

L'épaule douloureuse chronique

Comment épauler votre patient?



L'épaule douloureuse chronique est une affection médicale fréquente. Même si elle est considérée bénigne, elle entraîne d'importantes limitations fonctionnelles et professionnelles. Elle constitue, après la lombalgie et la cervicalgie, la troisième cause la plus fréquente de trouble musculosquelettique.

Par André Roy, M.D., Elisabeth Ling, M.D., et Thierry Dahan, M.D.

L'épidémiologie

La moyenne d'âge d'apparition des symptômes attribuables à une lésion de la coiffe des rotateurs est estimée à 55 ans. Ces affections sont plus fréquentes après l'âge de 40 ans. Avant cet âge, il est rare de retrouver des déchirures de la coiffe des rotateurs. Après l'âge de 50 ans, la fréquence des lésions augmente de façon linéaire. Toutefois, une lésion de la coiffe n'est pas nécessairement douloureuse; des déchirures ont été observées à la résonance magnétique nucléaire chez 34 % des individus **asymptomatiques** de tous les âges.

Le Dr Roy est physiatre, chargé d'enseignement clinique, CHUM et Institut de réadaptation de Montréal, et directeur de la Clinique de médecine du sport, CHUM et Université de Montréal.

La Dre Ling est résidente IV en physiatrie, Université de Montréal.

La physiopathologie

La physiopathologie de la dégénérescence de la coiffe des rotateurs n'est pas encore parfaitement connue. Deux hypothèses coexistent : les hypothèses extrinsèque et intrinsèque.

L'hypothèse extrinsèque

Selon cette hypothèse, la lésion est attribuable à un accrochage répété de la coiffe des rotateurs sur différentes structures de l'épaule. Il existe trois syndromes d'accrochage :

Le syndrome d'accrochage antéro-supérieur de Neer : Ce syndrome survient à la suite d'un accrochage du tendon du sus-épineux sous l'arche coraco-acromial lors des mouvements de flexion de

Le Dr Dahan est physiatre, Hôpital Juif de réadaptation.

L'épaule douloureuse chronique

En bref : L'épaule douloureuse chronique

Quelle est la cause de la dégénérescence de la coiffe des rotateurs?

- Lésions attribuables à un accrochage répété de la coiffe des rotateurs sur différentes structures de l'épaule (hypothèse extrinsèque) OU à une dégénérescence tendineuse progressive due à l'âge (hypothèse intrinsèque).

Quels sont les symptômes?

- Épisodes variables de récurrences à la suite d'activités plus intenses et répétées, épisodes de rémission grâce au repos ou à un traitement, la douleur devient plus constante, les activités à bout de bras ou au-dessus des épaules augmentent la douleur. Avec le temps, on peut observer de la faiblesse lors des mouvements d'élévation de l'épaule.

Comment faire l'anamnèse?

- L'observation, la palpation, les mouvements actifs et passifs, les manœuvres d'accrochages, les manœuvres topographiques.

Quel traitement choisir?

- Le repos, la médication, l'infiltration sous-acromiale de cortisone, les thérapies physiques, les exercices, la thérapie manuelle, le traitement chirurgical.

l'épaule. Il explique les déchirures superficielles des tendons de la coiffe des rotateurs, c'est-à-dire celles situées du côté de la bourse. Par contre, il n'explique pas les déchirures profondes, c'est-à-dire celles retrouvées du côté de l'articulation.¹

Le syndrome d'accrochage postéro-supérieur de Walsh : Ce syndrome survient lorsque l'épaule est positionnée à 120 degrés d'abduction, en extension et en rotation externe extrême à la manière d'un salut militaire. Cet accrochage entraîne des microtraumatismes répétés et des déchirures de la face articulaire du tendon du sus-épineux.²

Ce syndrome a été rapporté chez les gens qui pratiquent des sports de balle ou de raquette (*overhead athletes*) et il ne peut pas expliquer les déchirures du côté articulaire de la coiffe chez les sujets plus âgés.

