

Note de congrès

L'épaule : une approche pluridisciplinaire

Le Congrès thématique du GETROA/GEL a eu lieu en juin 2005 à Paris. Il était consacré à « L'épaule : une approche pluridisciplinaire ». Parmi les communications les plus intéressantes, nous en avons relevé certaines susceptibles d'intéresser des lecteurs du *Journal de traumatologie du sport*.

G. Daubinet (Paris) a présenté une communication sur l'épaule du sportif : quelles lésions, quels mécanismes ?

L'auteur a rappelé que le complexe scapulaire est l'association de 5 articulations auxquelles il faut ajouter le rachis cervical. La pathologie de l'épaule des sportifs est liée aux sports pratiqués et à leurs traumatismes.

Les sports où le geste d'armé est prédominant (tennis, handball, volley-ball, base-ball...) génèrent une pathologie spécifique : l'épaule se détériore progressivement par microtraumatismes répétés. L'analyse de la physiologie de ce geste permet de mieux comprendre sa pathologie.

Les sports de contact ou de chute entraînent des pathologies ostéo-articulaires et ligamentaires, des contusions, mais également des lésions neurologiques par étirement, souvent méconnues ou masquées par l'importance de la symptomatologie douloureuse au stade initial.

Dans les sports d'armé

L'étude des mécanismes, de la physiologie du mouvement, les études électromyographiques intégrées au geste de l'armé, les constatations arthroscopiques ont permis une meilleure compréhension de la physiopathologie. Les muscles de la coiffe des rotateurs assurent une stabilisation dynamique et participent de façon importante au contrôle instantané de la mobilité de la tête humérale et de la scapula. L'extrême mobilité, la force et la vélocité du geste soumettent les structures stabilisatrices à des tensions ou tractions importantes et les rendent vulnérables.

La physiopathologie varie en fonction des antécédents pathologiques inhérents ou non au lancer,

de l'ancienneté et de la fréquence de répétition de ce geste.

Une étude EMG comparative du lancer entre amateurs et professionnels réalisée chez des joueurs de base-ball montre que le recrutement musculaire est différent en fonction du niveau du joueur : professionnel ou amateur. La vitesse de bras est supérieure chez les professionnels. Au début de l'armé, il existe une faible activité musculaire chez les professionnels et une activité modérée du deltoïde, du dentelé antérieur et du biceps brachial chez les amateurs. En fin d'armé, l'activité musculaire est importante uniquement chez les professionnels, surtout au niveau des rotateurs internes. Chez les amateurs, il existe une participation importante des rotateurs internes mais également du biceps et des muscles de la coiffe.

Une étude EMG de l'épaule du lanceur dans les laxités humérales montre des différences notables de recrutement musculaire et permet de déduire des mesures de prévention ou des attitudes thérapeutiques. Le biceps présente une activité très augmentée pendant toutes les phases, ce qui augmente la stabilité gléno-humérale alors que le deltoïde n'en présente que peu. Le supra-épineux a une augmentation d'activité très importante en fin d'armé afin de stabiliser de façon dynamique la tête humérale. Les rotateurs internes ont une diminution d'activité dans toutes les phases et notamment en rétropulsion horizontale-rotation externe ce qui augmente la force luxante antérieure. Le dentelé antérieur et le trapèze ont également une activité diminuée.

Il existe une augmentation des forces luxantes par diminution de l'activité des rotateurs internes et des fixateurs de la scapula. L'augmentation de l'activité du biceps et du supra-épineux montre la déstabilisation de la tête humérale. Cette étude permet de mettre en évidence l'importance du travail excentrique des rotateurs internes et des fixateurs de la scapula dans ce type de laxité ou plus communément chez le sportif professionnel dans le cadre des épaules potentiellement luxables.

Le mécanisme de stabilisation antérieure a été montré sur des dissections cadavériques : en rotation externe maximale, la stabilité est assurée à 0° d'élévation latérale par le subscapulaire, à 45° par le subscapulaire et les ligaments gléno-huméraux moyen et inférieur, à 90° par le seul ligament gléno-huméral inférieur.

