

EPU-95 Montmorency

Formation Médicale Continue du Val d'Oise - Agrément provisoire DPC

ASSOCIATION AMICALE D'ENSEIGNEMENT POST UNIVERSITAIRE DE LA RÉGION DE MONTMORENCY

Siège social : 1 rue Jean Moulin 95160 Montmorency Secrétariat : 16, rue de la Ferme 95 460 Ézanville www.EPU95-montmorency.org

L'ÉPAULE DOULOUREUSE EN DEHORS DE LA TRAUMATOLOGIE

D'après une présentation du Dr Georges Zeine

Chirurgie de la main et du membre supérieur

Séance du 12 janvier 2017

1. GENERALITES

EPIDEMIOLOGIE

Les pathologies péri-articulaires et principalement le conflit sous-acromial sont responsables de douleurs persistantes avec un retentissement notable sur les activités professionnelles, sportives et de loisir.

C'est une des raisons les plus courantes des visites médicales pour des symptômes musculo-squelettiques.

Selon BJGP (2014 Sep; 64(626): e593-e595), la douleur à l'épaule est la troisième manifestation musculo-squelettique la plus fréquente dans les soins primaires après le dos et le genou.

Annuellement 1% des adultes sont susceptibles de consulter avec douleurs à l'épaule !

Cette forte prévalence est liée à l'extrême mobilité de l'articulation. Rôle également déterminant du vieillissement de ses structures tendineuses comparé à celui du cartilage et de l'os.

C'est la deuxième cause de maladie professionnelle indemnisée en 2008.

GLOBALEMENT

Elle se manifeste par des douleurs avec restriction douloureuse des mouvements volontaires

Elle regroupe plusieurs pathologies :

- L'épaule douloureuse instable,
- L'épaule douloureuse simple liée à une tendinite,
- L'épaule douloureuse hyperalgique liée à une tendinite par calcification,
- L'épaule pseudo-paralytique par rupture tendineuse,
- L'épaule gelée par capsulite rétractile,
- L'épaule « sénile hémorragique »,
- L'épaule douloureuse par arthrite septique,
- L'épaule douloureuse par compression du nerf supra scapulaire.

ATTENTION!!

De nombreuses douleurs touchant cette région sont des irradiations (neuropathies) de nerfs irrités au niveau des vertèbres cervicales ou des passages canaux. Elles sont particulièrement piégeantes.

Il faut y penser si les médicaments habituellement utilisés sur l'épaule (AINS) ne font rien, ou si les douleurs sont très diffuses vers l'aisselle, la main, le cou, l'omoplate. Surtout si l'épaule est libre de ses mouvements, ce qui explique mal la forte intensité douloureuse.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL D'UNE DOULEUR DE L'ÉPAULE

Les douleurs viscérales projetées.

Dans ces cas, il n'y a pas de limitation ou de douleur à la mobilisation

- Cancers du poumon avec tumeur de l'apex (Pancoast-Tobias), pancréas; affection de la vésicule biliaire...

Les douleurs neurologiques :

- Névralgie cervico-brachiale (névralgie C5-C6)
 - Douleur reproduite par les mouvements du rachis cervical
 - Paresthésies radiculaires systématisée
 - Abolition réflexe bicipital ; hypoesthésie, déficit moteur
- Syndrome du canal carpien,
- Atteinte du nerf supra-scapulaire : douleur postérieure et atrophie des fosses sus et sous épineuses,
- Maladie de Parkinson débutante, zona, épaule du patient hémiplegique,
- Syndrome de Parsonage et Turner
 - Douleur brutale de l'épaule suivie 2 à 4 semaines plus tard d'une monoparésie du membre supérieur sans trouble sensitif objectif
 - Régressant en 6 à 12 mois
- Syndrome du défilé thoracique : aggravation posturale de la douleur.

Douleur osseuse ou articulaire de voisinage :

- Ostéite, kyste osseux et fissure ostéomalaciques, tumeur.