Le syndrome d'accrochage antéro-interne de Gerber : Ce syndrome survient lorsque l'épaule est positionnée en flexion et en rotation interne comme dans les sports de combat. Il se produit une diminution de l'espace entre l'apophyse coracoïde et la tête humérale (intervalle coraco-huméral). Cette diminution de l'espace produit une zone de conflit qui favorise l'accrochage entre l'apophyse coracoïde, le tendon du sous-scapulaire, la petite tubérosité, le tendon du sus-épineux et de la longue portion du biceps, produisant ainsi des lésions tendineuses.³

L'hypothèse intrinsèque :

Selon cette hypothèse, les lésions de la coiffe résultent d'une dégénérescence progressive reliée à l'âge. De nombreuses études chirurgicales, cadavériques, ultrasonographiques, arthrographiques et à la résonance magnétique ont démontré que les déchirures de la coiffe des rotateurs étaient rarement observées avant l'âge de 40 ans et que leur incidence augmentait progressivement après l'âge de 50 ans. La majorité de ces déchirures étaient situées sur la surface articulaire du tendon et elles ne pouvaient être expliquées par des facteurs extrinsèques tels que décrit plus haut. Il semble que le processus de dégénérescence normal associé à l'âge soit le principal facteur pour expliquer les lésions du côté articulaire de la coiffe des rotateurs.

Il est probable que les hypothèses extrinsèque et intrinsèque coexistent et expliquent la physiopathologie de la dégénérescence de la coiffe des rotateurs

Quels sont les symptômes?

La moitié des patients décrivent un début progressif de la douleur à l'épaule, tandis que les autres peuvent

L'épaule douloureuse chronique

identifier un événement précis. L'évolution se caractérise par des épisodes variables de récurrences à la suite d'activités plus intenses et répétées de l'épaule, suivi par des épisodes de rémission grâce au repos ou à un traitement.

À mesure que la maladie progresse, la douleur à l'épaule devient plus constante. Les activités à bout de bras ou au-dessus des épaules augmentent typiquement la douleur. Avec le temps, on peut observer de la faiblesse lors des mouvements d'élévation de l'épaule. De plus, la douleur à l'épaule peut être accompagnée par des douleurs au cou (cervicalgies) ainsi que des douleurs inter-scapulaires.

Comment procéder à l'anamnèse?

On doit procéder à un interrogatoire complet de façon à poser le bon diagnostic et à orienter l'examen physique. La plupart du temps, on peut poser un diagnostic précis à la suite d'un interrogatoire systématique (tableau 1).

Nous n'insisterons jamais assez sur l'importance de procéder à un interrogatoire systématique et détaillé. Vouloir raccourcir l'interrogatoire pour épargner du temps mènera à un diagnostic inadéquat et à un examen physique non dirigé.

L'examen physique

Un examen physique systématique doit comporter les éléments suivants :

1. L'observation
2. La palpation
3. Les mouvements actifs et passifs
4. Les manœuvres d'accrochage
5. Les manœuvres topographiques

L'observation

Le patient doit être dévêtu. On doit examiner la région cervicale, les épaules, les membres supérieurs et évaluer les contours osseux, les articulations et les tissus mous.

L'observation antérieure doit rechercher une asymétrie des clavicules, des articulations sterno-claviculaires et acromio-claviculaires. Une subluxation ou une luxation de ces articulations est facilement détectable. À l'inspection des tissus mous, on doit rechercher une atrophie du deltoïde. Elle suggère une atteinte du nerf circonflexe, du plexus brachial supérieur ou une radiculopathie C5-C6. Une tuméfaction sous le deltoïde antérieur

ACTONEL : Lorsque vous recherchez des résultats rapides et durables dans le traitement de l'ostéoporose

D'ici seulement 12 mois, 1 femme sur 5 pourrait subir une nouvelle fracture vertébrale^{1*}

ACTONEL a procuré des résultats rapides

- ACTONEL est le seul traitement éprouvé à offrir une réduction significative du risque de fracture radiographique ou clinique en seulement un an^{2,3††}

- Une réduction des nouvelles fractures vertébrales pouvant atteindre 65 % a été démontrée en seulement 1 an (ACTONEL, 2,4 % vs témoins, 6,4 %; $p < 0,001$; $n = 2\ 458$)^{2††}

ACTONEL a procuré des résultats durables

- Une protection durable contre les fractures sur une période de 3 ans^{2,3††}

* Selon l'analyse des données de 4 essais d'envergure, d'une durée de 3 ans, sur le traitement de l'ostéoporose et réalisés auprès de 2 725 patients (risque relatif [RR] = 5,1; présence de ≥ 1 fracture préexistante; $p < 0,001$).

