

« Prévention des risques dans le secteur de l'aide et soins aux personnes en EHPAD et à domicile »

08 octobre 2019

Actualités en matière de prise en charge des pathologies de l'épaule :

Tendinopathies de la coiffe des rotateurs

Arthropathies acromio-claviculaires

Omarthrose

...

Démarche diagnostique et prise en charge, reprise du travail ...

Dr Pierre FROEHLIG
Médecine Physique et de Réadaptation
Institut de l'Epaule de Strasbourg

Les données les plus actualisées !!

The poster features a blue background on the left with white text and a white arrow pointing right towards a photograph of the Eiffel Tower. The text includes the event name, dates, and location. The photograph shows the Eiffel Tower rising above the Parisian skyline.

Un évènement organisé
par l'Agence EBP

Paris →
**Shoulder
Summit.**

Vendredi 4 & Samedi 5
Octobre 2019
Novotel Paris Tour Eiffel

Plaintes douleurs épaules :

- 40 % dans les 6 derniers mois – population 18-65 ans
- env 90% « a posteriori » avant 65 ans
- diminution nette après 65 ans ?!

Douleurs épaules = déséquilibre de la **Ceinture Scapulaire**

• Structure anatomo-fonctionnelle

• Contraintes

- Os/Articulation

Acromion
Dysplasie glène
Labrum

- Ligament= Capsule

Hyperlaxité

- Muscle/Tendon

Tendon long/court
Trophicité musculaire
± «Calcification»

- Quotidien
- Profession
- Loisirs

- Traumatiques
- Microtraumatiques
 - Force
 - Répétition

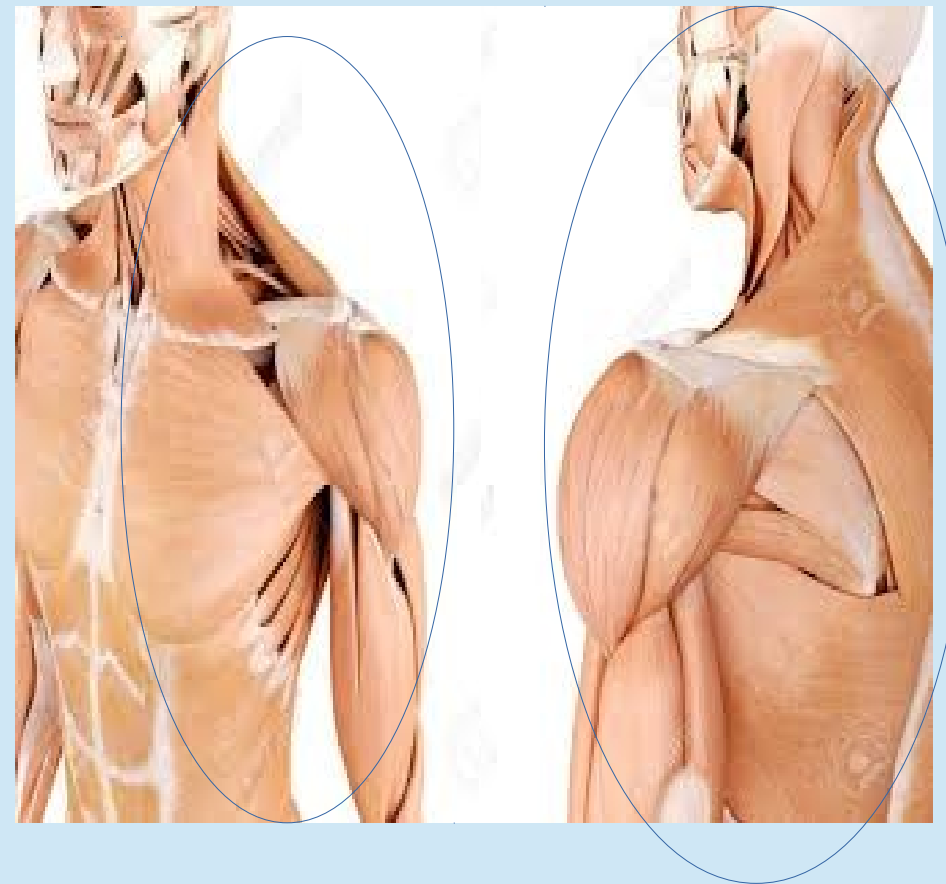
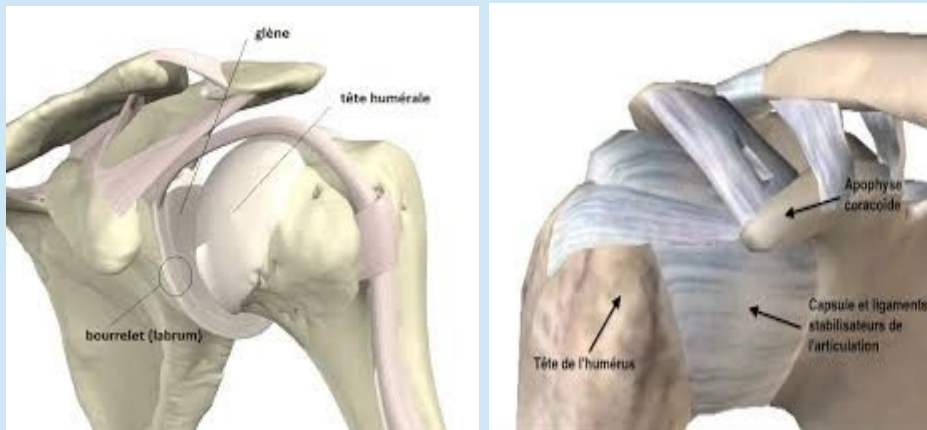
Douleurs épaules = déséquilibre de la Ceinture Scapulaire

