

Jean-Paul, 40 ans, droitier, se plaint de douleurs récidivantes de l'épaule droite au cours de ses activités sportives et notamment au volley-ball ; il est par ailleurs en bonne santé. La dernière récurrence de ses douleurs est apparue suite à la reprise du volley-ball à la plage. La douleur antérieure est déclenchée au moindre mouvement d'abduction, sans irradiation au bras, ni à l'avant bras, ni au poignet, et est calmée par le repos, sans aucune composante nocturne.

C'est un ancien joueur de volley-ball en amateur (entre 15 et 25 ans).

Aucun antécédent médical notamment gastrique ou cardiaque, aucun traitement, et un régime riche en protéines et tomates.

A l'examen clinique initial : pas de raideur de l'épaule, pas de gonflement, chaleur cutanée normale, une douleur à la palpation de la face antéro-supérieure de l'humérus, une douleur à l'abduction passive et active contrariée et, pour cette dernière, quelle que soit la position du bras (coude au corps, coude RE1 en abduction, RE2).

Le diagnostic de tendinopathie mécanique est-il envisageable ?

Oui, car l'interrogatoire n'est pas en faveur d'une pathologie inflammatoire métabolique mais bien mécanique.

Devez-vous prescrire des examens paracliniques ou biologiques pour le confirmer ? Justifiez-le :

Pas forcément de première intention car clinique banale, mais en fonction d'une non réponse au traitement médical

Quel tendon suspectez-vous ?

Tendon du supra épineux (sus épineux)

Après un repos sportif de 15 jours et des AINS per os pendant six jours, le patient revient vous voir.

Lors de cette visite de contrôle à J15, il vous dit n'avoir aucune douleur dans la vie courante mais seulement au cours de l'abduction, notamment au cours du service et des smashes (il a repris des « petits matchs »). Cliniquement, il a toujours mal à la face antéro-supérieure de l'humérus, au cours de l'abduction passive entre 70° et 80° d'abduction pouce en rotation médiale et bras dans le plan de l'omoplate, au cours de l'abduction contrariée bras dans les mêmes positions (plan de l'omoplate et à 80° d'abduction pouce en rotation médiale).

L'abduction contrariée coude au corps n'est pas douloureuse.

Quel est votre diagnostic ?

Conflit sous acromial

**Ce conflit est-il antéro-supérieur, antéro-interne ou postéro-supérieur ?
Cela a-t-il une importance de faire la distinction ?**

Conflit antéro-supérieur

Oui, car les tests cliniques seront différents, les examens paracliniques (incidence radios et bilan écho) seront de meilleure qualité et leurs résultats plus performants si on oriente le praticien et la prise en charge thérapeutique n'est pas strictement la même.

CAE le plus classique agresseur = voute acromiale et ligament acromio coracoïdien /victimes : tendon supra épineux infra épineux ou sous scapulaire.

CAI agression entre la coracoïde et le trochin/ victime tendon sous scapulaire et sus épineux
Rééducation classique d'abaissement marche mal la chirurgie classique de décompression ne donnera pas de résultat

CPS il faut rechercher une micro instabilité (lésion du bourrelet) la rééducation est surtout axé sur le centrage actif la chirurgie de décompression ne marche pas

CAE tests cliniques Job passif Hawkins job actif (testing du sus épineux) testing du sous épineux en position RE 2 (Patte)

CAI tests cliniques : Hawkins en position bras en dedans cross arm test + test actifs de Yocum (teste le sus épineux)

CPS plus rare rechercher cliniquement surtout chez patient jeune une instabilité type lésion du bourrelet (test d'appréhension) + tendinopathie du sous épineux test bras en abd dans plan des épaules (position de Patte) tendinopathie du sus-épineux en position de Neer

Faut-il rechercher une instabilité de l'épaule ? Justifiez-le :

Non pour un conflit antéro sup, il n'est nécessaire de rechercher d'emblée une instabilité

Faut-il demander des examens paracliniques ? Si oui, lesquels ? Justifiez-les :

L'instabilité doit être recherché de première intention pour un conflit postéro supérieur et de deuxième intention pour un CAE qui n'est pas expliqué par une cause anatomique de la voute acromiale et ligament AC

CAE demander un bilan Rx et une échographie dynamique

RX face et profil de coiffe (Lamy) à la recherche d'une anomalie morphologique de l'acromion ou de calcifications

Echographie pour visualiser le conflit notamment au niveau du ligament AC et quantifier les lésions anatomiques tendineuses (3 stades du conflit)

L'échographie montre une hyper-échogénéicité du tendon supra-épineux. La radiographie indique un bec acromial proéminent sans aucune calcification. L'examen postural présente une omoplate surélevée à droite en légère antéposition avec des trapèzes un peu contracturés.

Prescrivez-vous de la rééducation ? Si oui, de quel type ?