† Essai comparatif à double insu avec randomisation et groupe témoin portant sur 2 458 femmes ménopausées ayant subi au moins 1 fracture vertébrale. Toutes les patientes ont reçu 1 g/j de calcium et, si les valeurs de départ étaient faibles, 500 UI/j de vitamine D.

†† Essai clinique de 3 ans (VERT-MN) portant sur 1 226 femmes ménopausées (18,1 % vs 29 %; $p < 0,001$). Toutes les patientes ont reçu 1 g/j de calcium et, si les valeurs de départ étaient faibles, 500 UI/j de vitamine D.

5 mg



Action rapide et durable

© Actonel est une marque déposée de Procter & Gamble Pharmaceuticals, Inc., É.-U., utilisée sous licence par Aventis Pharma Inc., Laval (Québec) H7L 4A8.

Monographie du produit fournie sur demande.

**LA COMPAGNIE PHARMACEUTIQUE
Procter & Gamble**

Fabriqué et distribué par :
La Compagnie Pharmaceutique
Procter & Gamble Canada, Inc.
Toronto (Ontario) M5W 1C5

Aventis Pharma

Commercialisé conjointement avec :
Aventis Pharma Inc.
Laval (Québec) H7L 4A8

Membre
R&D CCPP



L'épaule douloureuse chronique

Tableau 1

Questions-clés

L'âge du patient?

- moins de 40 ans : éliminer l'instabilité de l'épaule
- 40 ans et plus : dégénérescence de la coiffe

L'occupation, sports?

- mouvements répétitifs au-dessus des épaules ou à bout de bras favorisent une tendinopathie de la coiffe

Le mécanisme du trauma?

- chute avec mouvements combinés d'abduction-extension-rotation externe : luxation antérieure gléno-humérale

L'endroit de la douleur?

- douleur à la région supérolatérale de l'épaule suggère une tendinopathie de la coiffe
- douleur à la région antérieure de l'épaule suggère une tendinopathie bicipitale, une atteinte acromioclaviculaire ou une instabilité antérieure
- douleur postérieure suggère un syndrome postéro-supérieur secondaire à une lésion de la surface articulaire de la coiffe

La gravité de la douleur?

- douleur aiguë = bursite aiguë sous-acromiodeltoïdienne, déchirure de la coiffe ou fracture

Douleur sourde et intermittente?

- tendinopathie dégénérative de la coiffe des rotateurs

Durée des symptômes?

- une tendinite aiguë est de courte durée et répond bien aux anti-inflammatoires non-stéroïdiens
- les symptômes d'une capsulite peuvent durer jusqu'à 3 à 4 ans

Les activités et positions augmentant la douleur?

- activités à bout de bras ou au-dessus des épaules : tendinopathie de la coiffe
- lanceur et sports de raquettes : instabilité antérieure ou syndrome d'accrochage postéro-supérieur, décubitus latéral : entorse acromio-claviculaire

L'horaire d'apparition

- douleurs nocturnes : capsulite, néoplasie, déchirure de la coiffe
- raideur matinale qui diminue à l'activité : synovite
- douleur augmentée à l'activité : tendinopathie

suggère une luxation antérieure de l'épaule. Une rupture de la longue portion du biceps produit un bombement antérieur au niveau du bras, c'est-à-dire dans le corps du muscle.

L'observation latérale permet d'évaluer la cyphose thoracique, une projection vers l'avant de la tête ou des épaules ainsi qu'une atrophie du deltoïde. Lors de l'observation postérieure, on doit rechercher un décollement de l'omoplate. Il peut être secondaire à une faiblesse du muscle grand dentelé, du trapèze et, plus rarement, des rhomboïdes. Une épine de l'omoplate proéminente peut être secondaire à une atrophie des muscles sus-épineux et sous-épineux causée par une lésion du nerf suprascapulaire ou par une déchirure de la coiffe des rotateurs.