Le centrage de la tête humérale est parfait dans toute l'élévation sauf entre 0 et 30°. Il existe un glissement de 3 mm de la tête humérale vers le haut à partir d'une position de subluxation inférieure. Dans le plan horizontal : chez les sujets normaux, le centrage est parfait sauf en position de rétropulsion horizontale-rotation externe où il existe un recul de 4 mm de la tête humérale, alors que chez les sujets laxes, il existe une avancée de 4 mm de la tête humérale.

Le geste de l'armé et les lésions capsulaires : l'augmentation de la rotation externe passive et la diminution de la rotation interne passive sont des conséquences naturelles de l'épaule du lanceur. La coiffe stabilise de façon dynamique la tête humérale surtout par des contractions excentriques, soit pour limiter la rotation externe lors de l'armé, soit pour limiter la translation antérieure de la tête humérale lors de l'accélération ou de l'accompagnement. Un déficit de coiffe ou des fixateurs de la scapula entraîne une mobilité excessive de la tête humérale vers l'arrière puis vers l'avant, avec ses conséquences pathologiques. Les forces de traction capsulaire représentent 80 à 110 % du poids du corps.

Dans les sports de contact ou les chutes

Les sports de contact ou les chutes sont à l'origine d'une pathologie ostéo-articulaire et ligamentaire traumatique. Les lésions sont proportionnelles à l'inertie du choc et dépendent du type de traumatisme.

Les lésions neurologiques sont remarquables : lors de la pratique du ski, les chutes sont fréquentes, violentes, survenant sur une neige de dureté variable. Elles entraînent des lésions ostéo-articulaires, volontiers associées à des lésions neurologiques. Ces dernières sont souvent méconnues, masquées au début par l'importance de la symptomatologie douloureuse.

Le premier bilan devant une épaule impotente, douloureuse, tuméfiée, ecchymotique s'efforce de répertorier les muscles intacts ou déficitaires dans la mesure du possible. Un bilan précis ne peut être envisagé avant 15 jours et un pronostic raisonnablement porté avant 2 mois. L'examen physique recherche la présence d'un hématome, de

déficits moteurs et sensitifs puis d'une amyotrophie. Il sera répété aussi souvent que possible. L'électromyogramme a un rôle important dans le diagnostic et la surveillance de la récupération.

Différents tableaux cliniques peuvent être observés en sachant l'importance des variations anatomiques du plexus brachial et/ou la fréquence des atteintes incomplètes ou associées : paralysie complète du plexus brachial ; atteintes C5-C6, C5-C6-C7, C8-D1, C7-C8-D1 ; atteinte du tronc secondaire postérieur, du tronc secondaire antéro-externe, du tronc secondaire antéro-interne.

Les lésions neurologiques sont souvent méconnues. Les traumatismes à l'origine d'une atteinte neurologique sont principalement les luxations antéro-internes, les luxations-fractures, les mécanismes avec abaissement et/ou rétropulsion de l'épaule, les traumatismes complexes avec fracture de la clavicule, de la scapula ou de l'extrémité supérieure de l'humérus. La luxation antéro-interne ou la luxation-fracture sont les causes les plus fréquentes. La plupart de ces lésions neurologiques récupèrent en 3 à 4 mois. L'atteinte du nerf circonflexe a le moins bon pronostic puisque la récupération est évaluée à 12 mois.

G. Morvan, M. Wybier, P. Mathieu, V. Vuilleminbodaghi, J. Busson ont revisité les incidences de base de l'épaule douloureuse

Pour les auteurs, les clichés simples contribuent au démembrer des différents tableaux cliniques de l'épaule douloureuse et sont difficilement dissociables de l'examen clinique. Mais la question se pose du choix des incidences.

À propos des clichés de face

- les faces antéro-postérieures en double obliquité appelées communément (« face trois rotations ») ont pour but d'étudier les pathologies médicales les plus fréquentes : calcifications tendineuses, ruptures de la coiffe, arthropathies gléno-humérales. Les inclinaisons sont déterminées sous scopie en fonction de la morphologie individuelle, mais les degrés de rotation de l'humérus restent imprécis. Cette triple incidence classique n'est pas à l'abri des critiques :

- la rotation du tronc vers le côté à examiner entraîne un important gradient d'épaisseur entre les différentes structures radiographiées, d'où une irradiation non négligeable et une qualité photographique moyenne ;

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/9356201>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/9356201>

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