- Contraintes



Douleurs épaules = déséquilibre de la Ceinture Scapulaire

- Structure anatomo-fonctionnelle



Douleurs épaules = déséquilibre

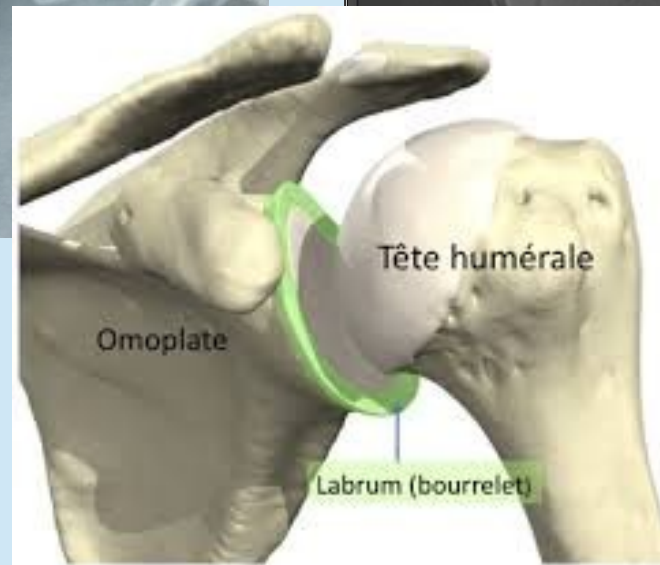
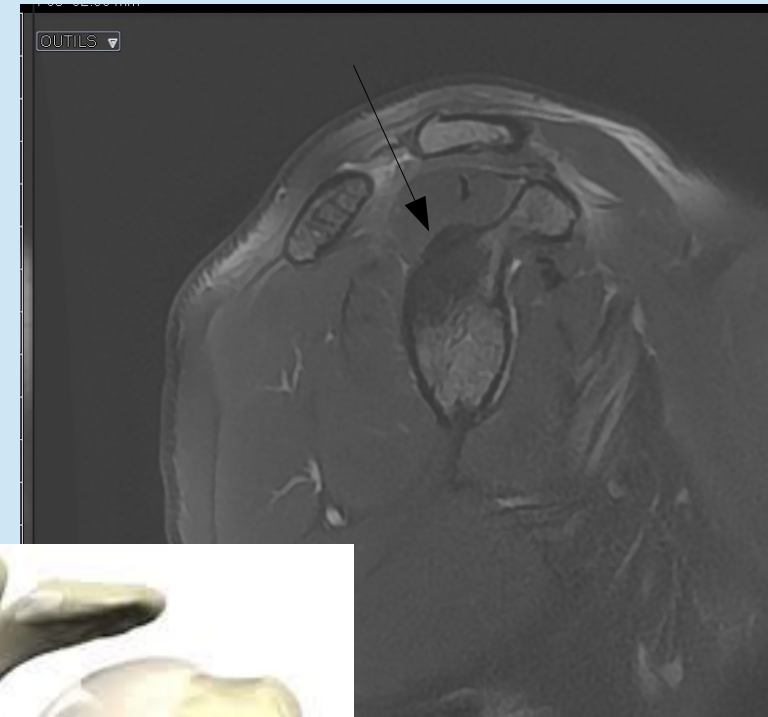
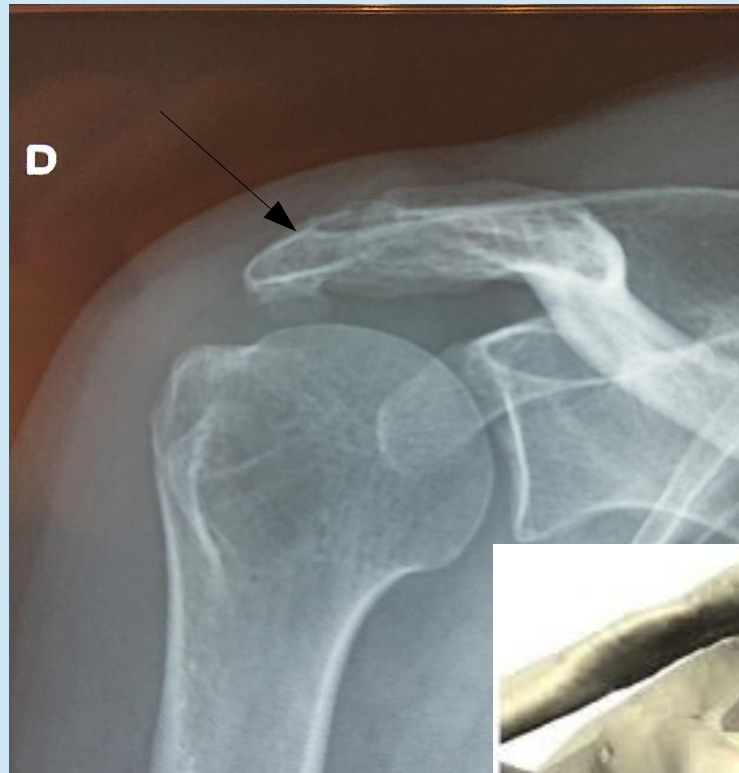
- Structure anatomo-fonctionnelle

- Os/Articulation :

Acromion

Dysplasie glène

Labrum

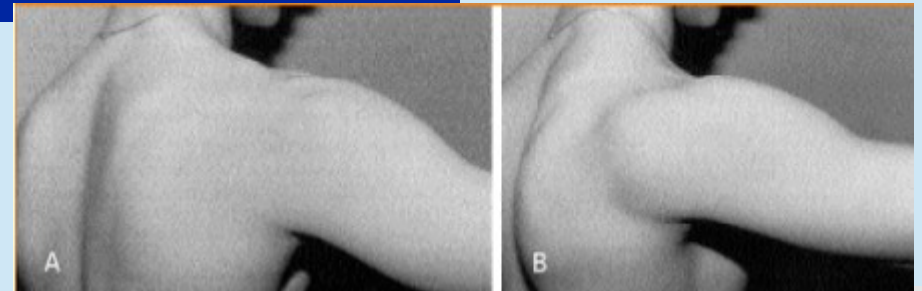
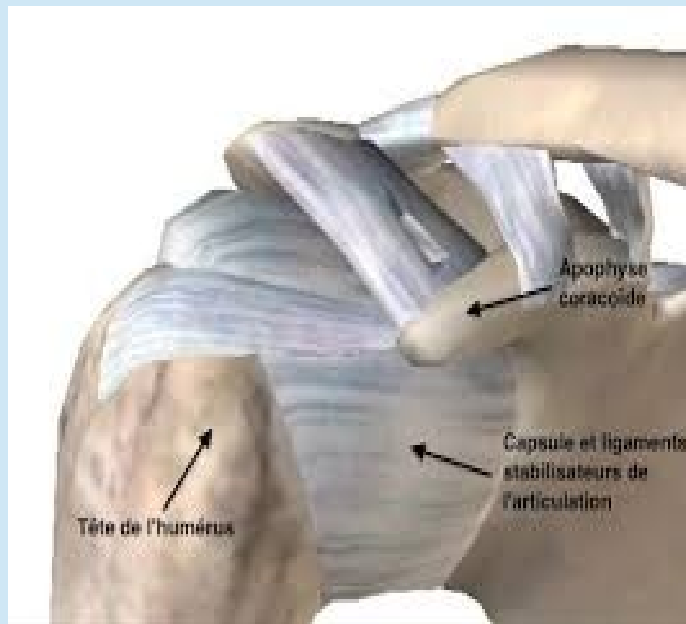


Douleurs épaules = déséquilibre

- Structure anatomo-fonctionnelle

- Ligament= Capsule :

Hyperlaxité



Douleurs épaules = déséquilibre

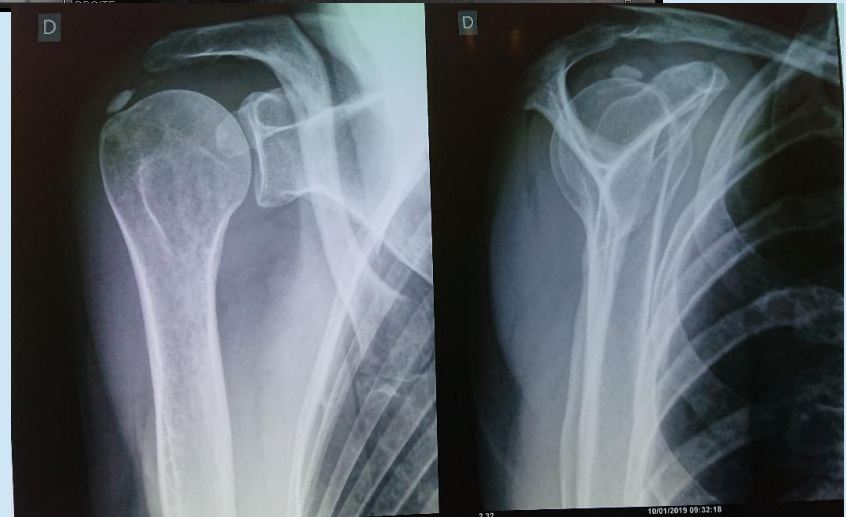
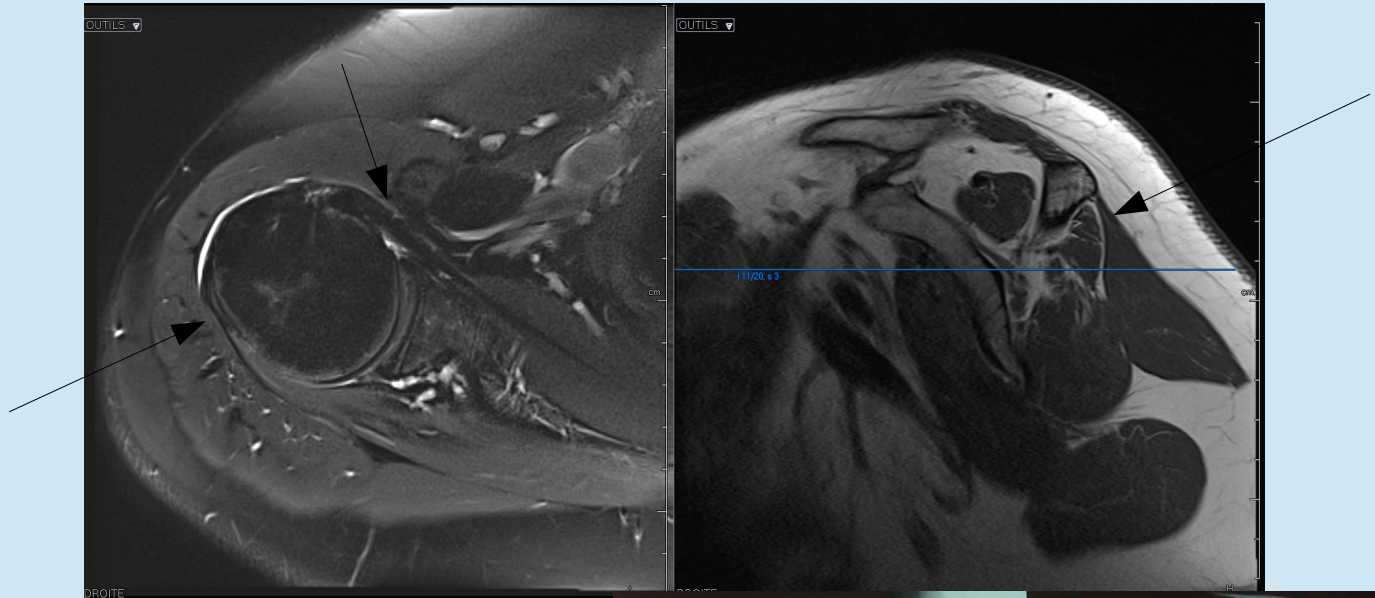
- Structure anatomo-fonctionnelle