La palpation

Tout comme l'observation, on doit faire la palpation de façon ordonnée, en débutant par les structures antérieures et en finissant par les structures postérieures.

Lors de la palpation, l'examineur recherche des irrégularités de surface, un gonflement, de la douleur, des tensions myofaciales douloureuses. Les sites ostéoarticulaires essentiels à évaluer sont les articulations sternoclaviculaires et acromio-claviculaires, la grosse et la petite tubérosité, la longue portion du biceps et l'espace sous-acromial.

L'épaule douloureuse chronique

On doit palper les muscles suivants parce qu'ils sont souvent site de douleur : sterno-cléido mastoïdien, grand et petit pectoral, trapèze supérieur et moyen, rhomboïdes, sus-épineux et sous-épineux et angulaire de l'omoplate. L'examen peut inclure la palpation du rachis cervical et dorsal au besoin.

L'évaluation des mouvements actifs et passifs

Lors de l'abduction active, on doit observer le rythme scapulo-huméral. Initialement, le mouvement se fait au niveau de l'articulation gléno-humérale suivi de l'articulation scapulo-thoracique. Un rythme scapulo-huméral inversé signifie que le mouvement débute au niveau de l'articulation scapulo-thoracique. La capsulite adhésive ainsi que la déchirure de la coiffe des rotateurs peuvent causer un rythme scapulo-huméral inversé. La présence d'un arc douloureux entre 45 degrés et 120 degrés d'abduction suggère un syndrome d'accrochage. Lors des mouvements actifs, on doit rechercher un décollement de l'omoplate.

Grâce aux mouvements passifs, on peut évaluer le blocage à la fin du mouvement; ils permettent de faire la distinction entre une diminution des amplitudes articulaires secondaires à la douleur et celles secondaires à une capsulite adhésive.

Les manœuvres d'accrochage

Ces manœuvres visent à reproduire un accrochage entre le tendon de la coiffe des rotateurs et différentes structures osseuses de l'épaule. Il en existe quatre.

La manœuvre de Neer : L'examineur se place derrière le patient. L'épaule est fléchie passivement jusqu'à 180 degrés (bras en l'air). Bien que non décrit par Neer, les auteurs de cet article positionnent le bras en rotation interne. Lorsque positive, cette manœuvre produit une douleur qui est causée par le contact entre la surface bursale des tendons de la coiffe des rotateurs et le tiers antéro-inférieur de l'acromion ainsi que le ligament coraco-acromial. Un test positif suggère un syndrome d'accrochage antéro-supérieur. Sa sensibilité est de 89 %.

La manœuvre de Hawkins-Kennedy : L'examineur se place derrière le patient. L'épaule est fléchie passivement à 90 degrés de flexion et des mouvements de rotations internes répétées sont effectués. Lorsque positive, cette manœuvre produit une douleur causée par le contact entre la surface bursale des tendons de la coiffe des rotateurs et le ligament

ACTONEL : Lorsque vous recherchez une action rapide dans le traitement de l'ostéoporose glucocorticoïdienne

Nouvelle indication

On a démontré qu'ACTONEL permettait de réduire significativement les fractures vertébrales en seulement 1 an⁴

- Les résultats d'un essai clinique réalisé auprès d'hommes et de femmes indiquent une réduction de 70 % du risque de fracture vertébrale (Actonel, 5 % vs témoins, 16 %; $p = 0,01$; $n = 518$)⁴
- ACTONEL s'est révélé efficace sans égard à l'affection sous-jacente, à l'âge, au sexe, à la dose de glucocorticoïdes administrée ou à la DMO de départ⁵

* Patients qui prennent des glucocorticoïdes depuis peu ou qui suivent une glucocorticothérapie prolongée

ACTONEL est indiqué pour le traitement et la prévention de l'ostéoporose glucocorticoïdienne (OG) chez l'homme et la femme. La posologie recommandée pour l'OPM et l'OG est de 5 mg par jour.

