LE CONFLIT SOUS ACROMIAL

a) Fonction

Lors des mouvements du membre supérieur, les tendons de la coiffe des rotateurs passent sous un élément osseux et ligamentaire (arche) composé de la face inférieure de l'acromion, l'élément le plus externe de l'omoplate et du ligament acromio-coroïdien qui lui fait suite en avant ; il peut se produire un contact ou un frottement lors des mouvements du membre supérieur notamment dans les rotations, bras en l'air entraînant une inflammation et des phénomènes douloureux. Le geste professionnel et ou sportif ou la modification des éléments anatomiques (modification osseuse de l'acromion à sa partie inférieure) sont à l'origine de ce conflit sous acromial.

b) Symptômes :

il s'agit de douleurs à l'activité notamment à bout de bras ou au dessus du niveau des épaules d'apparition spontanée ou avec un facteur déclenchant (effort, travail répétitif). Ces douleurs surviennent également volontiers la nuit, de caractère insomniant.

c) Diagnostic et examen :

Votre médecin et ou votre chirurgien par l'analyse de vos symptômes et un examen médical précis (tests de conflit) évoqueront le diagnostic.

Des radiographies seront réalisées selon des incidences spécifiques pour mettre en évidence un remodelage éventuel des éléments osseux.

Une échographie et ou un arthroscanner pourront être réalisés afin d'étudier au mieux les tendons douloureux.

d) Le traitement :

Un traitement médical peut être initialement entrepris après établissement du diagnostic précis ; il fait intervenir le repos, une rééducation kinésithérapique spécifique et éventuellement une infiltration dans l'espace entre les tendons et

l’os acromial, zone élective de l’inflammation douloureuse.

En cas d’échec de ce traitement médical, votre chirurgien pourra vous proposer un geste chirurgical arthroscopique qui permettra de traiter l’inflammation de l’espace sous acromial en améliorant l’espace de glissement des tendons par une réduction du volume de l’acromion et une section du ligament acromio-coracoïdien.

e) Suites opératoires et rééducation :

La durée d’hospitalisation est d’environ 3 jours et ce geste chirurgical arthroscopique ne nécessite pas d’immobilisation stricte. Votre chirurgien et un kinésithérapeute vous montreront des exercices à réaliser par courte séquence toutes les heures ou toutes les deux heures afin d’entretenir la mobilité de l’épaule tout en respectant un repos post opératoire. Ces exercices sont intensifiés après le premier mois postopératoire pour retrouver une fonction normale entre le 2ème et le 3ème mois. Les douleurs du conflit sous acromial disparaissent rapidement mais les douleurs postopératoires s’amendent entre deux et six semaines.

f) Complications :

Les phénomènes douloureux peuvent persister plus longtemps.

Une raideur postopératoire peut survenir, par une réaction inapropriée de l’enveloppe articulaire qui se rétracte entraînant un enraidissement et une réduction de la mobilité qui allongera le délai de récupération de plusieurs mois.

L’infection est une complication tout à fait exceptionnelle des interventions arthroscopiques.

g) Résumé :

Le conflit sous acromial est la première cause des douleurs d’épaule après 35 ans. Après un diagnostic précis et en cas d’échec du traitement médical, ce conflit est accessible à un traitement arthroscopique par un chirurgie expérimentée avec dans l’extrême majorité des cas,un résultat excellent.

LES CALCIFICATIONS DES TENDONS DE LA COIFFE DES ROTATEURS (TENDINOPATHIE CALCIFICANTE).

La calcification intra tendineuse des tendons de l'épaule est une cause fréquente des douleurs d'épaule de la quarantaine touchant particulièrement les femmes. Ces élements calciques intra tendineux peuvent être asymptomatiques et de découverte forfuite ou peuvent être en rapport avec d'importantes douleurs qui trouvent leur apogée lors de l'éclatement de la calcification dans l'espace sous acromial, à la face superficielle des tendons de la coiffe.

a) Physiologie :

Dans la fonction des tendons de la coiffe des rotateurs lors de l'élévation antérieure ou dans les rotations en position bras levés, les tendons ont tendance à frotter sous l'os acromial. Lorsqu'il existe une calcification (dont l'origine est encore malconnue actuellement), le tendon est douloureux puisqu'il est "parasité" par cet élément étranger.

Il en résulte un gonflement de par la présence de la calcification et un phénomène conflictuel par frottement sous l'acromion ; on retrouve la notion, souvent de conflit sous acromial par présence d'une calcification intra tendineuse.