- Muscle/Tendon :

Tendon
long/court

Trophicité
musculaire

± «Calcification»



Douleurs épaules = déséquilibre

- Pas d'études en Evidence Based Pratique sur bases anatomo-fonctionnelles et capacités professionnelles
- Bon sens de la formation et de l'aptitude physique
 - Pompier – Armée - ...
 - formation différenciée gestes et postures

PREVENTION PRIMAIRE

TRAVAUX REPETITIFS – TRAVAUX EN FORCE

=

ENTRETIEN MUSCULAIRE DE CONTRE POSTURE

Démembrement Clinique de la Pathologie de la Ceinture Scapulaire

1 • Lésions Peri-Scapulaires

- Névralgie Cervico-Brachiale
- Synd Défilé Cervico-Thoraco-Brachial
- Dyskinésie Scapulo-Gleno-Humérale :
- Syndrome Myo-Fascial

2 • Syndrome Douloureux Régional Complexe

4 • Instabilité Gleno-Humérale

- Luxation et @
- Instabilité « dégénérative »
- Syndrôme d'instabilité douloureuse

3 • « Raideur » Gleno-Humérale

Capsulite Retractable

Syndrôme d'Hypervigilance Musculaire

± Kinésiophobie

Luxation – Omarthrose – Osteochondromatose – Arthrite – Rhumatisme Inflammatoire

6 • Syndrome Acromio-Claviculaire

Dysjonction and Co
Arthropathie AC

5 • Syndrome douloureux relatif à la Coiffe des Rotateurs (CdR)

Conflit Sous Acromial
Tendinopathie CdR sans/avec Rupture
Arthropathie de la CdR (Omarthrose excentrée)

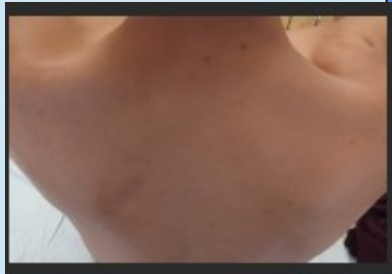
Avulsion traumatique du Tubercule Majeur
Tendinopathie Calcifiante

7 • Syndrome du Long Biceps

Tendinopathie du Long Biceps sans/avec Rupture
SLAP Lésion (Superior Labrum from Anterior to Posterior)
« Pseudo Long Biceps »

Démembrement Clinique de la Pathologie de la Ceinture Scapulaire

• Lésions Peri-Scapulaires



1

• Syndrome Douloureux Régional Complexe



• Instabilité Gleno-Humérale



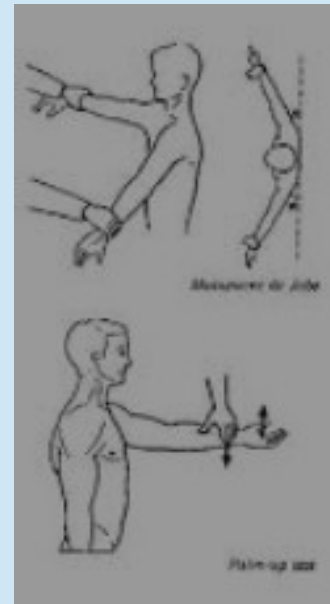
4

• « Raideur » Gleno-Humérale



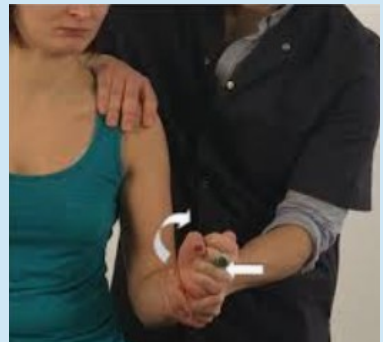
3

• Syndrome douloureux relatif à la Coiffe des Rotateurs (CdR)



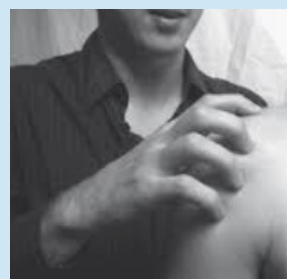
5

• Syndrome du Long Biceps



7

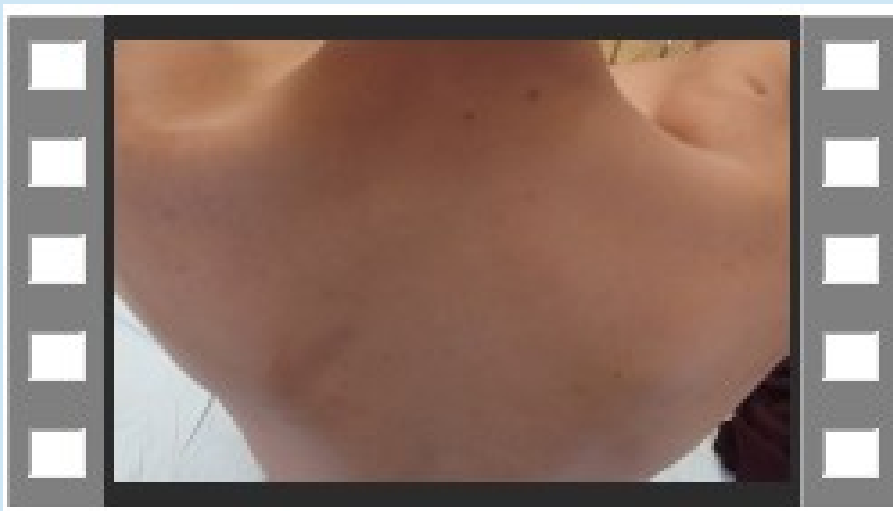
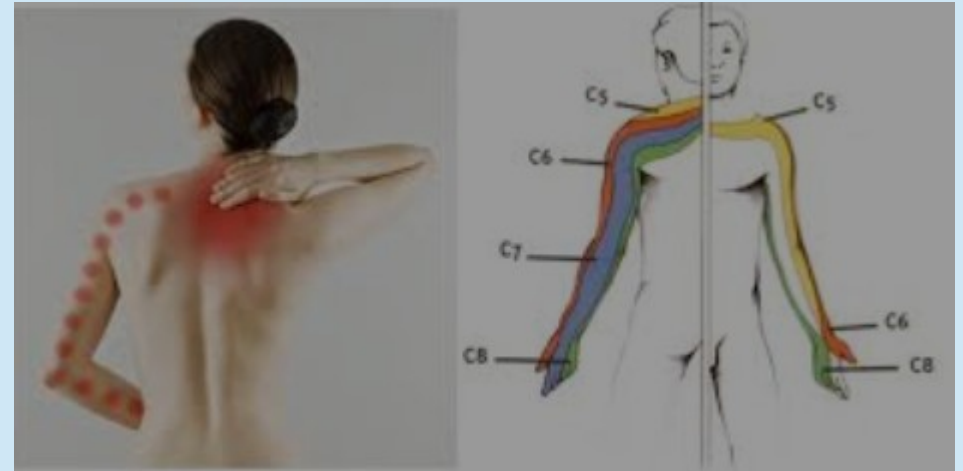
• Syndrome Acromio-Claviculaire



