

## Epaule douloureuse

	<b>Tendinopathie non rompue non calcifiante</b>	<b>Tendinopathie non rompue calcifiante</b>	<b>Tendinopathie rompue</b>	<b>Capsulite rétractile</b>
<b>Clinique</b>	<p>Sus épineux ++ Sujet jeune sportif, sujet âgé. Douleur modérée, mécanique, peut être intense Dlr à la palpation du tendon au dessous et en avant de l'acromion, le bras étant en rétropulsion Mouvements passifs et actifs douloureux mais non limités - limitation douloureuse des mouvements actifs mais pas les passifs Manœuvres d'accrochages: positives Manœuvres topographiques douloureuses</p> <p>Evolution : favorable perforation du tendon, bursite aigue</p>	<p>Asymptomatiques Femmes, 20-40 ans Douleurs mécaniques Crises hyperalgiques: - début brutal - spontané ou après surmenage <b>Bursite aigue microcristalline (hydroxyapatite) :</b> - Provoquée par * la migration d'une C* du tendon dans la BSAD ou par * une poussée inflammatoire autour d'une C* tendineuse - Douleur intense, permanente - Mobilité active et passive limitées</p> <p>Evolution : favorable en quelques semaines</p>	<p>Rupture ou perforation +/- étendue des tendons CR Partielles ou transfixiantes. Sujet âgé: apparition progressive, survient après effort minime, douleur modérée. Sujet jeune: traumatisme violent, douleur intense. Sus épineux ⇒ abduction active impossible Chef long du biceps : ⇒ tuméfaction au dessus coude, ⇒ flexion de l'avant bras conservée. Manœuvres topographiques: déficitaires</p> <p>Évolution : pas de capacité de cicatrisation spontanée d'une rupture de la coiffe</p>	<p>Epaule gelée = épaule bloquée Rétraction et épaissement de la capsule articulaire ⇒ épaule gelée</p> <p>causes : - épaule douloureuse - syndrome épaule-main - façon isolée (algosytrophie)</p>
<b>Imagerie</b>	<p><b>Radiographie standard:</b> - Souvent normale - Condensation trochiterienne ou acromiale inférieure</p>	<p><b>Radiographie standard:</b> Calcification (type A, B, C, D) A : denses arrondies bien limitées 20% B : polylobées à contours nets 45% C : inhomogènes à contours festonnés D : enthésopathies</p>	<p><b>Radiographie standard:</b> Normale ou Signes indirects de rupture: - ascension de la tête humérale - ↓ espace acromio huméral, - rupture du cintre omo-huméral, - remaniements du trochiter, parfois</p> <p><b>Échographie</b> <b>Arthroscanner +++</b> dépister, mesurer, apprécier trophicité et dégénérescence des muscles: classification Gouttalier <b>ArthroIRM:</b> ruptures intra tendineuses et de la face supérieure de la coiffe ++</p>	<p><b>Radiographie standard:</b> Normale ou Tardivement : hypertransparence épiphysaire hétérogène de la tête humérale.</p> <p><b>Arthrographie:</b> réduction de la capacité articulaire de l'épaule et disparition des récessus capsulaire inférieurs et sous scapulaire (&lt;10)</p> <p><b>Scintigraphie:</b> hyperfixation diffuse intense</p>

	<b>Tendinopathie non rompue non calcifiante</b>	<b>Tendinopathie non rompue calcifiante</b>	<b>Tendinopathie rompue</b>	<b>Capsulite rétractile</b>
<b>Traitement médical</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Économie articulaire</li> <li>- Antalgiques, AINS</li> <li>- Infiltration locale péri-tendineuse par dérivé cortisonique</li> <li>- Physiothérapie à but antalgique</li> <li>- Rééducation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Immobilisation</li> <li>- Antalgiques, AINS, vessie de glace</li> <li>+/- infiltration de la bourse séreuse s/acromiale</li> <li>+/- ponction lavage de la calcification</li> <li>- Ondes de choc extracorporelles</li> <li>- Rééducation en dehors de la crise hyperalgique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Antalgiques, AINS</li> <li>- +/- Infiltrations</li> <li>- Rééducation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Antalgiques, AINS</li> <li>- infiltration intra articulaire</li> </ul> <p>Si échec:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Arthrodistension + infiltration intra-articulaire par des corticoïde associée à une mobilisation intensive du membre supérieur</li> <li>-À tous les stades: rééducation +++</li> </ul>
<b>Chirurgie</b>	<p>Echec du traitement fonctionnel.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- sous arthroscopie: Acromioplastie</li> <li>- chirurgie à ciel ouvert</li> </ul>	<p>Echec du traitement médical</p> <p>Calcification de taille importante</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- sous arthroscopie ou</li> <li>- chirurgie à ciel ouvert</li> </ul>	<p>Dépend de plusieurs critères:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Age (&lt;50ans) et motivation</li> <li>- Trophicité musculaire et le degré de dégénérescence graisseuse</li> <li>- Résultats de la rééducation (mobilité passive)</li> </ul>	<p>Capsulotomie chirurgicale parfois</p>