Au cours des essais cliniques portant sur le traitement de l'ostéoporose glucocorticoïdienne par ACTONEL, les effets indésirables les plus fréquents étaient des douleurs dorsales et articulaires (4,0 % vs 4,7 %) et la dyspepsie (5,7 % vs 2,9 %). Ces effets étaient habituellement légers, et la plupart des patients n'ont pas eu à cesser de prendre leurs comprimés ACTONEL.

5 mg



Action rapide et durable

© Actonel est une marque déposée de Procter & Gamble Pharmaceuticals, Inc. E.-U., utilisée sous licence par Aventis Pharma Inc., Laval (Québec) H7L 4A8.

Monographie du produit fournie sur demande.

LA COMPAGNIE PHARMACEUTIQUE
Procter & Gamble

Fabriqué et distribué par :
La Compagnie Pharmaceutique
Procter & Gamble Canada, Inc.
Toronto (Ontario) M5W 1T5

Aventis Pharma

Commercialisé conjointement avec :
Aventis Pharma Inc.
Laval (Québec) H7L 4A8

Member
R&D CCP*



L'épaule douloureuse chronique

coraco-acromial ainsi que par le contact entre la surface articulaire des tendons et le rebord antéro-supérieur de la glénoïde. Un résultat positif suggère un syndrome d'accrochage antéro-supérieur ou antéro-interne.

Il existe une version modifiée de cette manœuvre; l'épaule est positionnée initialement à 90 degrés d'abduction et à 30 degrés de flexion horizontale dans le plan de l'omoplate. Avec des mouvements répétés de rotation interne, l'épaule est amenée progressivement à 90 degrés de flexion. Si la douleur est présente lorsque l'épaule est fléchie à 30 degrés, elle est causée par un syndrome antéro-supérieur. Si la douleur est présente seulement lorsque l'épaule est amenée à 90 degrés de flexion horizontale, réduisant ainsi l'intervalle coraco-acromial, elle est causée par un syndrome antéro-interne.

La manœuvre de Yocum : L'examineur se place derrière le patient. La main du côté ipsilatéral à l'épaule examinée est placée sur l'épaule controlatérale. Le patient élève le coude contre résistance. Lorsque positive, cette manœuvre produit une douleur qui est causée par le contact entre la surface bursale des tendons de la coiffe et le ligament coraco-acromial et possiblement la surface inférieure de l'articulation acromioclaviculaire. Une manœuvre positive suggère un syndrome d'accrochage antéro-supérieur ou antéro-interne. La sensibilité de ce test est de 78 %.

Les 3 manœuvres faites ensemble ont une sensibilité de 100 %, ce qui justifie qu'on les fasse toutes les trois systématiquement.

La manœuvre d'accrochage postéro-supérieur : Le patient est positionné en décubitus dorsal. L'épaule est positionnée passivement à 90 degrés d'abduction et en rotation externe maximale. Lorsque positive, cette manœuvre produit une douleur au niveau de la région postérieure de l'épaule, causée par un accrochage de la surface articulaire du tendon du sus-épineux entre la grosse tubérosité, le rebord postérosupérieur de la

glénoïde et bourrelet glénoïdien (*labrum*) postérieur. La relocalisation de la tête humérale (test de relocalisation fait en appliquant une force postérieure sur la tête humérale) entraîne une réduction de la douleur. Cette manœuvre a une sensibilité de 90 %.

Ces manœuvres d'accrochage indiquent la présence d'un syndrome d'accrochage. Par contre, elles ne permettent pas d'identifier au niveau de quel tendon se trouve la lésion. L'examineur doit poursuivre son examen avec les manœuvres topographiques.

Les manœuvres topographiques

Ces manœuvres utilisent des contractions isométriques résistantes spécifiques à chaque muscle de la coiffe des rotateurs. Il est ainsi possible d'identifier le tendon causant le syndrome d'accrochage. Ces contractions peuvent provoquer de la douleur ou de la faiblesse ou les deux.