6

Examen Cervical, Dorsal et cutané :

- **Hyperesthésie-Allodynie-Paresthésie-Irradiation distale**
- **Amyotrophie**
- **Décollement Scapulaire**
- **Troubles Vaso-Moteurs membre Supérieur**



Examen Cervical, Dorsal et cutané :

- Hyperesthésie-Allodynie-Paresthésie-Irradiation distale
- Amyotrophie
- Décollement Scapulaire
- Troubles Vaso-Moteurs membre Supérieur

• Lésions Peri-Scapulaires

- Névralgie Cervico-Brachiale (C3-C6)
- Défaut Cervico-Thoraco-Brachial
- Dyskinésie Scapulo-Gleno-Humérale :

* Souffrance Nerf Long Thoracique – Nerf Spinal Accessoire

ETIREMENT

Compression

Sd Parsonage Turner

* Compensatrice (**Raideur**)

* Fonctionnelle : *Chaîne Cinétique Jo Gibson*

- Syndrome Myo-Fascial

• Syndrome Douloureux Régional Complexe



Examen Cervical, Dorsal et cutané :

- Hyperesthésie-Allodynie-Paresthésie-Irradiation distale
- Amyotrophie
- Décollement Scapulaire
- Troubles Vaso-Moteurs membre Supérieur

• Lésions Peri-Scapulaires

- Névrite Cervico-Brachiale (C3-C6)
- Déf Cervico-Thoraco-Brachial
- Dyskinésie Scapulo-Gleno-Humérale :

* Souffrance Nerve Long Thoracique – Nerve Spinal Accessoire

ETIREMENT

Compression

Sd Parsonage Turner

* Compensatrice (**Raideur**)

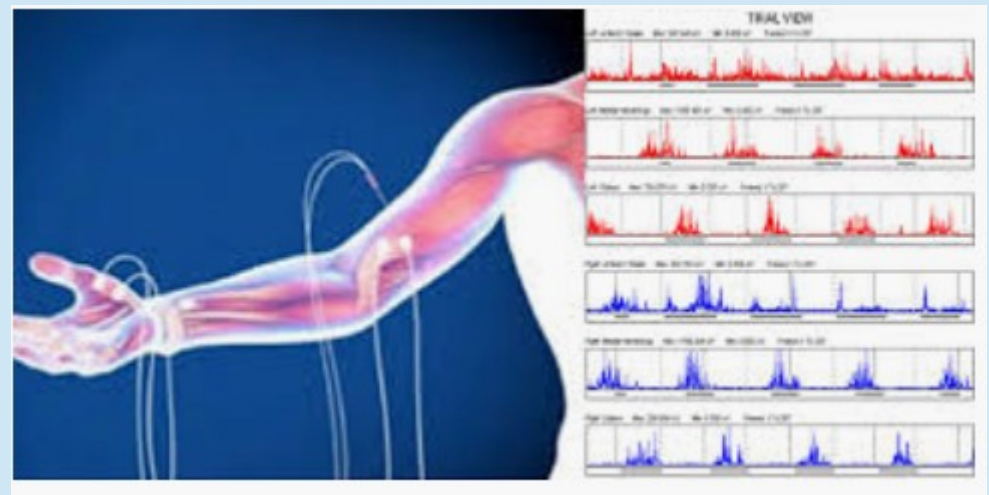
* Fonctionnelle : *Chaîne Cinétique Jo Gibson*

- Syndrome Myo-Fascial

• Bilan Musculaire +++ (KINE)

EMG

Echo Doppler Artériel avec Manoeuvre d'Adson



• Syndrome Douloureux Régional Complexe

Examen Cervical, Dorsal et cutané :

- **Hyperesthésie-Allodynie-Paresthésie-Irradiation distale**
- **Amyotrophie**
- **Décollement Scapulaire**
- **Troubles Vaso-Moteurs membre Supérieur**

• **Lésions Peri-Scapulaires**

- Névralgie Cervico-Brachiale (C3-C6)
- Défaut Cervico-Thoraco-Brachial
- **Dyskinésie Scapulo-Gleno-Humérale :**

* **Souffrance Nerveux Long Thoracique – Nerveux Spinal Accessoire**

ÉTIREMENT

Compression

Syndrome Parsonage Turner

* Compensatrice (**Raideur**)

* Fonctionnelle : *Chaîne Cinétique Jo Gibson*

- **Syndrome Myo-Fascial**

• **Syndrome Douloureux Régional Complexe**

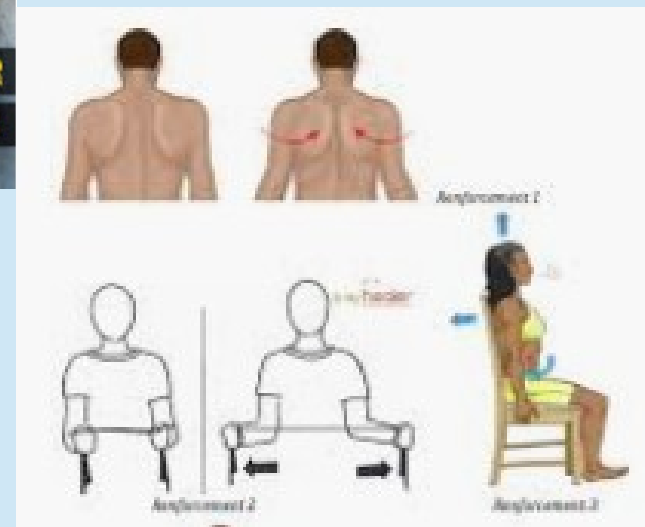
• **TRAITEMENT FONCTIONNEL +++**

AUTOREÉDUCATION

KINESITHÉRAPIE → Travail de Verrouillage Scapulaire – Assouplissement musculaire - Dry Needling

ORTHÈSE DE PROTECTION Type Hélicoïdale

- Traitement Médical → Antalgique – Myorelaxant
- SDRC → CETD : Bloc InterScalénique – Reprogrammation neuromotrice...
- Traitement Chirurgical : Neurolyse si Syndrome Compressif, ...



Examen Cervical, Dorsal et cutané :

- **Hyperesthésie-Allodynie-Paresthésie-Irradiation distale**
- **Amyotrophie**
- **Décollement Scapulaire**
- **Troubles Vaso-Moteurs membre Supérieur**

• **Lésions Peri-Scapulaires**

- Névralgie Cervico-Brachiale (C3-C6)
- Défaut Cervico-Thoraco-Brachial
- **Dyskinésie Scapulo-Gleno-Humérale :**

*** Souffrance Nerf Long Thoracique – Nerf Spinal Accessoire**

ETIREMENT

Compression

Sd Parsonage Turner

*** Compensatrice (Raideur)**

*** Fonctionnelle : Chaîne Cinétique Jo Gibson**

- **Syndrome Myo-Fascial**

• **Syndrome Douloureux Régional Complexe**

• **Bilan Musculaire +++ (KINE)**

EMG

Echo Doppler Artériel avec Manoeuvre d'Adson

• **TRAITEMENT FONCTIONNEL +++**

AUTOREEDUCATION

KINESITHERAPIE → Travail de Verrouillage Scapulaire – Assouplissement musculaire - Dry Needling

ORTHESE DE PROTECTION Type Hélicoïdale

- Traitement Médical → Antalgique – Myorelaxant
- SDRC → CETD : Bloc InterScalénique – Reprog neuromotrice...
- Traitement Chirurgical : Neurolyse si Syndr Compressif, ...

Pronostic :

- **Etirement-Compression : 6 à 18 mois**
- **Syndrome Myofascial : 4 à 6 mois**
- **SDRC : 12 à 36 mois**

Examen PASSIF
Epaule

- **RAIDEUR GLENO-HUMERALE**



Examen passif COUCHE +++

Examen PASSIF Epaule

- « Raideur » Gleno-Humérale

Capsulite Retractable :

- Douleur > Raideur (6 à 9 mois)
- Raideur > Douleur (disparition des douleurs type inflammatoires)

Syndrome d'Hypervigilance Musculaire de J Lewis ?!

