

L'épaule du sportif

The athletes shoulder

Gilles Daubinet*, Nicolas Gravelleau, Didier Rousseau

Institut de l'appareil locomoteur Nollet, 23, rue Brochant, 75017 Paris, France

Reçu le 13 mars 2007 ; accepté le 17 avril 2007

Disponible sur internet le 08 mai 2007

Mots clés : Épaule ; Sportif ; Instabilité ; Coiffe des rotateurs ; Acromioclaviculaire ; Lésions neurologiques

Keywords: Shoulder; Sport; Instability; Rotator cuff; Acromioclavicular; Neuropathy

1. Introduction

Les lésions de l'épaule chez le sportif sont nombreuses et variées, aiguës ou chroniques. Pour des raisons didactiques nous avons regroupé les pathologies en :

- pathologies intra-articulaires lorsque les lésions intéressent la capsule (instabilités antérieures, postérieures, multidirectionnelles...), le labrum (SLAP, biceps) et le cartilage ;
- pathologies de la coiffe des rotateurs lorsque les lésions touchent les tendons. Ce sont les tendinites, les ruptures partielles et complètes de la coiffe des rotateurs ;
- pathologies des articulations « annexes » comme l'acromioclaviculaire, la sternoclaviculaire, la scapulothoracique ;
- lésions neurologiques.

Ces affections sont souvent intriquées, les unes provoquant les autres par modification de la cinétique de l'épaule. Dans le conflit postérosupérieur du sujet jeune, par exemple, on retrouve des lésions labrales, de la coiffe, cartilagineuses, voire capsulaires. D'autres entités comme les atteintes neurologiques intéressant le nerf suprascapulaire et le nerf thoracique long doivent être recherchées systématiquement dans les sports d'armé. La brièveté de l'article ne permet pas de décrire en détail l'ensemble des pathologies ni d'être exhaustif. Pour

cette raison, nous préférons ne pas aborder le chapitre des instabilités.

2. Pathologies intra-articulaires

2.1. Elles se résument aux lésions primitives du bourrelet glénoïdien

C'est une atteinte fréquente, rencontrée chez les jeunes sportifs de sport d'armé ou dans les sports de chute. Elle a été bien décrite par Snyder et al. [1]. Il faut savoir évoquer ce diagnostic après un interrogatoire rigoureux et un bilan d'imagerie. L'interrogatoire et l'examen clinique sont évocateurs dans 80 % des cas : il s'agit d'un sportif jeune avec un bon niveau de jeu et s'entraînant beaucoup (Fig. S1 ; voir le matériel complémentaire accompagnant la version en ligne de cet article). Le mode de début est brutal sur un geste d'armé ou progressif. La lésion peut survenir également après une chute sur le moignon de l'épaule ou une chute parée par le membre supérieur. La détérioration du bourrelet glénoïdien est inéluctable dans ces sports d'armé, tant le geste est violent, de grande amplitude et entraîne des mouvements de la tête humérale venant en conflit avec ce bourrelet ou ses insertions. Le geste de l'armé va provoquer une distension capsulaire progressive et une hypermobilité acquise de cette tête humérale. Le traitement de fond de cette pathologie est une meilleure stabilisation musculaire de cette tête humérale par renforcement musculaire sélectif et quotidien [2].

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : gdaubinet@hotmail.com (G. Daubinet).

Cliniquement, il existe une douleur mécanique, brutale, ou d'apparition progressive. Elle est toujours déclenchée par des gestes précis, comme la rétroimpulsion horizontale–rotation externe, ou l'adduction rotation interne. L'évolution se fait par crises douloureuses, avec, dans quelques cas, une petite limitation de la rotation externe glénohumérale, témoin de l'irritation de cette articulation. Le patient décrit de temps en temps des ressauts, des craquements, des blocages, des sensations de bras mort ou d'engourdissement.

Les radiographies standard sont souvent normales, contrairement à ce que l'on peut rencontrer dans les véritables épaules instables. Il s'agit ici d'épaule laxa, par laxité acquise progressivement par le geste de l'armé. L'arthroscanner est l'examen de choix. Son interprétation est difficile tant la morphologie du bourrelet est variable. Il faut rechercher les atteintes associées comme les SLAP lésions avec désinsertion haute du biceps ou la rupture partielle de la face inférieure du supraépineux. Le traitement repose sur l'infiltration intra-articulaire glénohumérale et le renforcement musculaire périarticulaire pour rétablir la tête humérale. En cas d'échec, il faut recourir à l'ablation arthroscopique de la lésion avec parfois réinsertion du labrum et/ou du biceps, voire ténodèse de ce dernier [3]. Les résultats sont souvent décevants sauf s'il existe une véritable languette mobile. Les sportifs vont chercher à reprendre leur sport au même niveau avec le même geste nocif. Dans tous les cas, une rééducation adaptée est indispensable. Elle est suivie d'un renforcement musculaire journalier pour éviter la déstabilisation physiologique progressive et inéluctable de ces épaules de sport d'armé. Si la laxité est importante, ou en cas d'échec de ces traitements, certains auteurs sont partisans de réaliser une capsuloraphie antérieure ou antéro-inférieure.