Pathologie de l'acromio-claviculaire, de la sterno-claviculaire.

- Affections générales et inflammatoires : polyarthrite rhumatoïde, pseudo-polyarthrite rhizomélique, polymyosite, périartérite noueuse, etc....
- Syndrome de l'élévateur de l'omoplate : douleur à la face postérieure de l'épaule lors de certains mouvements due à une tendinopathie.

EN RESUME...

Chez le jeune avant 30 ans : facile - La plus probable instabilité de l'épaule.

Après 30 ans : plus difficile - Tendinopathie, bursite, capsulite rétractile, lésions dégénératives AC. Coiffe.....

Après 50 ans - Rupture de coiffe.

2. RAPPEL ANATOMIQUE DE L'ÉPAULE

L'épaule est constituée de deux complexes, ostéo-articulaire et musculaire

L'articulation de l'épaule est suspendue, peu congruente, à grande amplitude et donc potentiellement instable.

La mobilité de l'épaule dépend de 5 articulations :

LE COMPLEXE OSTEO-ARTICULAIRE

Il est composé:

- Sur le plan osseux
 - De la clavicule, de l'omoplate (scapula) et de l'extrémité supérieure de l'humérus.
- Sur le plan articulaire
 - Des articulations sterno-claviculaire, acromio-claviculaire et scapulo-humérale
 - 2 articulations fonctionnelles : scapulo thoracique et coraco-Acromio- Humérale (sous deltoïdienne).

L'articulation scapulo-humérale a la plus grande amplitude dans tous les plans de l'espace.

Ses surfaces articulaires (plane pour la glène, et convexe pour la tête) sont adaptées à cette amplitude de déplacement.

Sur la périphérie de la cavité glénoïdale, le bourrelet est une structure fibro-cartilagineuse qui augmente la surface articulaire.

La capsule articulaire s'insère sur le bord du bourrelet glénoïdal et a 3 épaissements formant les ligaments gléno-huméraux (supérieur, moyen et inférieur).

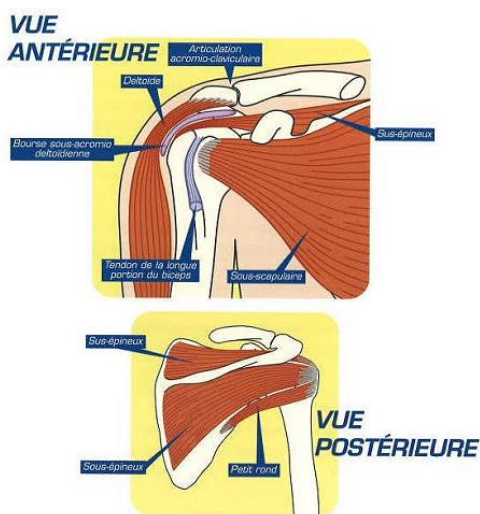
Ces ligaments ont un rôle important dans la stabilité passive de l'articulation scapulo-humérale.

LE COMPLEXE MUSCULAIRE

Il est composé de 19 muscles qui entourent l'épaule.

Ils assurent la stabilité et la mobilité de l'épaule.

1. rhomboïde
2. élévateur de l'omoplate
3. trapèze
4. dentelé antérieur
5. petit pectoral
6. omo-hyoïdien
7. deltoïde
8. grand pectoral
9. Sub-scapulaire
10. Supr-épineux
11. Infra -épineux
12. petit rond
13. grand rond
14. grand dorsal
15. Coraco-brachial
16. chefs court et long du biceps brachial
18. sub-clavier
19. sterno-cléido-mastoïdien.



La stabilité de l'épaule est assurée par :

- Des éléments actifs : la coiffe des rotateurs composée de muscles se trouvant au contact direct de la tête humérale (sus-épineux, sous-épineux, petit rond, et sous scapulaire).
 - Des éléments passifs : le bourrelet et les ligaments gléno-huméraux.
- Toute altération primitive ou secondaire du système articulaire va se manifester au niveau de la mobilité et du recentrage de la tête humérale.