± Kinésiophobie

* Luxation – Omarthrose –
Osteochondromatose –
Arthrite – Rhumatisme
Inflammatoire

***Tendinopathie Calcifiante**
en crise de Résorption

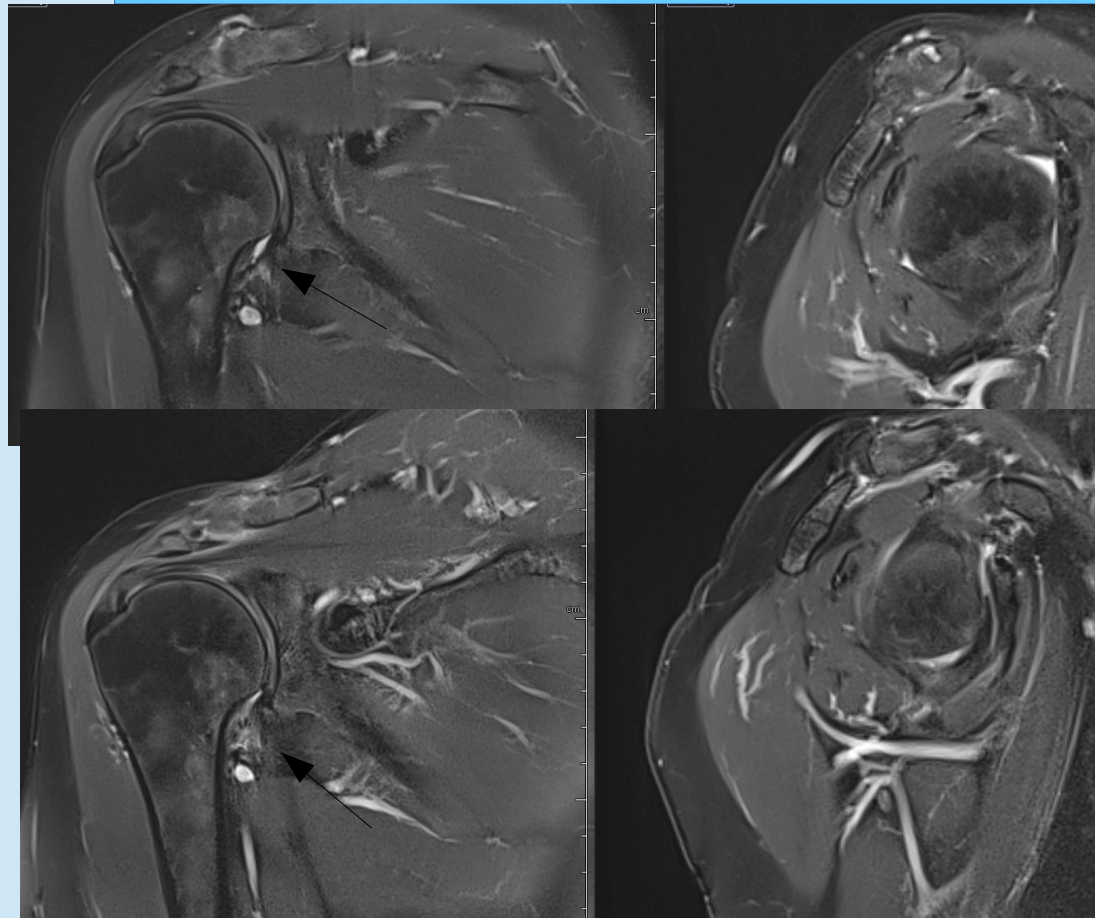
- **RAIDEUR GLENO-HUMERALE**

- **RADIOGRAPHIE STANDARD :**
NORMALE si pas *

- Selon situation (post trauma – expertise - ...) :
IRM : Epaississement Capsulaire – hyperintensité capsulaire/intervalle rotateur

TOMOSCINTIGRAPHIE OSSEUSE

BLOC ANESTHESIQUE INTERSCALENIQUE



Examen PASSIF Epaule

- « Raideur » Gleno-Humérale

Capsulite Retractable :

- Douleur > Raideur (6 à 9 mois)
- Raideur > Douleur (disparition des douleurs type inflammatoires)

Syndrome d'Hypervigilance
Musculaire de J Lewis ?!

± Kinésiophobie

* Luxation – Omarthrose –
Osteochondromatose –
Arthrite – Rhumatisme
Inflammatoire

***Tendinopathie Calcifiante**
en crise de Résorption

- **RAIDEUR GLENO-HUMERALE**

- Traitement Fonctionnel +++ : **PRIMUM NON NOCERE**

AUTOREEDUCATION douce et progressive

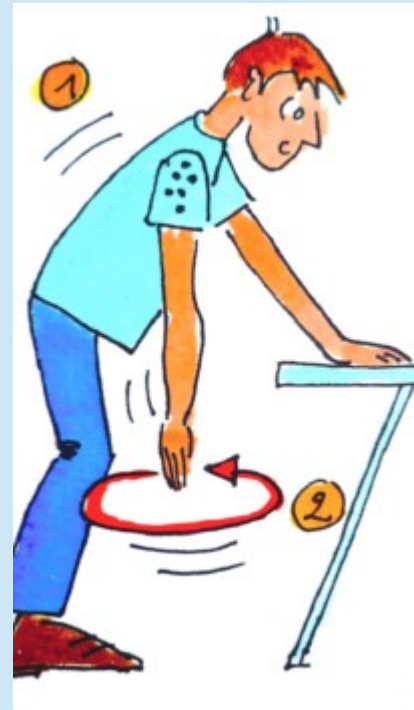
BALNEOTHERAPIE

KINESITHERAPIE : PREVENTION DES COMPENSATIONS

DELETERES Travail de Verrouillage Scapulaire – Assouplissement musculaire – **REPROGRAMMATION NEUROMOTRICE**

- Traitement Médical → AINS – Corticothérapie – Antalgie
- **INFILTRATION ECHO-GUIDEES** : GLENO-HUMERALE ± SOUS ACROMIALE

Traitement Chirurgical : QUASI JAMAIS si Capsulite



Examen PASSIF Epaule

- « Raideur » Gleno-Humérale

Capsulite Retractable :

- Douleur > Raideur (6 à 9 mois)
- Raideur > Douleur (disparition des douleurs type inflammatoires)

Syndrome d'Hypervigilance Musculaire de J Lewis ?!

± Kinésiophobie

* Luxation – Omarthrose –
Osteochondromatose –
Arthrite – Rhumatisme
Inflammatoire

**Tendinopathie Calcifiante
en crise de Résorption*

- **RAIDEUR GLENO-HUMERALE**

- **RADIOGRAPHIE STANDARD :**
NORMALE si pas *
- Selon situation (post trauma – expertise - ...) :
IRM : Epaississement Capsulaire – hyperintensité
capsulaire/intervalle rotateur
TOMOSCINTIGRAPHIE OSSEUSE
BLOC ANESTHESIQUE INTERSCALENIQUE

- Traitement Fonctionnel +++ : **PRIMUM NON NOCERE**
AUTOREEDUCATION douce et progressive
BALNEOTHERAPIE
**KINESITHERAPIE : PREVENTION DES COMPENSATIONS
DELETERES** Travail de Verrouillage Scapulaire – Assouplissement
musculaire – **REPROGRAMMATION NEUROMOTRICE**
- Traitement Médical → AINS – Corticothérapie – Antalgie
- **INFILTRATION ECHO-GUIDEES :** GLENO-HUMERALE ± SOUS
ACROMIALE

