

Traitement de la douleur d'épaule chronique

Experts:

Dr. J. L. Ziltener, méd du sport, M. Monnin
physio, Dr. A. Lädermann, orthopédiste

Animatrices:

T. Sacroug et M.C. Kramer

Colloque MPR 28 octobre 2009

Cas clinique n°1

- Femme de 45 ans, traité depuis 1 mois pour une tendinite du sus-épineux par physiothérapie.
- Développe progressivement des douleurs permanentes, diurnes et nocturnes.
- Examen clinique:
 - Diminution de la mobilité active dans tous les sens avec en particulier une rotation externe presque nulle
- Radiographie: normale

Capsulite rétractile

- Condition objectivant une limitation globale de la mobilité huméro-scapulaire résultant d'une perte de compliance des tissus mous péri-articulaires (capsule, intervalle des rotateurs, unités tendino-musculaires)
- Terme à utilisation limitée aux patients dont l'histoire clinique est constituée par une perte progressive, douloureuse, des amplitudes articulaires passives et actives de l'épaule s'étendant sur au moins 1 mois

- Peut compliquer toute affection de l'épaule...même événement mineur
traumatismes, cardiopathies ou pneumopathies chroniques, diabète, dysthyroïdie, Dupuytren, neuropathies centrales (AVC, Parkinson ...)
- Epaissement capsule articulaire et rétraction des récessus capsulaires
- Atteinte bilatérale possible
 - simultanément ou successivement (5 à 20 % des cas)
- Surtout patient > 50 < 70 ans

Trois stades ont été décrits :

Stade 1 (phase douloureuse):

douleur et enraidissement progressif

3 à 36 semaines

Stade 2 (phase rétraction):

douleur moins importante mais raideur majeure

2 à 12 mois

Stade 3 (résolution):

récupération lente et souvent incomplète

10 à 42 mois

Prise en charge

- Education du patient → patience et... compliance
- Médication antalgique (AINS ???)
- Kinésithérapie adaptée
- Infiltrations i-a (stéroïdes) précoces ???
- Distension capsulaire
- Arthrolyse arthroscopique

Kinésithérapie

- Points clés:
 - précocité prise en charge
 - Ø mobilisation intempestive...
 - adaptation rapide des traitements en fonction évolution maladie (antalgie, entretien trophique)
- Restauration mobilité du membre dès que possible... tout en respectant **la non-douleur**
- Ergothérapie pour travail fonctionnel

Cortico-stéroïdes et infiltrations

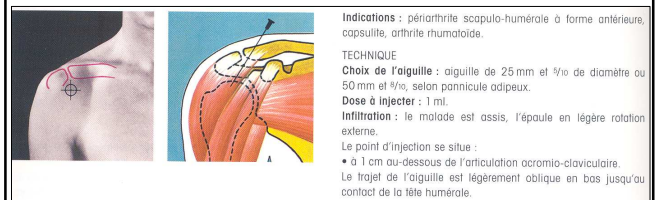
- **Choix habituel:** triamcinolone; 3 x 40 mg > 3 x 10 mg en terme de douleur et sommeil, mais pas sur ROM (De Jong, Clin Reh, 1998)
- Tendance non significative à la supériorité de 3 infiltrations de corticoïdes pour les 6 à 12 premières semaines d'évolution en terme de douleur, ROM et scores par rapport à physio-, kinésithérapie et témoins (Bulgen, Ann Rheuma dis, 1984)
- Quid stéroïdes per os ?? (Buchbinder, Cochrane, 2006)

Cortico-stéroïdes et infiltrations

- 3 seules études randomisées comparent injection, kinésithérapie ou leur association
 - 3 x triamcinolone > mobilisation passive et active + électro pour douleurs, incapacités surtout jusqu'à 26 sem (non sign. à 52 sem) (Van der Windt, BMJ, 1998)
 - A groupes ttt identiques, aucun gain stat. différent quel que soit le ttt (à 6 mois), mais un rapport coût/efficacité + stéroïdes (Dacre, Ann Rheum Dis, 1989)
 - Efficacité > association sur douleur et handicap (Carrette. Arthr Rheum, 2003)

Cortico-stéroïdes et infiltrations

- **Problèmes et interrogations:**
 - localisation strictement intra-articulaire de l'injection (Weiss, Arch Phys Med, 1978)
 - type de stéroïdes, dose et nombre d'injections restent à déterminer
 - effets contraires éventuels sur la cicatrisation des tissus
 - risque potentiel d'infections i-a en aigu et/ou risque ultérieur (chirurgie) ?



Voie antérieure



Indications : périarthrite scapulo-humérale (toutes variétés), capsulite, arthrite rhumatoïde.

TECHNIQUE

Choix de l'aiguille : aiguille de 25 mm et 5/6 de diamètre à biseau court.

Dose à injecter : 1 ml.

Infiltration : le malade est assis, le bras en légère abduction (20°).

Le point d'injection se situe :

- au croisement d'une verticale abaissée à 2 cm en dedans du bord externe de l'acromion et d'une horizontale menée à 2 cm au dessous du bord inférieur de l'acromion dans sa partie externe.

Voie postérieure

Distensions capsulaires

Buchbinder,
Cochrane, 2008

- Volume total injecté: 10-30 ml (bupivacaine, air, NaCl) sous contrôle arthrographique
- Importance du nombre de gestes et de l'association avec stéroïdes i-a
- 2 essais contrôlés, randomisés
(Jacobs, BMJ, 1991; Gam, Scand J Rheumato, 1998):
 - 3 à 6 distensions capsulaires avec stéroïdes i-a > stéroïdes seuls pour le gain de mobilité, sans différence sur la douleur (suivi: 16 sem)
 - contre-indication en cas d'hypocoagulabilité et risque d'infection iatrogène

Arthrolyse arthroscopique (≠mobilisation sous narcose!!)

- De nombreuses études retrospectives démontrent des résultats très favorables (Alvado, Ann Réadapt Med Phys, 2001) :
 - 65-100% de satisfaction, selon critère choisi (douleur, mobilité, incapacités), population considérée (capsulites réfractaires sévères, durée évolution (6-15 mois) et suivi (6 - 60 mois)
 - 1 étude prospective ouverte (1 an) montre seulement 11% de rechutes et une moyenne de 9 semaines post-op pour un gain total de ROM (Watson, JSES, 2000)

Evolution

- Récupération +/- complète chez tous les patients
- Mais rarement de restitution ad integrum des ROM (< 30% des cas)

Dias, BMJ, 2005; Kelley, JOSPT, 2009

Take home message

- Pathologie qui peut compliquer toute affection de l'épaule...même événement mineur chez patient > 50 < 70 ans
- Diagnostic essentiellement clinique
- Kinésithérapie précoce et infra-douloureuse
- Intérêt corticostéroïdes en infiltration intra-articulaire (phase initiale)