Il faut savoir les limites de la rééducation classique de dé coaptation qui a un but antalgique et penser à une logique de recentrage actif adapté Ici recentrage de l'omoplate (qui est antépulsée et haute) centrage passif puis actif et ensuite travail de renforcement musculaire en position centrée de l'omoplate

La mésothérapie a-t-elle sa place ? Justifiez-le :

Oui, la mésothérapie est indiquée

Quel(s) protocole(s) proposez-vous ?

Ce patient est dans le cadre d'un conflit stade 2 sur CAE avec bec acromial agressif la mésothérapie est proposée associée à la rééducation et repos relatif

Deux objectifs antalgique (premières séances) puis trophique (séances ultérieures)

Points de poncture en regard des zones douloureuses à l'examen clinique (palpation directe tests isométriques contrariés plus palpation) en points ciblés profonds (IDP) et nappage ou IED en regard de la face antéro externe de l'épaule et du trajet ligament AC

Au vu de la position haute de l'omoplate palpation en plus des muscles et tendons de la coiffe, du trapèze et SCM et palpation de la peau (recherche de dnd si positive bilan rachidien).

Protocole initial à visée antalgique

Lidocaïne + Ains + ColtramyI en IDP

Lidocaïne + Calcitonine + ColtramyI en nappage ou IED

Protocole suivant à visée trophique

Surtout techniques superficielles de nappage ou IED

Lidocaïne + complexe vitaminé + calcitonine

En cas d'échec du traitement médical adapté sur 4 à 6 mois et l'impossibilité de reprendre son activité sportive sans douleur, peut-on proposer un acte chirurgical ? Si oui, de quel type ?

En cas d'échec du trt médical (repos relatif rééducation et mésothérapie) devant un conflit avec une composante anatomique et des lésions modérées tendineuses indication de chirurgie décompressive (acromioplastie sous arthroscopie).

CAS CLINIQUE N°2

Henri, 35 ans, sans antécédents médicaux particuliers, notamment de l'épaule, se plaint d'une douleur de l'épaule droite suite à un traumatisme datant de 8 jours (valise un peu lourde qui « a emporté mon bras en la sortant de la soute à bagage dans l'avion »).

Cliniquement : douleur mécanique améliorée au repos.

A l'examen, l'épaule est douloureuse avec une aggravation de la douleur aux mouvements actifs.

Pas de raideur en passif doux.

Lequel de ces deux diagnostics vous paraît le plus probable ?

Rupture partielle de la coiffe (traumatisme indirect en sollicitation excentrique du complexe myo tendineux)

Quel(s) test(s) clinique(s) pouvez-vous proposer en cas d'une suspicion de rupture du sus-épineux ?

Sus épineux : test isométrique contrarié comparatif avec épaule saine avec mise en évidence d'une perte de force. Mesure de cette force au dynamomètre

Quel(s) test(s) clinique(s) pouvez-vous proposer en cas d'une suspicion de rupture du sous-épineux ?

Test comparatif basique moins performant, il faut le faire en fin de course interne (bras en rot externe pour le sous épineux).

Sinon limitation active (mais pas passive) de la rotation externe.

Test du portillon. Test musculaire d'opposition à la résistance élastique capsulaire (drop sign) à bien maîtriser car peut être agressif.

Quels examens paracliniques proposez-vous ? Qu'en attendez-vous ?

De première intention l'échographie (opérateur dépendant).

En deuxième intention : si rupture transfixiante : arthroscanner / si rupture non transfixiante et touchant la face superficielle du tendon : IRM.

Arthro IRM d'indication très spécialisée (coût prohibitif).

Echographie examen de base mise en évidence d'hyposignal transfixiant ou intra tendineux avec localisation de cet hyposignal (face profonde ou superficielle).

Arthroscanner visualise le passage du produit de contraste à partir de l'articulation vers la bourse sous deltoïdienne en cas de lésion transfixiante ou de la face profonde avec invagination du produit dans le corps tendineux.

IRM visualisera les lésions de la face superficielle et intra tendineuse ne touchant pas la face profonde visualise bien dans les lésions graves la rétraction du corps musculaire.

Quels sont les traitements que vous proposez ?

Repos sportif 45 à 90 jours plus rééducation précoce mais adaptée. A visée antalgique (physiothérapie) et lutte contre la raideur au départ. Puis travail musculaire progressif en course interne au départ et à la fin travail excentrique (protocole de Stanish).



CAS CLINIQUES

Quelle est la place de la mésothérapie dans la prise en charge thérapeutique de ce patient ?

La mésothérapie n'est pas contre-indiquée si le diagnostic est établi et la prise en charge spécifique mise en route, mais seule et sans diagnostic nosologique c'est une erreur médicale.

La mésothérapie a une place relative d'appoint dans cette prise en charge elle a un but antalgique et pourra faciliter la rééducation, elle peut aussi être un complément trophique dans la phase de cicatrisation, MAIS elle ne raccourcit pas les délais de cicatrisation.