

« Épaule douloureuse et simple : savoir sortir des sentiers battus »

Dr Eric BIANCHI – Hôpital La Musse et Cécile DERVIN - Interne

Pourquoi faire simple ?

De part sa structure, l'épaule est forcément complexe car elle est décrite généralement comme composée de 5 articulations : l'articulation scapulo-humérale, l'articulation acromio-claviculaire, l'articulation sterno-costo-claviculaire, les articulations inter-scapulo-thoraciques et sous deltoïdiennes (qui sont cependant des fausses articulations et plutôt des plans de glissement). L'épaule est également un site de liaison entre le tronc et le membre supérieur, entre les plans antérieurs et postérieurs de l'individu, ainsi qu'entre les cervicales et le membre supérieur. C'est un lieu de passage d'éléments vasculaires, d'éléments neurologiques, comme le plexus brachial mais également d'éléments musculaires impliquant d'autres structures comme les cervicales.

Le thème générique le plus courant employé lors des douleurs d'épaule est celui de **péri-arthrite-scapulo-humérale (PSH)**. Il s'agit d'une description effectuée en 1872 par Simon DUPLAY (1836-1924), à partir d'une seule observation réalisée lors d'une nécropsie. Les concepts ont évolués au fil des années même si le terme a persisté et persiste malheureusement encore.

Parmi les personnages les plus importants nous retiendrons le docteur CODMAN (1869-1940), qui décrit l'importance du supra-épineux.

Le professeur Stanislas DE SEZE (1903-2000) a ensuite démembré le concept de PSH en 4 éléments :

- l'épaule gelée (rétraction capsulaire) ;
- l'épaule aiguë hyperalgique (tendinopathie calcifiante) ;
- l'épaule pseudo-paralytique (rupture massive de la coiffe) ;
- l'épaule douloureuse simple.

Peut être enfin cité, le docteur NEER (1917-2011) dont les travaux seront déterminants et plus spécialement sur la notion de conflit.

Choisir de sortir des sentiers battus, c'est choisir de ne pas parler des différentes formes d'arthrose, de la capsulite rétractile, du traumatisme et de la rupture de coiffe ou assimilée.

Des maladies générales à expression locale

Bien qu'elle possède sa pathologie propre, l'épaule peut-être le lieu d'expression d'une maladie générale comme la **chondrocalcinose**, la **polyarthrite rhumatoïde** ou d'autres rhumatismes inflammatoires, le **sepsis d'origine locale ou générale** et l'**hémochromatose**.

Celle-ci touche des hommes ou femmes jeunes de 30 à 40 ans ayant une absorption intestinale augmentée de fer. Les patients se plaignent de douleurs de type inflammatoire par poussées de 10 à 15 jours disparaissant pendant des mois. La forme peut-être mono ou poly-articulaire. Le traitement est celui d'une maladie rhumatismale classique.

Les douleurs d'épaule peuvent également révéler une **ostéonécrose aseptique de la tête humérale à la symptomatologie fruste**.

Une présentation inhabituelle est celle de l'épaule dite de MILWAUKEE ou **arthropathie destructrice lente idiopathique**. Elle touche préférentiellement les femmes d'un âge moyen de 75 ans, avec une évolution lente. Elle est responsable de douleurs modérées de type mécanique, se présentant comme une grosse épaule douloureuse avec une limitation majeure des mouvements, une instabilité importante. La radiologie montre une arthropathie destructrice

pouvant aller jusqu'à la destruction complète de l'articulation. Le traitement est généralement une prothèse d'épaule.

Plexus, tu quoque !

L'épaule est un lieu de passage de structures nerveuses, celles-ci peuvent donner des douleurs. Ces douleurs sont le résultat d'une compression : soit par des muscles normaux, soit par une côte cervicale, il s'agit du syndrome du défilé thoracique, soit par une invasion tumorale. Il s'agit alors généralement d'une tumeur du sommet du poumon, donnant des douleurs neurogènes du bras augmentées par le mouvement des cervicales et du membre supérieur. On l'appelle généralement **le syndrome de PANCOAST-TOBIAS**. Un traumatisme direct ou indirect ainsi qu'une plexopathie post-radique peuvent donner ce type de douleurs également.

On rencontre des étiologies inflammatoires, **le syndrome de PARSONAGE TURNER** qui consiste en une douleur unilatérale de l'épaule accrue par la mobilisation, rebelle aux antalgiques et s'accompagnant progressivement d'une perte de la musculature et d'une paralysie de certains muscles. L'évolution est celle d'une neuropathie inflammatoire, c'est à dire généralement favorable.

Le syndrome du défilé thoracique est une compression du plexus brachial de l'artère et de la veine sous-claviculaire, par les éléments osseux et musculaires environnants. Le diagnostic est le plus souvent clinique. Le traitement de première intention est la rééducation qui devra favoriser le dispositif d'ouverture de ce défilé par la contraction cervico-scapulaire, la force des muscles cervicaux, et des élévateurs scapulaires ainsi que par le travail de la ventilation diaphragmatique et costale inférieure. La chirurgie n'est qu'un traitement de deuxième intention.

