II. Degeneration/chronic inflammation (tendinitis)</p> <p>III. Rupture and arthritis</p> <p>A. Impingement: Night pain, upper arm pain and tenderness, cuff weakness, atrophy, painful arc, painful crepitation</p> <p>High-sensitivity tests (0.8): Neer, Hawkins, horizontal adduction, Jobe, impingement sign and painful arc</p> <p>High-specificity tests (0.8): drop arm test, yergason, speed, passive external rotation</p> <p>B. Rotator cuff tear: Traumatic in young people and atraumatic in elderly; there is strong evidence that clinical tests are able to rule-out full tears but have questionable value for partial tears: 3 positive tests or 2 if >60 years of age (YOA) is predictive of a tear: supraspinatus weakness, external rotation weakness, Hawkins</p>	<p>Radiographs not initially indicated (D)</p> <p>Early radiograph if soft tissue calcification is expected</p> <p>If radiographs are indicated (D)</p> <p>AP internal rotation, AP external rotation, axillary view</p> <p>Additional view: Neer's view (y-scapula) or Acromio-clavicular joint (A-C) joint views</p> <p>Special investigations (C)</p> <p>MRI is gold standard.</p> <p>A. Impingement is a dynamic process which may be assessed by US</p> <p>B. Rotator cuff full and partial thickness tear: MRI, Ultrasound (US), Magnetic resonance arthrography (MRA) improves diagnostic accuracy</p> <p>C. Calcifying bursitis within cuff tendons: MRI</p>
<p>2. Adhesive capsulitis (frozen shoulder)</p> <ul style="list-style-type: none"> Onset typically between the ages of 40-65 years (y) Progressive deep joint pain and stiffness of spontaneous onset and restricted activities >50% loss of passive abduction and external rotation, usually loss of all ROM, pain at end range, no local tenderness 	<p>Radiographs not routinely indicated (D)</p> <p>Special investigations (D)</p> <ul style="list-style-type: none"> MRI with direct or indirect arthrogram Distended arthrogram

BILAN RADIOLOGIQUE DE PREMIERE INTENTION :

Réalisation en cas de symptômes persistants plus de 4 semaines (grade B)

Réalisation précoces en cas de symptômes atypiques, de traumatisme initialement sévère, d'aggravation des symptômes malgré le repos et le traitement médical. En cas de doute sur une arthrite septique, l'examen à réaliser est une IRM (grade D)

3 clichés en radiographies simples : (grade C)

1/ antéro-postérieur en rotation interne

2/ antéro-postérieur en rotation externe

3/ profil de coiffe

- ⇒ évaluation de l'espace sous acromial (normalement > 7mm)
- ⇒ recherche de calcifications ab-articulaires
- ⇒ recherches d'anomalies ostéo-articulaires sous-jacentes

BILAN RADIOLOGIQUE DE SECONDE INTENTION :

Il ne se justifie dans la stratégie décisionnelle que dans les situations où une prise en charge chirurgicale est envisagée :

- ⇒ échec du traitement médical bien conduit
- ⇒ sujet de moins de 50 ans avec forte suspicion de rupture initiale
- ⇒ rupture traumatique quel que soit l'âge

Echographie, TDM simple ou arthrographie n'ont pas les performances nécessaires à l'évaluation complète pré-chirurgicale (grade C)

L'IRM constitue le « gold standard » (grade C) - L'arthro-scanner peut être proposé en fonction des disponibilités locales

Epaule (tenosynovite) – Traitement médical et prise en charge chirurgicale

1/ TENDINOPATHIE NON ROMPUE – NON CALCIFIANTE

A/ Traitement médicamenteux :

- ⇒ Antalgiques (paracétamol ; codéine) – grade B
- ⇒ AINS (diclofénac, ibuprofène, kétoprofène) – grade B
- ⇒ Infiltration sous acromiale de corticostéroïde – grade B (HAS) – pas de différence vs AINS per os (Cochrane)

B/ Kinésithérapie :

- ⇒ physiothérapie avec exercices d'entretien et de récupération des amplitudes articulaires (grade B) – HAS-Cochrane
- ⇒ utilisation et développement du capital musculaire compensateur (grade B) – HAS-Cochrane
- ⇒ pas d'intérêt démontré des techniques d'appoint (ultrason ; laser ; champ magnétique pulsé) – Cochrane
- ⇒ Pas d'indication retrouvé dans la littérature consultée sur les modalités de réalisation ou la chronologie d'intervention

C/ Chirurgie non réparatrice :

- ⇒ pas d'indication chez le sujet jeune ou sportif (grade C)
- ⇒ discussion de débridement - acromioplastie en derniers recours chez le sujet « d'âge mûr » dans les situations non contrôlées par le traitement médical bien conduit – Aucun niveau de preuve pour cette recommandation (HAS – NGC - Cochrane)

2/ TENDINOPATHIE NON ROMPUE – CALCIFIANTE

A/ Traitement médicamenteux :

- ⇒ AINS (diclofénac, ibuprofène, kétoprofène) – grade B
- ⇒ Infiltration sous acromiale écho-guidée de corticostéroïde – grade C (HAS) – Non retrouvée dans revue Cochrane ni dans la recommandation NGC

B/ Kinésithérapie :

- ⇒ intérêt démontré des techniques ultrasoniques d'appoint (grade B) – HAS
- ⇒ intérêt démontré des ondes de choc externe (grade B) – HAS – NICE - ACMTS
- ⇒ Pas d'indication retrouvé dans la littérature consultée sur les modalités de réalisation ou la chronologie d'intervention

