

LES DOULEURS DE L'ÉPAULE

C Maynou

Si les douleurs de l'épaule peuvent avoir des causes extrêmement variables, elles ne résistent pas à un examen clinique méthodique qui permettra la plupart du temps une orientation diagnostique suffisante pour la prescription d'examen complémentaires adaptés.

On peut schématiquement distinguer deux grands cadres nosologiques représenté par les douleurs secondaires à une cause traumatique et les douleurs traduisant une étiologie dégénérative.

L'âge du patient comporte à lui seul une importance diagnostique fondamentale. Chez les patients jeunes, on recherchera préférentiellement une cause traumatique et plus particulièrement une instabilité gléno-humérale ou acromio-claviculaire en n'omettant pas la pathologie neurologique microtraumatique du sportif.

Après 40 ans, la pathologie dégénérative (arthrose) et les lésions tendino-musculaires affectant la coiffe des rotateurs sont les deux principales causes de douleurs.

Il faudra toujours garder à l'esprit la possibilité d'une étiologie tumorale avec pour corollaire la pratique systématique de radiographies standards de l'épaule avant tout autre examen complémentaire.

1- Démarche diagnostique

L'analyse d'une douleur chronique de l'épaule nécessite un interrogatoire précis, un examen clinique méthodique et un bilan paraclinique orienté.

A – Interrogatoire

Il précisera l'âge du patient, le sexe, le caractère dominant ou dominé du membre, les activités professionnelles et sportives.

Les caractères de la douleur ;

- Mode de début ; Progressif ou brutal
- Circonstances déclenchantes ; Surmenage professionnel, activité sportive, notion traumatique, accident du travail.
- Siège de la douleur ; Plus souvent antéro-latérale, rarement postérieure, parfois diffuse mal précisée
- Irradiations douloureuses ; Ascendantes vers la région latéro-cervicale évoquant une trapézialgie, descendantes à la face antérieure du bras jusqu'au coude traduisant une souffrance bicipitale.
- Mouvement favorisant ; Accrochage douloureux en élévation antérieure traduisant une souffrance de la coiffe des rotateurs, douleur à l'armer du bras évoquant une instabilité glénohumérale sous-jacente, douleur à la palpation de l'articulation acromio-claviculaire.
- Retentissement sur les activités quotidiennes ; Gêne pour l'habillement, le peignage, la toilette ...
- Rythme de la douleur ; Diurne lors de certains mouvements précis, nocturne empêchant le décubitus sur l'épaule et entraînant des réveils fréquents, mixtes. Ces précisions déterminant le caractère mécanique ou inflammatoire de la douleur.

- Réponse aux thérapeutiques entreprises ; Efficacité des antalgiques et anti-inflammatoires non stéroïdiens, réponse aux infiltrations de dérivés cortisonés en précisant le site et le nombre d'injections ainsi que la durée d'efficacité. Résultats d'une éventuelle rééducation en précisant les modalités exactes de celle-ci. Tentatives de ponction-aspiration pour calcifications de l'épaule.

Antécédents ;

- Médicaux ; Notion de diabète (terrain favorisant la survenue d'une capsulite rétractile), traitement au long cours (par exemple corticoïdes favorisant l'apparition d'une ostéonécrose)
- Chirurgicaux ; Interventions sur l'épaule (type, raisons, séquelles éventuelles, notion d'algodystrophie ...)
- Traumatiques ; chute sur l'épaule, antécédents fracturaires, luxations récidivantes gléno-humérales ou acromio-claviculaires.

B - Examen clinique méthodique

Symétrique et comparatif, l'examen clinique sera réalisé sur un patient torse nu et suivra un schéma toujours identique permettant de n'omettre aucune étape et de parvenir à un diagnostic lésionnel précis.

Inspection

On recherchera une ecchymose (type brachio thoracique évoquant une fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus), une asymétrie des épaules, une augmentation de volume traduisant un épanchement intra-articulaire.

On jugera de la trophicité musculaire par l'inspection du relief deltoïdien, des fosses supra et infra épineuses (entrant soit dans le cadre d'une pathologie neurologique micro traumatique chez le jeune ou d'une dégénérescence graisseuse de la coiffe dans les pathologies dégénératives du sujet âgé).

Palpation

Une palpation méthodique recherchera une douleur provoquée sur les reliefs osseux et sur le trajet des différents corps musculaires.

Il faut apprécier la mobilité passive et active. Une limitation de la mobilité passive (membre supérieur mobilisé par l'examineur) fera suspecter une rétraction capsulaire (capsulite rétractile) ou extra-articulaire, cette constatation est fondamentale car elle peut nécessiter un traitement spécifique (rééducation) et représenter une contre-indication au moins temporaire à tout geste chirurgical.

Si la mobilisation passive du membre supérieur s'accompagne d'une sensation perceptible de roue dentée, les lésions cartilagineuses gléno-humérales sont probables et le diagnostic d'omarthrose sera évoqué.

L'étude de la mobilité active répond à un schéma précis, les mouvements pouvant être évalués de façon analytique ou globale.

On chiffrera l'élévation antérieure (flexion), l'abduction et l'adduction, l'extension (bras en arrière), la rotation latérale et médiale en position coude au corps ou bras à 90° d'abduction ou de flexion.

L'analyse des mouvements combinés est plus fonctionnelle. On demandera au patient de réaliser un certain nombre de gestes usuels (main bouche, main front, main nuque, main vertex, main

épaule opposée). Par ailleurs l'analyse de l'élévation antérieure et de la rotation latérale dans le plan de la scapula (position intermédiaire entre la flexion pure et l'abduction) est un bon reflet de la situation fonctionnelle de l'épaule et des possibilités du patient.