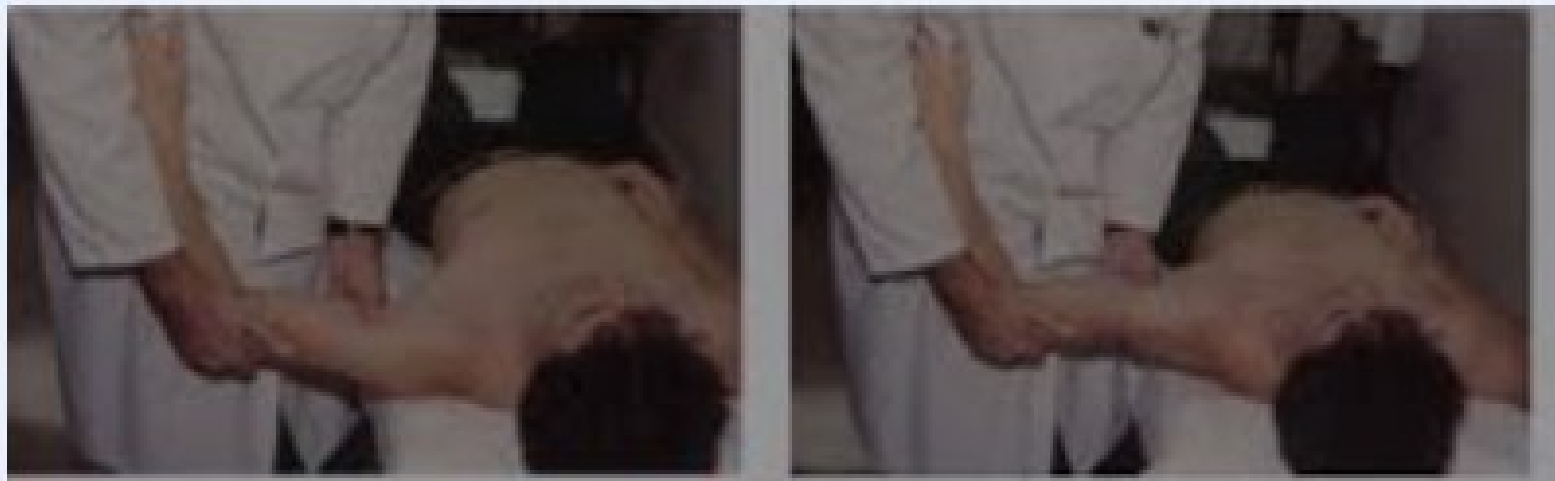
Traitement Chirurgical : QUASI JAMAIS si Capsulite

Pronostic :

- Capsulite Retractable : 18 à 24 mois
- Syndrome Hypervigilance : ?!

Examen PASSIF Epaule

- **INSTABILITE : Appréhension – Ressault - Claquement**



Examen PASSIF Epaule

- **Instabilité « vraie » Gleno-Humérale**

Lésion traumatique du Labrum par @ **Luxation GH** (60-80% récidives)

- **Instabilité « dégénérative »**

- lésion bourrelet comme omarthrose subluxante postérieure (geste de lancer)
- SLAP Lésion (cf Long Biceps)

- **Syndrome d'instabilité douloureuse *SID***

- HYPERLAXITE Décompensée
- Dysplasie Glénoidienne

- Bufford Complex : Image IRM non pathologique

- **INSTABILITE : Appréhension – Ressault - Claquement**

- **RADIOGRAPHIE STANDARD** : incidence F et P – Glène
- **ARTHRO SCANNER // ARTHRO IRM**
si contexte @ luxation // traumatisme direct ou indirect

- Traitement Fonctionnel +++ :

KINESITHERAPIE DE MUSCULATION ± BALNEOTHERAPIE : recentrage tonique et dynamique de la tête humérale

AUTOREEDUCATION après apprentissage

PRATIQUES SPORTIVES « DOUCES » : YOGA – QI GONG – TAÏ CHI – PILATES

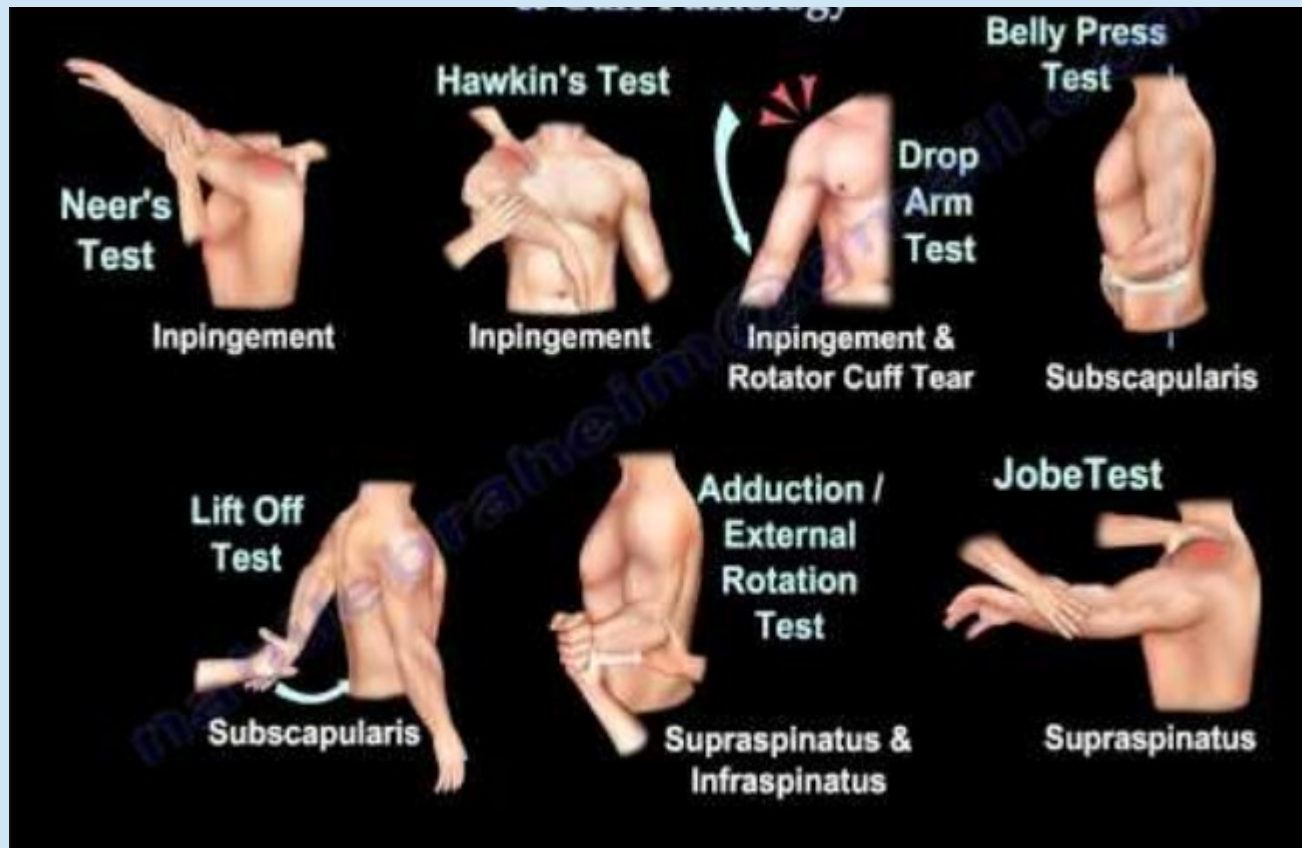
- Traitement médical – Infiltration : **PEU ADAPTE**
- Chirurgie :
 - Intervention de Bankart : Capsuloraphie
 - Intervention de Latarjet ou Butée
 - Ténotomie/Ténodèse pour SLAP

Pronostic :

- **ADAPTATION SEULEMENT si *SID***
- **RECUPERATION 70-90 % si lésion chirurgicalement accessible**

Examen ACTIF Epaule

- Douleur manœuvres dynamiques +
- Lâchage au testing des muscles de la coiffe ++



Examen ACTIF Epaule

- Douleur manœuvres dynamiques +
- Lâchage au testing des muscles de la coiffe ++

- **Syndrome douloureux relatif à la Coiffe des Rotateurs (CdR)**

Conflit Sous Acromial = **Bursite sous Acromio-Deltoïdienne**

Tendinopathie Aiguë/Chronique

RUPTURE CdR

- Face bursale <> Face profonde (PASTA) - OK <50%< PAS OK
- Transfixiante : punctiforme ou complète