C/ Chirurgie non réparatrice : réservée aux formes rebelles

- ⇒ ponction – lavage – aspiration en cas de calcifications volumineuses radiographiquement homogène (grade C)
- ⇒ Débridement – régularisation tendineuse +/- acromioplastie sous arthroscopie en ultime recours (accord – HAS 2005) – Pas d'accord sur la chirurgie ouverte (HAS 2008)

2/ TENDINOPATHIE ROMPUE

A/ Traitement médicamenteux et kinésithérapie:

- Il ne diffère pas des autres tendinopathies (grade C)
- Il peut être retenu en première intention (grade C)
- ⇒ Antalgiques
- ⇒ AINS (diclofénac, ibuprofène, kétoprofène)
- ⇒ Infiltration de corticostéroïde
- ⇒ intérêt démontré des techniques ultrasoniques d'appoint (grade B) en cas de calcifications
- ⇒ intérêt démontré des ondes de choc externes (grade B) en cas de calcifications

C/ Chirurgie réparatrice ou non réparatrice :

- réservée aux formes > 6 semaines (NGC) ou 6 mois (HAS) d'évolution – pas de niveau de preuve
- Le risque de dégénérescence musculaire graisseuse compromet le bénéfice chirurgical (grade C)

- Discussion des modalités selon le caractère partiel ou total de la rupture ; la présence d'arthrose
 - Pas d'accord sur le nombre et les dispositifs de réinsertion employés
 - Pas d'accord sur les techniques opératoires : arthroscopie ; chirurgie assistée par arthroscopie ou chirurgie dite « à ciel ouvert » sauf en cas de remplacement prothétique ou de chirurgie non réparatrice.
 - Très peu d'études sur les facteurs pronostiques d'une bonne réponse au traitement chirurgical
 - La rééducation doit être systématiquement proposée quelque soit le type de chirurgie (HAS 2008)
- ⇒ chirurgie non réparatrice ou débridement : acromioplastie, bursectomie, régularisation tendineuse, résection du ligament coraco-acromial, tenodèse du long biceps, gestes sur l'articulation acromio-claviculaire. **Préférence à l'arthroscopie** – résultats positifs dans plus de 50% des cas mesurés sur le score de Constant (grade D - accord HAS 2008).
- proposée en cas de rupture partielle
 - proposée en cas de rupture transfixiante dégénérative non accessible à la réparation : stade IRM de dégénérescence graisseuse de la coiffe > 2 et/ou non réductibilité articulaire per-opératoire sous tension.
- ⇒ chirurgie réparatrice
- **Suture simple** : remise en contact sans tension conditionnée par l'aspect sain du tendon. Proposée en cas de rupture partielle ou de rupture transfixiante accessible à la réparation c'est à dire un stade IRM de dégénérescence graisseuse de la coiffe < 2 et/ou une réductibilité articulaire per-opératoire complète sous tension. A priori pas d'indication en cas de rupture dégénérative. Pas d'accord sur les techniques opératoires à privilégier ni sur le nombre ou les dispositifs de réinsertion (vis, agrafes, ancrs, boutons) à utiliser.
 - **Avancements myo-tendineux** : avancement du corps musculaire vers la zone de rupture. Proposé lorsque la rétraction empêche la remise en contact sans tension. Etudes sur séries de cas de faibles effectifs et chirurgie réalisée « à ciel ouvert ». Pas de niveau de preuve défini.
 - **Lambeaux ou transposition musculo-tendineuse** : comblement d'une zone de rupture étendue par un lambeau deltoïde, grand dorsal ou pectoral. Proposée en cas de rupture étendue non réparable par suture ou avancement. Etudes sur séries de cas de faibles effectifs et chirurgie réalisée « à ciel ouvert ». Pas de niveau de preuve défini
- ⇒ chirurgie prothétique : proposée en cas de rupture transfixiante avec omarthrose excentrée.
- Prothèse humérale simple (cupule humérale mobile)
 - Prothèse totale inversée (cupule humérale concave et sphère glénoïdienne) en cas de rupture étendue ; les plus étudiées. Pas de données sur les facteurs pronostiques de bon résultats. Peu de données sur la longévité après 10 ans
- L'arthroplastie est à discuter en fonction de l'espérance de vie du patient et de ne doit pas être proposée trop tôt (HAS 2008)

Bibliographie :

- Surgery for rotator cuff disease. Cochrane database of systematic review 2008
- Prise en charge chirurgicale des tendinopathies rompues de la coiffe des rotateurs de l'épaule chez l'adulte. Recommandations HAS 2008.
- Modalités de prise en charge d'une épaule douloureuse chronique non instable chez l'adulte. Recommandation HAS 2005
- Shoulder (acute and chronic). Work loss data institute – National Guideline Clearinghouse 2008
- Guide du bon usage des examens d'imagerie médicale. Recommandations ANAES 2005
- Diagnostic imaging guideline for musculoskeletal complaints in adult – An evidence based approach – part 2 : upper extremity disorders. Université Québec-3 rivières – National Guideline Clearinghouse 2008
- Corticosteroid injections for shoulder pain. Cochrane database systematic review 2003
- Traitement à ondes de choc extracorporelles de la tendinite chronique de la coiffe des rotateurs. Notes sur les technologies de la santé en émergence. N°96- Agence canadienne des médicaments et technologies de santé 2007
- Extracorporeal shockwave lithotripsy for calcific tendonitis of the shoulder – NICE 2002
- Physiotherapy interventions for shoulder pain. Cochrane database systematic review 2003