Les manœuvres suivantes sont les plus utilisées pour évaluer le tendon du sus-épineux :

La manœuvre de Jobe : L'épaule est positionnée à 90 degrés d'abduction, 30 degrés de flexion horizontale et en rotation interne. Le patient élève le bras contre résistance. Cette manœuvre est positive si elle produit de la douleur. La sensibilité de ce test est de 86 % et sa spécificité est de 50 %.

La manœuvre du full can test : L'épaule est positionnée à 90 degrés d'abduction, 45 degrés de flexion horizontale et en rotation externe. Le patient élève le bras contre résistance. Le test est positif s'il produit de la douleur. Des études électro-myographiques ont démontré que cette manœuvre est la plus spécifique pour évaluer le tendon du sus-épineux.

Les manœuvres suivantes servent à évaluer les tendons du sous-épineux et petit rond :

La rotation externe contre résistance : Le patient exécute une rotation externe contre résistance. Les coudes sont accolés au corps, fléchis à 90 degrés, avec

L'épaule douloureuse chronique

l'épaule en rotation interne à 45 degrés. Les deux mains du patient devraient alors être en contact.

Le test de Patte : Le patient exécute une rotation externe contre résistance alors que son épaule est à 90 degrés d'abduction et en rotation neutre. Cette manœuvre a une sensibilité de 92 % et une spécificité de 30 %.

Les manœuvres suivantes évaluent le tendon du sous-scapulaire.

Le test lift-off de Gerber : L'épaule est placée passivement en rotation interne et légèrement en extension afin que le dos de la main se trouve de 5 à 10 cm du dos, le coude fléchi à 90 degrés. Cette manœuvre est positive lorsque le patient ne peut maintenir la main dans cette position et que celle-ci vient frapper le dos du patient. La sensibilité et la spécificité de ce test sont de 100 % en présence d'une déchirure complète du tendon du sous-scapulaire.

Le test push with force de Gerber : L'épaule est placée dans la même position que le test *lift-off*. Cependant, le patient doit garder la main éloignée de son dos et résister à une poussée dans la paume de la main. Des études électromyographiques ont démontré que cette manœuvre est la plus spécifique pour le tendon du sous-scapulaire.

Les manœuvres suivantes évaluent la longue portion du biceps.

La manœuvre de Speed (palm-up test) : l'épaule est placée à 90 degrés de flexion avec le coude en extension et l'avant-bras en supination. La flexion de l'épaule est résistée. Ce test est positif lorsqu'il produit une douleur. Sa sensibilité est de 63 % et sa spécificité de 35 % seulement.

La manœuvre du foulard, qui évalue l'articulation acromio-claviculaire : L'épaule est placée à 90 degrés de flexion. Une adduction passive complète est effectuée par le clinicien. La manœuvre est positive lorsqu'elle reproduit une douleur au niveau de l'articulation acromio-claviculaire.

La combinaison des manœuvres d'accrochage et topographiques sont les manœuvres de la coiffe des rotateurs. Elles permettent de déterminer si les symptômes sont causés par une affection de la coiffe des rotateurs.

Le traitement conservateur

Malgré qu'il existe plusieurs études sur le traitement conservateur de l'épaule douloureuse, il existe peu de preuves pour soutenir ou encore réfuter l'efficacité des différentes interventions thérapeutiques.

ACTONEL : Lorsque vous recherchez d'excellents profils d'innocuité et de tolérance dans le traitement de l'ostéoporose

Profil de tolérance gastro-intestinale comparable à celui d'un placebo

Produit testé auprès de patientes représentatives de la population réelle sans critère d'exclusion d'ordre gastro-intestinal⁶

- Chez plus de 5 000 patientes ostéoporotiques ménopausées⁶
- Y compris dans les cas suivants :⁶
 - Présence d'un trouble gastro-intestinal : 40 %
 - Emploi d'un AINS : 48 %
 - Emploi d'AAS : 32 %
 - Emploi d'un anti-H₂ et/ou d'un IPP : environ 20 %

Les effets indésirables gastro-intestinaux les plus fréquents lors de l'emploi d'ACTONEL comparativement au placebo ont été les douleurs abdominales (11,8 % vs 9,5 %), la dyspepsie (10,4 % vs 10,5 %) et les gastrites (2,6 % vs 2,4 %).