3. BILAN

HISTOIRE

Le bilan clinique commence toujours par l'interrogatoire

Il faut se renseigner sur :

Occupation du patient; Travail et loisirs. Ce qui peut être pertinent, surtout s'il implique des mouvements de bras répétitifs et une élévation prolongée au-delà 60°.

Les modalités d'apparition de la douleur, sa nature, sa durée, ses facteurs aggravants et de soulagement.

Si la douleur est constante (inflammatoire) ou aux mouvements (mécanique).

Localisation de la douleur (Demander: mettez le doigt ou ça fait mal)

Un doigt sur l'Acromio claviculaire. ; la main devant l'épaule sous la clavicule → bursite, tendinite.

La main sur l'omoplate, le bras puis l'avant-bras.

Douleur irradiante d'un syndrome canalaire.

Douleur dans d'autres articulations, suggérant la possibilité d'une arthrose ou d'un état inflammatoire systémique tel que la polyarthrite rhumatoïde.

ANTECEDENTS

Goutte, diabète, thyroïde, de malignité comme le cancer du poumon ou du sein.

L'EXAMEN

CLINIQUE

Inspecter le patient pendant le lever du fauteuil (appui sur la main), le déshabillage (élévation et rotation).

Rechercher à l'inspection une amyotrophie, une déformation (bras de Popeye « rupture du chef long du biceps » saillie acromio claviculaire, œdème, rougeur).

Palper à la recherche des zones douloureuses.

Tester la sensibilité de l'épaule et du membre supérieur (lésion nerveuse).

LA MOBILITE ACTIVE PUIS PASSIVE DOIT ETRE TESTE:

Globale

- Antépulsion, abduction, rotation externe I (coude au corps), rotation externe II (bras en abduction 90°) et rotation interne (main dans le dos).

Scapulo humérale (en fixant l'omoplate avec la main de l'examineur).

LES TESTS D'INSTABILITE ET DE LAXITE

Aide à déterminer la direction de l'instabilité (antérieure ou postérieure) et son caractère uni ou multidirectionnelle.

TEST D'APPREHENSION

Le patient est assis, l'examineur prend le membre supérieur du patient coude fléchi à 90°, épaule abduction à 90° et il applique une rotation externe progressive. Le test est positif si le patient sent une douleur ou une appréhension qui signe la présence d'une instabilité antérieure.

RECHERCHE DU TIROIR

Une main de l'examineur stabilise l'omoplate, l'autre main recherche une mobilité antéropostérieure de la tête humérale.

Rodineau effectue ce test sur patient debout penché en avant.

Rockwood pratique le même test sur le patient assis. Le tiroir postérieur est physiologique. Le tiroir antérieur excessif prouve une hyperlaxité.

RECHERCHE D'HYPERLAXITE INFÉRIEURE (TEST DE NEER)

Elle est réalisée en appliquant une traction vers le bas sur le bras du patient assis.

Le test est positif si un vide ou un creux apparaît sous l'acromion ce qui traduit une laxité inférieure et une capsule lâche.

L'instabilité multidirectionnelle est possible.

TEST DE RECENTRAGE (OU DE JOBE)

Le patient est allongé sur le dos. L'examineur reproduit le test de l'appréhension, par subluxation de la tête humérale dans l'instabilité antérieure, en mettant l'épaule en abduction à 90° et rotation externe.

Le recentrage en repoussant la tête humérale en arrière fait disparaître l'appréhension.

TEST PERMETTANT DE DÉPISTER LES SIGNES DE SOUFFRANCE DE LA COIFFE DES ROTATEURS

MANOEUVRE DE NEER

Le patient étant assis, une main de l'examineur stabilise l'omoplate, et l'autre élève le bras du patient en abduction à 90° et applique une rotation interne. La douleur déclenchée traduit la présence d'un conflit sous acromial.