3. Pathologies de la coiffe des rotateurs

Les lésions de la coiffe des rotateurs chez l'athlète regroupent les tendinopathies, les ruptures partielles et les ruptures transfixiantes [4]. Les sports où l'épaule est utilisée de façon intensive et répétitive, où les sports de chute sont les meilleurs pourvoyeurs de lésions de la coiffe (handball, rugby, volleyball, base-ball, tennis...). Ces lésions peuvent être dues à des macrotraumatismes (chutes), des microtraumatismes répétés comme dans le conflit postérosupérieur ou plus tard à un vieillissement tissulaire fragilisant la coiffe comme c'est le cas dans l'ensemble de la population.

Les tendinopathies résultent de l'utilisation excessive et ponctuelle d'une épaule insuffisamment préparée à l'effort (pratique occasionnelle, non progressive). Elles répondent généralement bien au traitement médical surtout chez le jeune.

Les ruptures partielles touchent principalement la face profonde du tendon du supraspinatus. Elles peuvent également être intratendineuses (rares) ou localisées à la face bursale du tendon. Les lésions de la face profonde de la coiffe des rotateurs des jeunes athlètes entrent souvent dans le cadre d'un conflit postérosupérieur [5].

Les ruptures complètes ne touchent souvent qu'un seul tendon (le supraspinatus en majorité). Les lésions du subscapularis

sont une entité à part : elles doivent être recherchées dans un contexte traumatique [6].

3.1. Clinique

Les tendinopathies et les ruptures partielles intéressent les sportifs plus jeunes de moins de 50 ans. Leur tableau clinique est dominé par la douleur : elle est souvent très intense et revêt les mêmes caractéristiques que celles des lésions perforantes. Les ruptures transfixiantes de coiffe touchent surtout les sportifs de plus de 50 ans sur l'épaule dominante. La douleur souvent tenace, nocturne est le symptôme majeur. Un traumatisme déclenchant est quelquefois rapporté. Les douleurs peuvent avoir été augmentées par une récente utilisation plus intense du membre supérieur au-dessus de la tête.

L'examen clinique recherche des points douloureux, quantifie de façon bilatérale et symétrique les mobilités passives à la recherche d'une raideur, teste les différents tendons contre la résistance. Les classiques manœuvres de Jobe (supraspinatus), le *lift-off test* et le *belly-press-test* (subscapularis), la force en rotation externe coude au corps (infraspinatus) et la résistance en position du clairon (*teres minor*) sont les tests à connaître.

Le test de Jobe peut-être considéré comme positif en cas de tendinopathie comme en cas de rupture. La répétition du test après injection bursale d'un anesthésique local peut atténuer ou faire disparaître la douleur et augmenter la force musculaire : cela évoque une douleur par atteinte tendineuse ou bursale plus qu'une véritable perforation.

3.2. Imagerie

Les radiographies de face permettent de mesurer l'espace sous-acromial. S'il est inférieur à 7 mm sur un cliché conventionnel (ou numérique au format 100 %), il signe l'existence d'une rupture de coiffe évoluée s'étendant jusqu'au tendon de l'infraspinatus [7]. Le profil de Lamy va analyser la forme et l'agressivité de l'acromion. L'imagerie de deuxième intention est demandée en cas de forte suspicion de rupture ou d'absence de guérison clinique.

L'échographie entre des mains entraînées est performante. L'IRM permet une analyse de la qualité musculaire et montre les lésions intratendineuses [8]. Les examens avec injection de produit de contraste (arthroscanner/IRM) permettent une analyse plus fine des lésions anatomiques (Figs. 1–3).

3.3. Traitement

Les tendinopathies simples réagissent en général bien au traitement médical associé à une rééducation adaptée et éventuellement à une correction du geste technique.

Les ruptures partielles sont de traitement plus délicat quand elles résistent au traitement médical [9]. Le traitement chirurgical habituel est l'acromioplastie et le débridement de la coiffe pour les ruptures intéressant moins de 50 % de l'épaisseur du tendon. Pour les lésions plus importantes, le traitement demande de compléter la lésion puis de réinsérer la coiffe

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3388890>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3388890>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)