L'impotence fonctionnelle est très variable, il faut savoir distinguer l'impotence liée aux douleurs de la véritable impotence par perte de force au mieux dépistée par un testing des différents muscles de la coiffe des rotateurs. La manœuvre de Jobe évalue le supra-épineux, la rotation latérale contrariée (manœuvre de Patte) teste l'infra-épineux et le lift off test de Gerber (décollement contrarié de la main du plan dorsal) analyse la fonction du sub scapulaire. Le palm-up test apprécie plus spécifiquement le chef long du biceps. En l'absence de rupture tendineuse ces différents tests sont maintenus contre résistance, il peuvent toutefois être douloureux s'il existe une tendinopathie inflammatoire. L'impossibilité de maintenir la position contre résistance signe en théorie la rupture du tendon concerné.

Certaines manœuvres spécifiques tendant à reproduire la douleur du patient permettent un diagnostic lésionnel précis, ainsi le signe de Neer (passage douloureux en élévation antérieure aux alentours de 90°) témoigne d'un conflit entre la face superficielle du supra-épineux et le rebord antéro-inférieur de l'acromion. D'autres signes ont été décrits (signe de Hawkins, signe de Yocum) dont la spécificité est moindre.

L'examen recherchera en fonction des données de l'anamnèse des signes en faveur d'une instabilité gléno-humérale plus fréquemment antérieure. L'existence d'une appréhension en position d'armer du bras est probablement le signe clinique le plus fiable, le patient ressentant dans cette position une impression de luxation imminente de la tête humérale en avant. La recherche de ressaut, de claquement ou de blocage de l'épaule doivent faire évoquer chez le patient jeune une lésion d'instabilité à minima ou une lésion du bourrelet glénoïdien.

Dans un contexte post traumatique des douleurs situées au sommet de l'épaule feront penser à une pathologie de l'articulation acromio-claviculaire, une mobilité en touche de piano ou un tiroir antéro-postérieur de l'extrémité latérale de la clavicule seront des arguments décisifs.

La pathologie neurologique microtraumatique est dominée par les atteintes du nerf de Ch Bell et du nerf sus scapulaire.

Le nerf de Ch Bell innerve le grand dentelé, il peut être étiré dans les mouvements répétitifs liés à la pratique des sports de raquette (smash) qui associent une rotation avec inflexion latérale de la tête, une adduction et rotation interne du membre supérieur. Cliniquement, les douleurs sont plutôt postérieures et s'accompagnent d'une impotence fonctionnelle variable. Le décollement de l'omoplate du gril costal est pathognomonique d'une telle atteinte. Dans les formes frustes, ce décollement n'est visible qu'à la fatigue du muscle en faisant réaliser des pompes contre un mur. L'atteinte du nerf sus scapulaire est également plus fréquemment rencontrée chez les patients pratiquant des sports de raquette ou lors de certaines activités comportant des gestes répétitifs (violoniste, boulanger).

Le nerf sus scapulaire innerve le supra-épineux et l'infra-épineux mais l'atteinte de ces deux muscles peut être dissociée selon le niveau de compression du nerf. Si la compression se fait au niveau de l'échancrure coracoïdienne les deux muscles seront atteints alors qu'une compression plus basse au niveau du bord externe de l'omoplate n'entraînera qu'une atteinte isolée de l'infra-épineux.

Le diagnostic sera suspecté devant des douleurs postérieures associées à une amyotrophie des fosses sus et sous épineuses au stade tardif. L'EMG confirmera le diagnostic si besoin.

2- Examens complémentaires

Un bilan radiologique simple permet de dépister certaines pathologies évidentes telles une lésion tumorale, des calcifications sous acromiales ou une arthrose glénohumérale.

Des clichés de l'épaule de face en rotation neutre, interne et externe et de profil (profil de coiffe ou de Lamy) doivent donc être systématiquement réalisées.

Selon le diagnostic évoqué, d'autres examens peuvent être prescrit. L'analyse des tendons de la coiffe des rotateurs (recherche d'une rupture, évaluation de la trophicité des tendons) fera appel à un arthro-scanner ou à une Imagerie par résonance magnétique nucléaire. Une échographie peut également être utilisée mais son caractère opérateur dépendant et les limites de l'examen n'en font qu'un examen de débrouillage.

L'arthroscopie de l'épaule doit être considérée comme un geste chirurgical même s'il peut participer à la démarche diagnostique. En effet cette arthroscopie est réalisée sous anesthésie générale ou loco régionale au bloc opératoire et par une équipe chirurgicale, elle ne doit donc pas être considérée comme un examen de routine et sera au mieux réalisée à visée thérapeutique et non diagnostique.

De même le bilan préopératoire d'une instabilité d'épaule requiert la réalisation d'un arthro-scanner de l'épaule qui évaluera au mieux les lésions osseuses et capsuloligamentaires secondaires à l'instabilité.

Si les douleurs paraissent en rapport avec une pathologie neurologique sous-jacente, un électromyogramme sera réalisé.

3- Conclusion

Les causes de douleur d'épaule sont extrêmement variées, les circonstances d'apparition, l'âge de survenue et le tableau clinique permettent souvent une approche diagnostique intéressante et orientent les examens complémentaires à réaliser.

Chez les patients jeunes, l'instabilité gléno-humérale ou acromio claviculaire et la pathologie liée à la pratique sportive dominant les étiologies. Au-delà de 40 ans la pathologie dégénérative est plus fréquemment rencontrée, qu'elle intéresse les tendons de la coiffe des rotateurs ou l'articulation gléno-humérale.