MANOEUVRE DE YOCUM

La main du membre douloureux est posée sur l'épaule controlatérale. L'examineur s'oppose à l'élévation active du coude du sujet. La douleur traduit un conflit entre le tendon du supra-épineux et l'arche acromio-claviculaire.

MANOEUVRE DE JOBE

Le bras du patient, placé à 90° d'abduction, 30° d'antéflexion et en rotation interne, doit résister contre une force d'abaissement.

La douleur signe une tendinite du supra-épineux, la faiblesse sa rupture probable.

LE PALM-UP TEST

L'examineur tente d'abaisser les bras du patient qui doit résister en 90° d'abduction, 20° d'antéflexion, les paumes regardant vers le haut pour examiner le chef long du biceps brachial.

MANOEUVRE DU LIFT-OFF

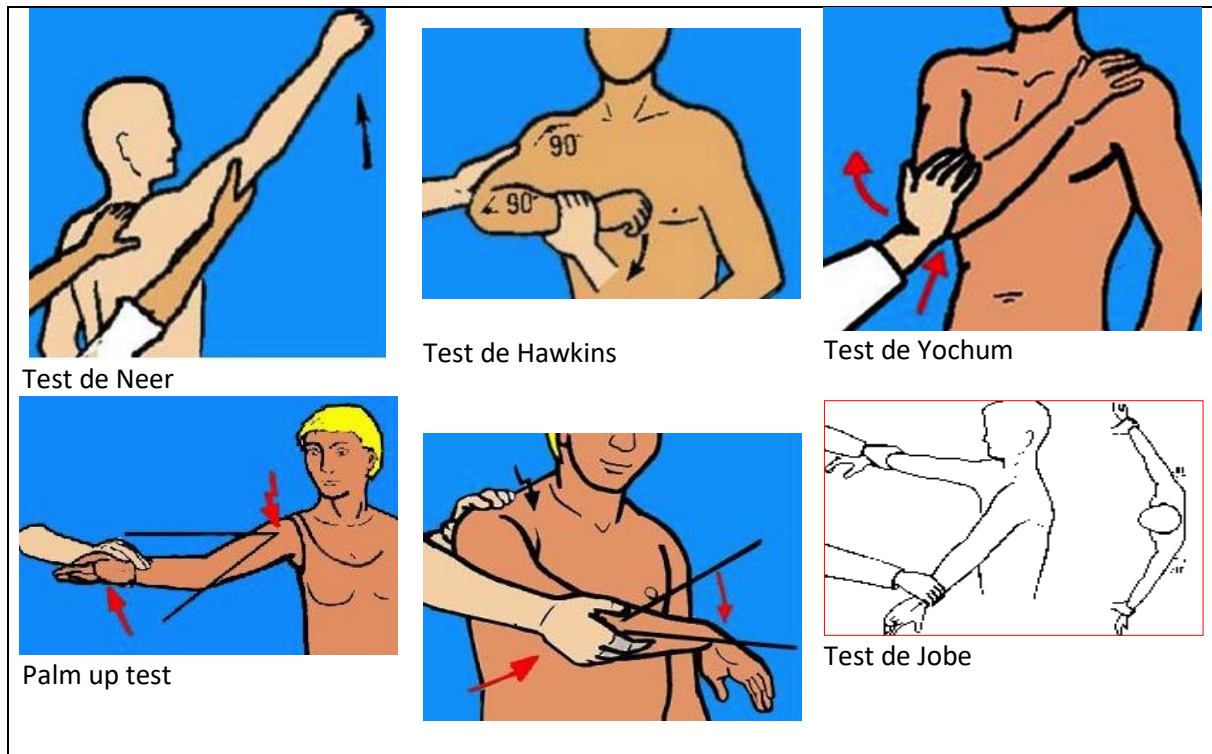
Le bras est en rotation interne, la main au contact des épéurales lombaires. Le patient doit décoller sa main du plan lombaire pour tester le sous-scapulaire.