Cette calcification localisée le plus souvent dans le tendon du muscle sus épineux, a tendance à augmenter de volume avec des symptômes qui s'aggravent parallèlement à cette évolution puis à se libérer dans l'espace sous-acromial entraînant une réaction inflammatoire extrêmement sévère associée à une crise douloureuse de quelques jours ; l'organisme s'occupe alors "du nettoyage" et la disparition des phénomènes douloureux se fait spontanément en quelques semaines. Dans certains cas, cette calcification se stabilise et n'évolue plus avec des phénomènes douloureux importants nécessitant alors une intervention chirurgicale arthroscopique.

b) Signes et symptômes :

La présence d'une calcification d'un tendon de l'épaule peut passer totalement inaperçue mais s'accompagne très régulièrement de phénomènes douloureux évoluant sur deux modes, correspondant à l'histoire naturelle de

cette calcification

- un mode chronique avec un fond douloureux quotidien aggravé par le mouvement et également nocturne ; ces douleurs s'aggravent en fonction du volume de la calcification.

- un mode aigu avec une crise douloureuse quasi-intolérable de quelques jours et des douleurs paroxystiques.

c) Diagnostic et examen :

Votre chirurgien, par un examen précis et spéficique permettra d'évoquer cette calcification dont les signes et les symptômes ressemblent à ceux d'un conflit sous acromial.

Les clichés radiographiques en incidence de face (3 rotations) et le profil de coiffe de "Lamy" permettront d'identifier clairement les calcifications.

d) Le traitement :

Il est licite de suivre l'évolution de cette calcification par des radiographies régulières si les douleurs sont tolérables avec un traitement médical de fond et éventuellement une infiltration sous acromiale.

En phase aigue, une infiltration sous-acromiale sera très volontiers réalisée pour soulager les phénomènes douloureux.

En cas de stabilisation de la calcification et de persistance de phénomènes douloureux invalidants, une intervention chirurgicale arthroscopique sera proposée par votre chirurgien afin de réaliser l'exérèse et l'aspiration de cette calcification. Ce geste n'est pas indiqué en phase aigue puisqu'après la crise douloureuse, l'évolution est très souvent spontanément favorable.

e) Suites opératoires et rééducation :

L'hospitalisation est d'environ 3 jours, le bras n'est pas immobilisé de façon stricte.

La rééducation sera menée par le patient lui-même par des exercices enseignés par le chirurgien et le kinésithérapeute, à réaliser par courte séquence de façon pluri-quotidienne.

La disparition des phénomènes douloureux se fait progressivement au fil des semaines. La restauration de la fonction complète s'échelonne sur plusieurs mois en raison de la nécessité de la cicatrisation du tendon sur la zone d'exérèse de la calcification.

f) Complications :

Les phénomènes douloureux peuvent persister plus longtemps que pour un traitement chirurgical arthroscopique d'un simple conflit sous-acromial.

Une raideur post opératoire ou capsulite rétractile est possible comme pour tous gestes arthroscopiques de l'épaule, allongeant la récupération fonctionnelle. Cette capsulite est en rapport avec une réaction indésirable de l'enveloppe articulaire qui se rétracte, entraînent une réduction des mobilités articulaires.

L'infection est une complication tout à fait exceptionnelle de la chirurgie arthroscopique de l'épaule.

g) Résumé :

La tendinopathie calcifiante de l'épaule, volontiers du sus-épineux est une maladie relativement fréquente chez les femmes autour de la 4ème décennie. En cas d'échec de l'évolution spontanée sous traitement médical, une exérèse arthroscopique peut être proposée avec d'excellents résultats sur trois à quatre mois.

LES RUPTURES DE LA COIFFE DES ROTATEURS

La rupture de la coiffe des rotateurs est une source fréquente de douleurs de l'épaule et de perte fonctionnelle du membre supérieur : diminution de la force à bout de bras, des performances notamment au dessus du niveau des épaules.