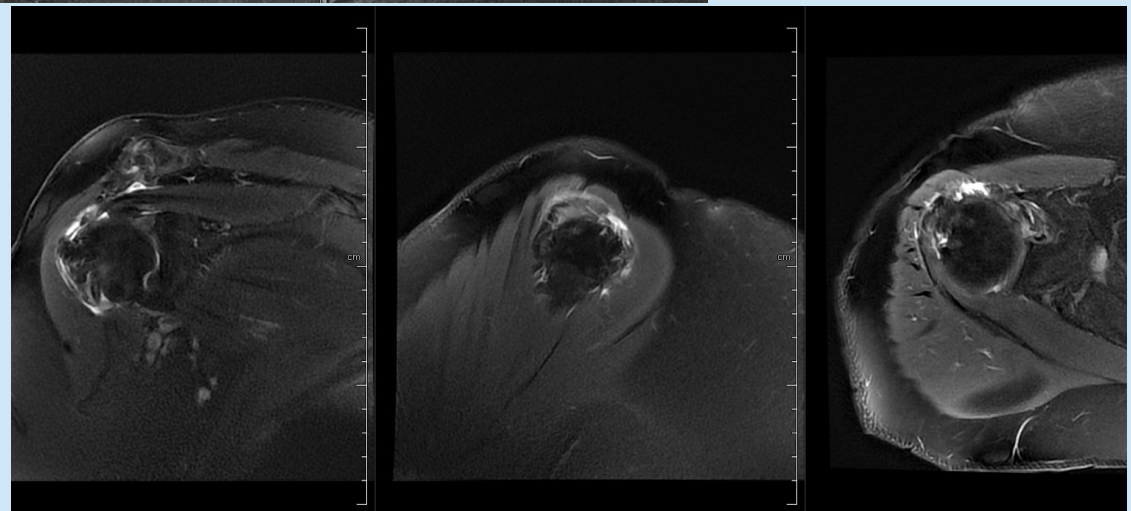
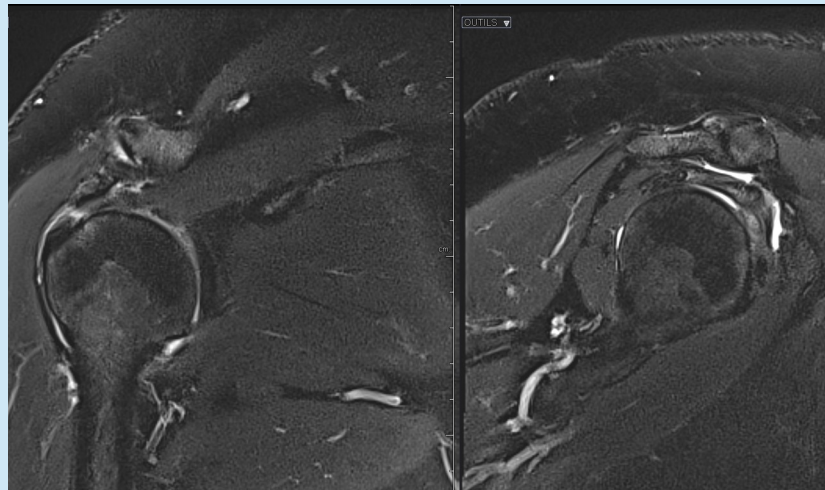
Arthropathie de la CdR
(**Omarthrose excentrée**)

Avulsion traumatique du Tubercule Majeur

Syndrome déficitaire par **souffrance N Supra Scapulaire**

- **Tendinopathie Calcifiante**

- **RADIOGRAPHIE STANDARD** : Face 3 rotations et Profil de coiffe
- **ECHOGRAPHIE ++** : idéale lors examen clinique
- **IRM indispensable** : niveau de rétraction - amyotrophie



Examen ACTIF Epaule

- **Douleur manœuvres dynamiques +**
- **Lâchage au testing des muscles de la coiffe ++**

- **Syndrome douloureux relatif à la Coiffe des Rotateurs (CdR)**

Conflit Sous Acromial = **Bursite sous Acromio-Deltoïdienne**

Tendinopathie Aiguë/Chronique

RUPTURE CdR

- Face bursale <> Face profonde (PASTA) - OK <50%< PAS OK
- Transfixiante : punctiforme ou complète

Arthropathie de la CdR
(**Omarthrose excentrée**)

Avulsion traumatique du Tubercule Majeur

Syndrome déficitaire par **souffrance N Supra Scapulaire**

- **Tendinopathie Calcifiante**

- **Traitement fonctionnel** surtout pour tendinopathie calcifiante, avulsion non déplacée de la tête humérale et conflit sous acromial :

- Kinésithérapie pour apprentissage autorééducation : **travail ouverture espace sous acromial par renforcement des abaisseurs de la tête humérale et recentrage dynamique**
- **REPOS TRANSITOIRES DES GESTES DE CONTRAINTES**

- **Infiltration** uniquement à but d'augmentation de la compliance à la rééducation ou test thérapeutique avant décision chirurgicale

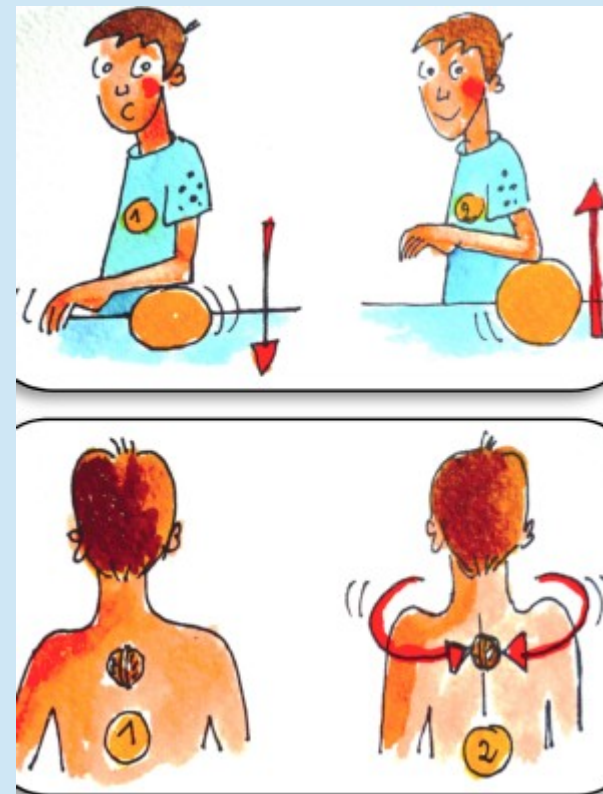
- **Rupture transfixiante ou échec ttt conservateur 3 à 6 mois et compression nerf supra scapulaire : CHIRURGIE**

- Réinsertion de la Coiffe des Rotateurs
- Acromioplastie
- Prothèse Totale Inversée d'Epaule
- Exérèse calcique

Examen ACTIF Epaule

- Douleur manœuvres dynamiques +
- Lâchage au testing des muscles de la coiffe ++

- **Traitement fonctionnel** surtout pour tendinopathie calcifiante, avulsion non déplacée de la tête humérale et conflit sous acromial :
 - Kinésithérapie pour apprentissage autorééducation : **travail ouverture espace sous acromial par renforcement des abaisseurs de la tête humérale et recentrage dynamique**
 - **REPOS TRANSITOIRES DES GESTES DE CONTRAINTES**



Examen ACTIF Epaule

- Douleur manœuvres dynamiques +
- Lâchage au testing des muscles de la coiffe ++

- Rupture transfixiante ou échec ttt conservateur 3 à 6 mois et compression nerf supra scapulaire : **CHIRURGIE**
 - Réinsertion de la Coiffe des Rotateurs
 - Acromioplastie
 - Prothèse Totale Inversée d'Epaule
 - Exérèse calcique

- Syndrome douloureux relatif à la Coiffe des Rotateurs (CdR)



Examen ACTIF Epaule

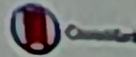
- Douleur manœuvres dynamiques +
- Lâchage au testing des muscles de la coiffe ++

- Réinsertion de la coiffe : évolution post opératoire
 - qualité du tissu tendineux
 - niveau de rétraction
 - raideur pré opératoire
 - niveau de « stress tendineux »

- Syndrome douloureux relatif à la Coiffe des Rotateurs (CdR)

CONSENSUS STATEMENT

The American Society of Shoulder and Elbow Therapists' consensus statement on rehabilitation following arthroscopic rotator cuff repair



Pronostic :

- Récupération post chirurgicale 70 à 90 %
épaule moyenne à 12 mois

Consensus international

5 phases

- ❖ Phase 1: phase inflammatoire et de prolifération 0/4 sem.
- ❖ Phase 2: phase de remodelage précoce 5/8 sem.
- ❖ Phase 3: phase de remodelage et prolifération 8/12 sem.
- ❖ Phase 4: phase de maturation 13/16 sem.
- ❖ Phase 5: phase de consolidation 17/24 sem.