SIGNE DE PATTE

L'examineur se place derrière le patient, et demande à celui-ci d'effectuer une rotation externe contrariée en partant de la position RE2 (bras à 90° d'abduction)

Il apprécie la force musculaire selon la notation suivante :

- 5 : force musculaire normale et symétrique
- 4 : force musculaire diminuée
- 3 : RE2 contre pesanteur seulement
- 2 : pas de rotation externe active (clairon)
- 1 : contraction musculaire
- 0 : absence de contraction musculaire



Tests	Mouvements	Muscles
Jobe	Abduction	Supra-épineux
Palm test	Élévation	Long biceps
Patte	Rotation externe	Infra-épineux Petit rond
Belly press	Rotation interne	Sous-scapulaire

L'ÉPAULE INSTABLE

PERIMETRE

Le terme d'instabilité de l'épaule sous-entend des situations variées :
 La luxation récidivante,
 L'instabilité fonctionnelle ou organique
 L'instabilité unidirectionnelle ou multidirectionnelle

LE BILAN CLINIQUE DE CES SITUATIONS

Commence toujours par l'interrogatoire :
 Patient jeune : précision de l'accident initial. L'intervalle libre entre deux accidents d'instabilité.
 Leurs symptomatologies (est-ce une vraie luxation, une sensation de subluxation lors de certains mouvements de rotation, ou épaule simplement douloureuse).
 L'examen clinique recherche à l'inspection une amyotrophie, teste la sensibilité de l'épaule (lésion nerveuse), la mobilité et la force musculaire.
 Les tests d'instabilité et de laxité:
 Test d'appréhension
 Recherche du tiroir
 Recherche d'hyperlaxité inférieure (test de Neer) Test de recentrage (ou de Jobe)

LE BILAN RADIOGRAPHIQUE

IL DOIT TOUJOURS COMPRENDRE DES « CLICHES CLASSIQUES »

Des clichés de face de l'épaule en rotation neutre, en rotation externe et rotation interne.
Un cliché de profil axillaire et surtout un profil de Bernageau permettant de bien voir le bord antérieur de la glène.

On recherche une encoche par fracture enfoncement de la tête humérale, une fracture ostéochondrale ou un éculement (usure) du bord de la glène.

ARTHROSCANNER

Il est réalisé seulement en préopératoire. C'est un examen très important en préopératoire permettant d'analyser :

Les parties molles péri-articulaires (recherche de lésion tendineuse associée ...) ;

Les surfaces cartilagineuses avec la recherche de fracture chondrale ;

Le bord antérieur de la glène (éculement, fracture) ;

La capsule articulaire (chambre de décollement) et les ligaments gléno-huméraux (désinsertion).

LE TRAITEMENT DE L'EPAULE INSTABLE

LA LUXATION RECIDIVANTE ANTERIEURE

C'EST LA PLUS FREQUENTE

La lésion de Bankart. Il s'agit d'une distension du plan capsulo-ligamentaire avec une chambre antérieure de décollement impose la re-tension capsulo- ligamentaire :

L'INTERVENTION

Elle est faite en chirurgie ambulatoire. Le patient est installé sur le dos. L'incision est pratiquée dans le sillon delto-pectoral en respectant le muscle coraco-biceps. La capsule articulaire ouverte verticalement. Le plan capsulo-ligamentaire est réinséré sur le bord de la glène en effaçant la chambre de décollement, en utilisant un système d'ancrage osseux (microvis en titane. Le taux de récurrence après intervention est faible de l'ordre de 3 %.