5 mg



Action rapide et durable

® Actonel est une marque déposée de Procter & Gamble Pharmaceuticals, Inc., É.-U., utilisée sous licence par Aventis Pharma Inc., Laval (Québec) H7L 4A8.

Monographie du produit fournie sur demande.

LA COMPAGNIE PHARMACEUTIQUE
Procter & Gamble

Fabriqué et distribué par :
La Compagnie Pharmaceutique
Procter & Gamble Canada, Inc.
Toronto (Ontario) M5W 1C5

Aventis Pharma

Commercialisé conjointement avec :
Aventis Pharma Inc.
Laval (Québec) H7L 4A8

Member
R&D CCPP

L'épaule douloureuse chronique

Le traitement oral

Il inclut l'utilisation d'analgésiques simples et d'anti-inflammatoires non stéroïdiens. La dégénérescence de la coiffe des rotateurs étant une affection chronique, l'emploi des narcotiques n'est pas recommandé.

Il n'existe pas d'étude démontrant la supériorité des anti-inflammatoires comparativement aux analgésiques simples. Considérant les risques d'effets indésirables associés aux anti-inflammatoires non stéroïdiens, l'utilisation de l'acétaminophène pendant 14 jours constitue donc un bon choix de première ligne.

L'efficacité d'un traitement à court terme de deux semaines d'anti-inflammatoires non stéroïdiens a été démontrée lorsque comparée à un placebo.⁴ Toutefois, à quatre semaines, les résultats n'ont pas démontré de différences statistiquement significatives. Nous recommandons donc l'utilisation des anti-inflammatoires pour une période de 14 jours si l'acétaminophène a été inefficace. Comme il n'existe pas de différence d'efficacité démontrée entre les différents anti-inflammatoires, un anti-inflammatoire COX-2 sélectif est recommandé; il provoque moins d'effets indésirables.

Les infiltrations

L'infiltration sous-acromiale de cortisone est une technique très utilisée. Des articles de revues systématiques récentes concluent qu'une injection de corticostéroïde pourrait être supérieure au placebo dans le traitement à court terme des tendinopathies de la coiffe des rotateurs. Par ailleurs, il est démontré que les injections de cortisone sont significativement plus efficaces que les anti-inflammatoires.⁴ Il est donc indiqué, si la médication orale a été inefficace, de procéder à une infiltration sous-acromiale de cortisone. Il n'est pas recommandé de procéder à plus de deux injections. Bien qu'il n'existe pas d'études comparant l'efficacité des différents corticostéroïdes, le

triamcinolone d'acétonide est le plus utilisé (dose de 20 à 40 mg).

Le bloc du nerf suprascapulaire avec de la bupivacaïne peut également être utilisé dans le traitement de l'épaule douloureuse. L'infiltration consiste à injecter 10 cc de bupivacaïne 0,5 % dans la fosse sus épineuse. Deux infiltrations à quatre semaines d'intervalle sont recommandées pour les maladies de la coiffe des rotateurs.⁵

Les thérapies physiques

Malgré leur grande utilisation en physiothérapie, il existe peu de preuves scientifiques concernant leur efficacité. Plusieurs excellents articles de revues suggèrent que les ultrasons, la neurostimulation transcutanée (*tenz*) et les différentes méthodes de thermothérapie ne sont pas efficaces dans le traitement de l'épaule douloureuse. Le traitement par champ électromagnétique pulsé ainsi que le laser à faible énergie pourraient avoir une efficacité à court terme lorsque comparée au placebo.⁴

Deux études prospectives récentes, à répartition aléatoire et avec groupe témoin, soutiennent l'utilisation des ultrasons et des thérapies par ondes de choc extracorporelles dans les tendinopathies calcifiées de la coiffe des rotateurs.^{6,7}