Les lésions de la coiffe des rotateurs augmentent statistiquement avec l'âge et peuvent être plus ou moins bien tolérées. Elles sont en rapport avec un traumatisme qui entraîne la déchirure ou avec une dégénérescence (usure progressive) des tendons au fil du temps notamment chez les travailleurs manuels.

a) La maladie :

L'ensemble des muscles et tendons de la coiffe des rotateurs sert à la mobiltié du membre supérieur et à donner de la force dans les mouvements complexes, à bout de bras et au dessus du niveau des épaules. La rupture survient préférentiellement sur le tendon du sus épineux qui est le plus sollicité dans les gestes habituels de la vie quotidienne et de la vie professionnelle mais peut s'étendre aux autres tendons ou survenir isolément sur ces autres tendons.

b) Signes et symptômes :

La rupture traumatique lors d'accident ou de chute entraîne une douleur due au traumatisme et une impotence fonctionnelle qui débouche sur un bilan médical et un bilan d'imagerie. Dans le cadre des ruptures dégénératives par usure tendineuse, les symptômes les plus fréquents sont la douleur au mouvement mais également souvent nocturne insomniante avec une perte de force à bout de bras ou une impotence fonctionnelle plus ou moins complète.

c) Diagnostic et examens complémentaires :

Votre médecin et ou votre chirurgien à l'issue de l'analyse de vos symptômes et de leur évolution dans le temps pratiquera un examen médical précis testant un par un les tendons de la coiffe des rotateurs permettant d'évoquer un diagnostic qui sera confirmé par des examens complémentaires : il s'agit :

- d'un bilan radiographique

- d'une échographie

- le plus souvent d'un arthroscanner qui reste l'examen à la fois le plus accessible et le plus performant.

- une IRM peut également être demandée

d) Traitement :

Le traitement d'une rupture de la coiffe des rotateurs est éminemment variable d'une personne à l'autre : en effet, votre chirurgien vous proposera un traitement en fonction de l'analyse de nombreux paramètres issus de votre situation personnelle :

- côté dominant ou non de l'atteinte, âge et état général, importance de la gêne dans la vie quotidienne, impotence fonctionnelle complète ou partielle, taille de la rupture, état des tendons et des muscles restants…

A l'issue d'une discussion menée avec votre chirurgien : deux traitements peuvent être envisagés :

- un traitement conservateur médical,

- un traitement chirurgical

1° Le traitement conservateur : Il associe un traitement médical anti inflammatoire et antalgique, le repos, éventuellement une infiltration et également une kinésithérapie spécifique.

2° Le traitement chirurgical : A l'issue de l'analyse méthodique des différents éléments de votre cas particulier, votre chirurgien peut être amené à vous proposer un traitement chirurgical de votre rupture de la coiffe des rotateurs ; il faut savoir que la taille de la rupture de la coiffe tend à augmenter au fil du temps avec l'activité naturelle des membres supérieurs avec à terme la menace de l'impotence fonctionnelle plus ou moins complète.

Ce geste chirurgical, techniquement délicat est réalisé à chaque fois que les conditions le permettent sous arthroscopie et dans certains cas particuliers par ouverture classique("intervention à ciel ouvert").

Dans d'autres cas si la fonction est préservée avec une rupture irréparable mais des phénomènes douloureux résistant au traitement médical une arthroscopie à visée antalgique est indiquée.

Lorsque l'impotence fonctionnelle est majeure avec des lésions irréparables des tendons et des phénomènes douloureux quotidiens, une intervention prothétique d'un type particulier (prothèse inversée) sera envisagée afin de rendre au membre supérieur une fonction et une indolence sans pouvoir néanmoins restaurer de la force à bout de bras : cette intervention est très bénéfique donc sur le mouvement et la douleur mais ne permet pas au patient de retrouver de la force et de la puissance.

e) Complications :

L'intervention réparatrice de la coiffe des rotateurs, pratiquée dans des mains expérimentées n'apporte que peu de complications. On peut noter :

- une récidive de la rupture de la coiffe des rotateurs.

- une limitation relative de la mobilité ne compromettant pas le résultat fonctionnel.

- une infection, extrêmement rare sous arthroscopie mais un peu plus fréquente dans les interventions à ciel ouvert.

- la persistance de phénomènes douloureux résiduels.

f) Suites opératoires et rééducation :

Vous avez compris que le type de lésions et la prise en charge chirurgicale peuvent être extrêmement variables dans le cadre des ruptures de la coiffe des rotateurs ; la rééducation l'est tout à autant, en fonction de la technique chirurgicale choisie. Fiez-vous à votre chirurgien dans le protocole de soins post opératoires qu'il daptera à votre cas personnel.

g) Résumé :

La rupture de la coiffe des rotateurs est une pathologie fréquente mais d'expression extrêmement variable et de traitement varié, un praticien spécialisé expérimenté permettra de choisir avec vous le traitement le plus adapté à votre cas personnel et de le réaliser dans les meilleures conditions techniques. Les suites opératoires sont généralement longues : récupération de la mobilité sur trois à quatre mois, de la force de la puissance et de l'aisance sur six à douze mois.