En cas de fracture du bord antérieur de la glène, si le fragment est :

- Important, il faut le fixer en bonne position.
- Minime, il faut opter pour une technique de butée osseuse (Latarjet) en la fixant de la coracoïde au bord antérieur de la glène

La réparation est suivie d'immobilisation par bandage épaule pendant un mois environ et de la rééducation. Le pansement étanche type « AQUACEL » permet de défaire le bandage avec précaution pour la douche.

LA LUXATION RECIDIVANTE POSTERIEURE

Elle est très rare.

Le traitement commence par de la rééducation.

La chirurgie n'est proposée qu'en cas d'échec. La fragilité de la capsule postérieure oriente vers la butée osseuse (un greffon prélevé sur l'os iliaque). Cette intervention est suivie d'une immobilisation de 6 semaines puis d'une rééducation. La rotation interne n'est pas sollicitée avant 6 semaines.

L'INSTABILITE MULTIDIRECTIONNELLE

C'est l'instabilité antérieure et postérieure de l'épaule.

Elle nécessite un traitement conservateur dans 90 % des cas.

La rééducation (renforcement musculaire équilibré, proprioception) et la limitation volontaire des mouvements luxants sont les aspects thérapeutiques à proposer même si leur résultat n'est pas garanti.

En cas d'échec de la rééducation, surtout s'il existe une capsule articulaire hyperlâche avec décollement inférieur de la capsule, l'indication de choix est la re-tension capsulaire.

LA PATHOLOGIE DE LA COIFFE DES ROTATEURS

RUPTURE COIFFE DES ROTATEURS

SEMILOGIE

La douleur est la plainte principale des patients. Il s'agit surtout d'une douleur nocturne siégeant à la partie antérieure de l'épaule.

Une amyotrophie des fosses sus- et sous- épineuses peut être constatés lors d'une rupture ancienne de la coiffe.

A côté de l'étude de la mobilité passive et active dans les différentes directions et de points douloureux de l'épaule, des tests permettent de dépister les signes de souffrance de la coiffe des rotateurs : manœuvre de Neer, de Yocum, de Jobe, le palm-up test et la manœuvre du lift-off.

LES STADES

Trois stades évolutifs peuvent être distingués au terme de l'examen :

- Stade I, œdème d'un tendon de la coiffe caractérisé par une douleur de l'épaule chez un patient relativement jeune survenant après des mouvements très répétitifs et cédant au repos. La bursite sous acromiale est également due au surmenage.
- Stade II, lésions de tendinopathies résultant de récives du stade I.
- Stade III, rupture partielle de la coiffe avec une douleur permanente diurne et nocturne chez des patients de plus de 40 ans ; ou totale avec un tableau de pseudo paralysie (perte de l'abduction et de la rotation externe de l'épaule).

TENDINITE CALCIFIANTE

SEMILOGIE

Un tableau particulier est celui de l'épaule douloureuse aiguë avec une impotence totale (la mobilisation douce est possible mais limitée par la douleur), parfois de la fièvre, une élévation de la VS et une image de calcification au niveau de la coiffe traduisant une tendinite calcifiante.

Elle est observée surtout chez la femme de 40-60 ans. Cette pathologie n'est pas liée à l'effort ni au travail. Elle touche également les sédentaires.

L'évolution se fait par des crises hyperalgiques ou un fond douloureux chronique avec des crises aiguës.

La guérison spontanée est possible dans 70% des cas.

TRAITEMENT

Le traitement est par antidouleurs puissants et corticothérapie (infiltration). Parfois chirurgicale en cas de non soulagement

LE BILAN RADIOLOGIQUE

Des clichés standards de Face de l'épaule (neutre, rotation interne et externe) ainsi qu'un profil de l'omoplate permettent d'étudier :

- La forme de l'acromion (plat ou courbe avec des ostéophytes)
- Ostéo condensation du trochiter avec irrégularité et géodes: tendinopathie chronique.