Examen ACTIF Epaule

- Douleur manœuvres dynamiques +
- Lâchage au testing des muscles de la coiffe ++

• Syndrome douloureux relatif à la Coiffe des Rotateurs (CdR)

Pronostic :

- Récupération post chirurgicale 70 à 90 %
épaule moyenne à 12 mois

"Facteurs prédictifs de la
réussite de la réparation de la
coiffe des rotateurs"

Facteurs prédictifs descriptifs

Âge, Travail répétitif, AT/MP

Facteurs prédictifs analytiques

Raideur pré-op.

Immobilisation coude au corps

Infiltration pré-opératoire

Lésion acromion claviculaire

"Grand Prix de la SFP"



Examen ACTIF Epaule

- Douleur manœuvres dynamiques +
- Lâchage au testing des muscles de la coiffe ++

• Syndrome douloureux relatif à la Coiffe des Rotateurs (CdR)

Conflit Sous Acromial = **Bursite sous Acromio-Deltoïdienne**

Tendinopathie Aiguë/Chronique

RUPTURE CdR

- Face bursale <> Face profonde (PASTA) - OK <50%< PAS OK
- Transfixiante : punctiforme ou complète

Arthropathie de la CdR
(**Omarthrose excentrée**)

Avulsion traumatique du Tubercule Majeur

Syndrome déficitaire par **souffrance N Supra Scapulaire**

• Tendinopathie Calcifiante

- **RADIOGRAPHIE STANDARD** : Face 3 rotations et Profil de coiffe
- **ECHOGRAPHIE ++** : idéale lors examen clinique
- **IRM indispensable** : **niveau de rétraction - amyotrophie**

- **Traitement fonctionnel** surtout pour tendinopathie calcifiante, avulsion non déplacée de la tête humérale et conflit sous acromial :
 - Kinésithérapie pour apprentissage autorééducation : **travail ouverture espace sous acromial par renforcement des abaisseurs de la tête humérale et recentrage dynamique**
 - **REPOS TRANSITOIRES DES GESTES DE CONTRAINTES**
- **Infiltration** uniquement à but d'augmentation de la compliance à la rééducation ou test thérapeutique avant décision chirurgicale
- **Rupture transfixiante ou échec ttt conservateur 3 à 6 mois et compression nerf supra scapulaire : CHIRURGIE**
 - Réinsertion de la Coiffe des Rotateurs
 - Acromioplastie
 - Prothèse Totale Inversée d'Epaule
 - Exérèse calcique

Pronostic :

- **Récupération post chirurgicale 70 à 90 % épaule moyenne à 12 mois**
- **Tendinopathie aiguë : 90 % à 6 semaines**

Examen ACTIF Epaule

- **Douleur manœuvres dynamiques acromio-claviculaire ++**
- **± Lâchage au testing des muscles de la coiffe**

• **Syndrome Acromio-Claviculaire**

Dysjonction and Co

- Dysjonction sans Diastasis
- Dysjonction avec Diastasis
- Acromion Bi Partita décompensé
- Fracture distale de la Clavicule

Arthropathie AC

- microtraumatismes
- après dyskinésie ou capsulite

- **RADIOGRAPHIE STANDARD** : Incidence acromio-claviculaire
- **ECHOGRAPHIE ++** : idéale lors examen clinique
- **IRM** : Utile si décision chirurgicale discutée

- Traitement fonctionnel peu aidant
 - Renforcement musculaire des stabilisateurs de la Scapula +++
 - **REPOS TRANSITOIRE DES CONTRAINTES**
- Traitement médical : **patch AINS/LIDOCAÏNE**
- **Infiltration sous echo** d'attente / test infiltratif
- Traitement Chirurgical si pas évolution naturelle adéquate avec récurrence après infiltration

Pronostic :

- **Dysjonction sans dyastasis 90 % récupération spontanée**
- **Arthropathie sans geste à contraintes : 90 % récupération spontanée**
- **Autre : 90 à 100 % si chirurgie ET éviction des gestes en contrainte**

Examen ACTIF Epaule

- **Douleur manœuvres dynamiques Long Biceps ++**
- **± Lâchage**
- **Signe de POPEYE**

• **Syndrome du Long Biceps**

Tendinopathie du Long Biceps
sans/avec Rupture
dégénérative / Traumatique
Luxation Long Biceps

SLAP Lésion (Superior Labrum
from Anterior to Posterior)

« Pseudo Long Biceps »

- Dyskinésie antérieure de la Tête
Humérale par traction antérieure
ou par insuffisance des
recentreurs postérieurs +++

- **ECHOGRAPHIE ++** : idéale lors examen clinique
- **IRM** : Indispensable si décision chirurgicale discutée

- **Traitement fonctionnel du « pseudo LBP » et de tendinopathie aiguë**
 - Renforcement musculaire des recentreurs postérieurs de la Tête Humérale + verrouillage postérieur de la Scapula +++
 - **REPOS TRANSITOIRE DES CONTRAINTES**
- Traitement médical : **AINS per os**
- **Infiltration sous echo +++**
- **Traitement Chirurgical** si luxation – tendinopathie sévère (biceps en sablier) – SLAP – si évolution défavorable tendinopathie chronique

Pronostic :

- « Pseudo LBP » : **70 à 90 % récupération**
- Tendinopathie dégénérative : **60 % récupération surtout si rupture spontanée → Popeye spontanée**
- Autre : **90 à 100 % si chirurgie ET éviction des gestes en contrainte**

Les Intrications Syndromiques

- Initiales :
 - Syndrome de la coiffe + arthropathie acromio-claviculaire
 - Syndrome de la coiffe + long biceps
- Evolutives :
 - Tendinopathie Calcifiante puis Capsulite post crise de résorption puis dyskinésie de compensation puis arthropathie acromio-claviculaire
- **Répéter les examens cliniques**
- **Consultations multidisciplinaires – médecin-chirurgien-kinésithérapeute...**
- **Vérifier les freins à la récupération**

Cas Particulier : Le « **Syndrome du Rattrapage** »

- Plutôt Salariée
- Situation de stress ambiant ou Contexte culpabilisant
- Mouvement rapide et brutal vers l'avant
- Nécessité de rattraper un objet « coûteux » ou un patient
- Douleur immédiate ou dans les heures qui suivent
- Aggravation progressive le lendemain
- Apparition d'une impotence fonctionnelle douloureuse ± raideur/lutte musculaire
- Non ou peu de reconnaissance de l'accident (souvent fin de cycle de permanence)

Cas Particulier : Le « **Syndrome du Rattrapage** »

- Bilan radio-écho initial rassurant ou lésions minimales
- IRM sans lésion aiguë : problème de lésions contextuelles au travail en force ou répétitif
- Bilan de neuropathie d'étirement souvent manquant
- Syndrome d'hypervigilance musculaire initial souvent important : « épaule gelée/bloquée » comme dans lombalgie aiguë
- Chronicité des douleurs – peu soulagées par AINS - ± par antalgiques classe 2
- Non améliorée par rééducation active
- Transitoirement <24-48H et partiellement par physiothérapie et massage
- **Aggravée par la chirurgie +++**

Cas Particulier : Le « **Syndrome du Rattrapage** »

Hypothèses diagnostique :

Syndrome d'hypervigilance musculaire / Kinésiophobie

Parfois Syndrome d'exclusion du membre supérieur sans signes de SDRC

Pathomymie

Sinistrose

Solutions thérapeutiques ?!?:

Reprogrammation neuro-motrice ++ - Travail selon J Lewis +++

Sophrologie

Travail en Hypnose rapidement ?

Blocs anesthésiques interscaléniques ?

Démenbrement étiologique

- Anamnèse
 - Traumatisme direct ou indirect
 - Microtraumatisme
- Dyskinésie >> Raideur >> Instabilité >> Testing coiffe >> Manoeuvre AC >> Testing LBP
- Rx Simple en première intention
- Echo ou IRM selon bilan

En Conclusion

- Fréquent
- Le plus souvent bénin si repos des contraintes respectées
- Traitement rééducatif et surtout auto-rééducatif au premier plan
- Chirurgie parfois indispensable
- Plus on attend, plus intrications délétères

Merci de votre attention