Bursite or not bursite ?

Une présentation inhabituelle des douleurs de l'épaule est **la bursite sous deltoïdienne** qui dans sa forme aiguë se présente comme une épaule hyper-algique. Tous les mouvements sont douloureux avec une atteinte plus spécifique de l'abduction de l'élévation antérieure et de la rotation médiale. La palpation acromiale est douloureuse et il existe parfois une tuméfaction avec un nodule.

La rupture de la coiffe est un diagnostic différentiel, piègeur car il peut parfois accompagner la bursite. Le traitement est classique, médicamenteux et par infiltration locale. La persistance de douleurs doit amener à réaliser l'examen à la recherche d'atteinte que l'on ne connaît pas.

Bref, le canal en plus :

Le dernier type de douleurs d'épaule abordé ici, est d'origine canalaire, c'est à dire liée à la compression d'un tronc nerveux en regard de l'épaule.

En effet, l'épaule est le lieu de passage de différents troncs nerveux, nés du plexus brachial.

Ce sont généralement des douleurs retrouvées chez la personne sportive professionnelle ou « du dimanche » (tennis, baseball, volley ball...), bien que d'autres causes puissent être retrouvées.

Trois types de troncs nerveux peuvent être comprimés à différents niveaux :

- le nerf supra scapulaire, dans l'échancrure coracoïdienne au bord supérieur de l'omoplate ;
- le nerf axillaire, dans l'espace quadrilatère à la face postérieure de l'omoplate et du bras ;
- le nerf thoracique long ou nerf de Charles BELL, dont l'atteinte est plus rarement isolée.

Le symptôme clinique d'appel est identique pour ces trois pathologies : il s'agit d'une douleur diffuse de l'épaule peu spécifique, associée à une sensation de faiblesse musculaire caractéristique de l'atteinte neurologique, mais beaucoup plus rare. Le cas typique pouvant ainsi être le tennisman de haut niveau qui au cours d'un match va voir diminuer son taux de réussite en premier service lors d'une compression du nerf supra scapulaire.

Secondairement, **une amyotrophie musculaire** des muscles concernés (muscle supra et/ou infraépineux de la face postérieure de l'épaule pour le nerf supra scapulaire, muscle dentelé avec décollement de l'omoplate caractéristique pour le nerf thoracique long et muscle deltoïde et petit rond pour le nerf axillaire) va s'installer et c'est souvent, à ce stade, que le patient consulte.

En pratique, il peut être difficile de poser le diagnostic, d'autant que le premier réflexe est souvent d'évoquer une pathologie des muscles de la coiffe des rotateurs dont la symptomatologie peut être similaire.

Néanmoins, l'enjeu diagnostic est important si l'on veut éviter l'installation d'une amyotrophie musculaire irréversible.

L'autre piège du diagnostic est de penser à une lésion tronculaire devant une atteinte neurologique plus étendue : **PARSONAGE TURNER (racines C5 et C6), plexus brachial...** Ou d'ignorer l'association de deux compressions tronculaires (dans 30 % des cas, l'atteinte du nerf supra scapulaire et celle du nerf thoracique long sont concomitantes).

Plusieurs examens diagnostics pourront permettre de confirmer le diagnostic (ou d'ailleurs d'éliminer un diagnostic différentiel) : tel qu'un processus malin, comme **le PANCOAST TOBIAS** ou **une rupture de coiffe**, ou **une compression neurologique** plus haut située (plexus brachial, atteinte centrale d'origine cervicale, PARSONNAGE TURNER...).

L'électromyogramme (EMG) et l'IRM de l'épaule sont souvent d'une grande utilité pour le diagnostic.

Le traitement repose sur les mêmes principes de base. En premier lieu, l'éviction des gestes favorisant, notamment sportifs. Les autres traitements employés peuvent être les antalgiques, les anti inflammatoires, l'infiltration éventuellement sous contrôle radiologique, et la kinésithérapie.

Après un traitement médical bien conduit d'une durée de 4 à 6 mois, ou devant la présence d'**une amyotrophie**, il est nécessaire d'avoir recours à un avis chirurgical afin d'envisager une libération du nerf (neurolyse) et/ou une éventuelle chirurgie palliative.

En conclusion

La pathologie de l'épaule est fréquente, diverse et variée, et il est nécessaire de ne pas restreindre son champ de pensée à la pathologie de la coiffe des rotateurs, classiquement bien connue.

En particulier, il faut toujours garder en arrière pensée les étiologies tumorales et neurologiques (cervicale, plexopathie ou syndrome canalaire) afin de ne pas les méconnaître.

Le diagnostic doit toujours être précédé d'un examen clinique bilatéral et comparatif.

Il est souvent utile de recourir à un EMG ou une IRM de l'épaule pour le diagnostic.

Le traitement est le plus souvent médical en première intention, mais un avis chirurgical est opportun dans de nombreuses pathologies, en particulier, en cas de résistance au traitement.