- La distance entre tête humérale et acromion ; inférieure à 6 mm, la rupture de la coiffe est quasi constante.
- La présence de calcifications en cas de tendinite calcifiante

L'échographie est très intéressante (bursite, tendinite, rupture) mais a des limites dans les ruptures partielles.

L'arthroscanner permet d'explorer avec précision les muscles de la coiffe à la recherche d'une rupture tendineuse et d'une infiltration graisseuse musculaire dans les lésions anciennes.

L'IRM. est également très utile dans les ténopathies de la coiffe des rotateurs.

LE TRAITEMENT DES LESIONS DE LA COIFFE

AU STADE 1 ET 2 (TENOPATHIE SANS RUPTURE, BURSITE)

Le traitement est médical

- Anti-inflammatoires (AINS – corticoïdes pour la ténopathie calcifiante aiguë), antalgiques

Rééducation

- La kinésithérapie a une visée antalgique par le massage, la levée de tension musculaire et la physiothérapie. Il faut également réaliser un recentrage gléno-huméral qui doit être dans un premier temps passif, et dans un deuxième temps actif par une éducation d'abaissement de l'épaule (solicitation du grand pectoral, du grand dorsal et du grand rond).

AU STADE 3 RUPTURE DE LA COIFFE DES ROTATEURS

Chez des personnes actives:

- Avec une rupture non rétractée, une réinsertion trans-osseuse des tendons rompus est à pratiquer en chirurgie ambulatoire.
- En cas de rétraction due à une rupture ancienne, il ne peut être fait de réinsertion trans-osseuse sans recourir à un geste de plastie (lambeau de deltoïde, permettant un re-surfage du supra épineux).

Chez les personnes non actives

- Rupture non rétractée, la chirurgie peut se discuter.
- Il y a aussi possibilité de pose de prothèse totale inversée après l'âge de 70 ans.

CAPSULITE RETRACTILE EPAULE GELEE (FROZEN SHOULDER, ADHESIVE CAPSULITIS)

CAUSES

Idiopathique +++

Traumatisme au niveau de l'épaule (fracture, chirurgie...)

Diabète (la capsulite peut alors être bilatérale)

Infarctus du myocarde

Hémiplégie

Certains médicaments favoriseraient cette maladie : barbituriques, isoniazide, antiprotéases

Un terrain anxieux est classiquement avancé pour expliquer les capsulites mais aucune étude scientifique n'a jamais pu le démontrer.

SEMILOGIE

Est une affection caractérisée par la raideur et la douleur dans l'articulation de l'épaule.



Les signes et les symptômes commencent généralement progressivement, s'aggravent avec le temps et puis se résolvent, habituellement dans un à trois ans.

Le risque de développer l'épaule gelée augmente dans certaines affections ou procédures qui empêchent pendant une période prolongée, de bouger le bras - comme un accident vasculaire cérébral ou une mastectomie.

Le patient se présente le bras collé au thorax. La douleur est intense et non localisée.

La mobilité (active et passive) est très réduite, aggrave la douleur et se fait, en basculant le scapula, dans la scapulo-thoracique.

Il n'y a pas de signes inflammatoires ni locales ni biologiques.

LE TRAITEMENT DE LA CAPSULITE RETRACTILE

Il faut expliquer, rassurer : « patience et longueur de temps font plus que force ni que rage! »

Il implique des exercices de rééducation, des infiltrations corticostéroïdes et des antidouleurs.

Il est inhabituel qu'une capsulite, récidive dans la même épaule mais certaines personnes peuvent la développer dans l'épaule opposée.

L'ÉPAULE SÉNILE HÉMORRAGIQUE (MILWAUKEE SHOULDER)

SEMILOGIE

C'est une entité clinique actuellement bien définie qui peut être observée en particulier chez les femmes âgées >70 ans. Il s'agit d'une arthropathie destructrice associée au dépôt de cristaux de pyrophosphate de calcium.

Elle est caractérisée par la présence d'une grande quantité de liquide synovial hémorragique et d'une rupture complète de la coiffe des rotateurs.