Les exercices

Malgré que l'on insiste beaucoup sur leur importance, il existe peu de publications sur l'efficacité d'un programme d'exercices dans les tendinopathies de la coiffe des rotateurs. Une étude prospective à répartition aléatoire et avec groupe témoin a toutefois démontré l'efficacité d'un programme d'exercices d'une durée de six mois lorsque comparé à un placebo.⁸

Si le patient n'a pas accès rapidement à la physiothérapie, on peut lui enseigner les trois exercices suivants :

1. Rotation externe et interne contre résistance avec une bande élastique de type Thera-Band®.

L'épaule douloureuse chronique

2. Abduction de 0 à 60 degrés avec ou sans résistance (le bras étant à 30 degrés de flexion horizontale, dans le plan de l'omoplate).
3. Pompes (*push-up*) contre le mur ou au sol (renforcement des muscles stabilisateurs de l'omoplate).

La thérapie manuelle

Comme pour l'exercice, les études sont rares. Une étude prospective à répartition aléatoire et avec groupe témoin démontre la supériorité des thérapies manuelles combinées à un programme d'exercices, lorsque comparé à un programme d'exercice seul.⁹

Le traitement chirurgical

Si le traitement conservateur est inefficace, on peut envisager une opération. Aucune technique chirurgicale ne restaure parfaitement la fonction de la coiffe des rotateurs.

Conclusion

La dégénérescence de la coiffe des rotateurs est une affection fréquente que l'on rencontre principalement après l'âge de 40 ans. La physiopathologie de la dégénérescence de la coiffe des rotateurs n'est pas encore parfaitement connue et repose sur la coexistence de facteurs intrinsèques et extrinsèques. Un interrogatoire et un examen physique systématiques, combinés à une investigation dirigée, permettent habituellement de poser un diagnostic adéquat. Bien que les options thérapeutiques soient nombreuses, les preuves scientifiques supportant leur utilisation sont faibles. Un traitement conservateur à visé analgésique composé d'une médication orale, d'un maximum de deux injections de cortisone sous-acromiale ou de bloc du nerf suprascapulaire à la bupivacaïne, combiné à un programme d'exercices et de thérapie manuelle sont généralement suffisants pour traiter la majorité des cas.

Lorsqu'il y a échec au traitement conservateur, le traitement chirurgical peut être envisagé. *Clin*

Références

1. Neer CS 2nd : Anterior acromioplasty for the chronic impingement syndrome in the shoulder: a preliminary report. J Bone Joint Surg Am 54(1):41, 1972.
2. Walch, G, Hotard, JP, Boileau, P, et coll. : Postero-superior glenoid impingement. Another shoulder impingement. Rev Chir Orthop Reparatrice Appar Mot 77(8):571, 1991.
3. Gerber, C, Krushell, RJ : Isolated rupture of the tendon of the subscapularis muscle. Clinical features in 16 cases. J Bone Joint Surg Br 73(3):387, 1991.
4. Green, S, Buchbinder, R, Glazier, R, et coll. : Systematic review of randomised controlled trials of interventions for painful shoulder: selection criteria, outcome assessment, and efficacy. BMJ 316(7128):354, 1998.
5. Dahan, TH, Fortin, L, Pelletier, M, et coll. : Double blind randomized clinical trial examining the efficacy of bupivacaine suprascapular nerve blocks in frozen shoulder. J Rheumatol 27(6):1464, 2000.
6. Rompe, J, Rumler, F, Hopf, C, et coll. : Extracorporeal shock wave therapy for calcifying tendinitis of the shoulder. Clin Orthop (321):196, 1995.
7. Ebenbichler, GR, Erdogmus, CB, Resch, KL, et coll. : Ultrasound therapy for calcific tendinitis of the shoulder. N Eng J Med 340(20):1533, 1999.
8. Brox, JI, Staff, PH, Ljunggren, AE, et coll. : Arthroscopic surgery compared with supervised exercises in patients with rotator cuff disease (stage 2 impingement syndrome). BMJ 307(6909):899, 1993.
9. Winters, JC, Sobel, JS, Groenier, KH, et coll. : Comparison of physiotherapy, manipulation, and corticosteroid injection for treating shoulder complaints in general practice: randomized, single blind study 314(7090):1320, 1997