Les caractéristiques cliniques incluent la douleur, l'œdème et la perte fonctionnelle progressive.

LE TRAITEMENT

Le traitement de première ligne comprend l'utilisation de médicaments analgésiques et la ponction-infiltration.

En phase tardive, on peut observer une destruction articulaire, conduisant à une altération fonctionnelle presque complète. Dans ces cas, une arthroplastie totale de l'épaule peut être envisagée.

ARTHRITE SEPTIQUE DE L'ÉPAULE

SEMILOGIE

Facteurs favorisant: mauvais état général, dénutrition, immunodéprimés

Douleur intense avec gonflement et signes inflammatoire: rougeur, chaleur.

La mobilité de la scapulo-humérale est très réduite.

Radiographie: normale au début.

Echographie: épanchement articulaire.

Hyperleucocytose et CRP très augmentée.

Ponction avec étude bactériologique: dans 90% staphylocoques ou streptocoques.

TRAITEMENT

Ponction évacuation, antibiotiques, immobilisation.

COMPRESSION DU NERF SUPRA SCAPULAIRE

SEMILOGIE

Lieux de souffrance sont situés soit dans l'échancrure coracoïdienne, soit dans l'échancrure spino-glénoïde.

Douleur en abduction rotation externe (volley, handball) à la face postérieure de l'épaule

Amyotrophie des supra et infra épineux.

Echographie, IRM: Zone de compression, parfois kyste.

EMG+++

TRAITEMENT

Traitement par infiltration radioguidée.

Chirurgie si pas de résultat.

4. CONCLUSION

Est-ce bien l'épaule ?

Qu'est ce qui fait mal ?

- Le rachis cervical ?
- L'épaule ?
- L'Instabilité, bursite, acromio claviculaire, capsulite, coiffe ?
- canal carpien ?
- Viscérale ?



5. ANNEXES

AMPLITUDES ARTICULAIRES NORMALES

Flexion = Antépulsion = 160-180°

Extension = Rétropulsion = 50°

Adduction = 45-50°

Abduction = Elévation latérale

Gléno-humérale = 90°

Gléno-humérale + Scapulo-thoracique = 180°

Rotation externe 1 (coude au corps)= 40°-50°

Rotation externe 2 (en abduction 90°)=80-90°

Rotation Interne (main dos)= T12-T7 (main à la hauteur de la vertèbre thoracique).

CADRES NOSOLOGIQUES

ÉPAULE DOULOUREUSE SIMPLE :

- Les tendinites par surmenage articulaire sportif ou professionnel.
- Tendinite du sus-épineux, tendinite du long biceps.
- Conflit sous acromial.

ÉPAULE IMPOTENTE PSEUDO-PARALYTIQUE AVEC ATTEINTE DE L'INTEGRITE DE LA COIFFE DES ROTATEURS:

- Chronique: évolution vers l'arthrose gléno-humérale.
- Aigue: rupture traumatique de la coiffe.

ÉPAULE DOULOUREUSE AIGUË HYPERALGIQUE

ÉPAULE GELEE: CAPSULITE RETRACTILE (ALGONEURODYSTROPHIE)

ÉPAULE DOULOUREUSE SIMPLE

- Tendinite (sus épineux, long biceps).

CONSEILS AUX PATIENTS

Mettre au repos l'épaule pendant toute la phase douloureuse en diminuant ou en arrêtant les activités contraignantes :

Évitez les tractions prolongées sur l'épaule :

- Port de charges lourdes (valises, cartables,...),
- Promenade avec un chien tirant sur sa laisse,

Évitez les positions de contraintes :

- Travail au-dessus du plan des épaules : plus les bras sont en hauteur et plus les épaules travaillent...

Évitez le travail à bout-de-bras :

- Travaillez donc le plus près possible du corps
- Pratiquez une auto-rééducation :

Visant à abaisser la tête humérale