



Recommandations pour la pratique clinique

**Modalités de prise en charge
d'une épaule douloureuse
chronique non instable
chez l'adulte**

Avril 2005

Service des recommandations professionnelles

La Haute Autorité de santé diffuse un document réalisé par
l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
et validé par son Conseil scientifique en novembre 2004

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés, réservés pour tous pays.
Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit du présent ouvrage, faite sans l'autorisation de l'Anaes est illicite et constitue une contrefaçon. Conformément aux dispositions du Code de la propriété intellectuelle, seules sont autorisées, d'une part, les reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective et, d'autre part, les courtes citations justifiées par le caractère scientifique ou d'information de l'œuvre dans laquelle elles sont incorporées.

Ce document a été finalisé en avril 2005. Il peut être commandé (frais de port compris) auprès de :

Haute Autorité de Santé
Service communication
2, avenue du Stade de France – 93218 Saint-Denis La Plaine CEDEX – Tél. : 01 55 93 70 00 – Fax : 01 55 93 74 00
© 2004. Anaes

Les recommandations professionnelles ci-dessous ont été élaborées sous l'égide de l'Anaes, à la demande de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts). Elles ont été établies selon la méthode décrite dans le guide méthodologique « Les recommandations pour la pratique clinique – Base méthodologique pour leur réalisation en France » publié par l'Anaes en 1999.

Les sociétés savantes suivantes ont été sollicitées pour l'élaboration de ces recommandations :

- le Centre de documentation et de recherche en médecine générale ;
- le Collège national des généralistes enseignants ;
- la Société française de rhumatologie ;
- la Société française de chirurgie orthopédique et traumatologique ;
- la Société française de formation thérapeutique du généraliste ;
- la Société française de médecine générale ;
- la Société française de médecine physique et de réadaptation.

L'ensemble du travail a été coordonné par le P^r Rémy NIZARD, chef de projet, sous la direction du D^r Patrice DOSQUET, responsable du service des recommandations professionnelles.

La recherche documentaire a été effectuée par M^{me} Emmanuelle BLONDET, documentaliste, avec l'aide de M. Aurélien DANCOISNE, sous la direction de M^{me} Rabia BAZI, responsable du service documentation.

Le secrétariat a été réalisé par M^{me} Catherine SOLOMON-ALEXANDER.

La HAS tient à remercier les membres du comité d'organisation, du groupe de travail, du groupe de lecture et du Conseil scientifique de l'Anaes qui ont participé à ce travail.

COMITÉ D'ORGANISATION

D^r Johann BEAUDREUIL, rhumatologue,
Paris

P^f Daniel GOUTALLIER, chirurgien
orthopédiste et traumatologue, Créteil

D^r Gérard MORVAN, radiologue, Paris

P^r Rémy NIZARD, chef de projet, Anaes,
Saint-Denis La Plaine

D^r Eric-Robert NOËL, rhumatologue, Lyon

D^r Mireille PEYRE, médecin de médecine
physique et réadaptation, Saint-Maurice

GROUPE DE TRAVAIL

D^r Gilles WALCH, chirurgien orthopédiste, Lyon – président du groupe de travail

D^r Johann BEAUDREUIL, rhumatologue, Paris – chargé de projet

P^r Rémy NIZARD, chef de projet, Anaes, Saint-Denis La Plaine

P^r Alain BLUM, radiologue, Nancy

P^r Pascal BOILEAU, chirurgien orthopédiste
et traumatologue, Nice

D^r Catherine DORMARD, médecin
généraliste, Saclay

D^r Didier GODEFROY, radiologue, Paris

P^r Philippe HARDY, chirurgien orthopédiste,
Boulogne-Billancourt

D^r Jean-Pierre LIOTARD, médecin de
médecine physique et réadaptation, Lyon

M. Thierry MARC, kinésithérapeute,
Montpellier

D^r Mireille PEYRE, médecin de médecine
physique et réadaptation, Saint-Maurice

P^r Jean-Jacques RAILHAC, radiologue,
Toulouse

D^r Elisabeth STEYER, médecin généraliste,
Talange

P^r Thierry THOMAS, rhumatologue, Saint-
Étienne

P^r Hervé THOMAZEAU, chirurgien
orthopédiste, Rennes

GROUPE DE LECTURE

M^{me} Joëlle ANDRÉ-VERT, kinésithérapeute,
Longjumeau

P^r Bernard AUGEREAU, chirurgien
orthopédiste, Paris

D^r Hervé BARD, rhumatologue, Paris

D^r Jean-Louis BRASSEUR, radiologue,
Montfermeil

D^r Philippe BRISSAUD, rhumatologue,
Neuilly-sur-Seine

D^r Bernard CANDAU, chirurgien orthopédiste,
Saint-Jean-de-Braye

D^r Laure CHAPUIS, rhumatologue, Vitré

D^r Jeanne-Elisabeth CHARRIN,
rhumatologue, Lyon

D^r Pascal CHAZERAIN, rhumatologue, Paris

P^r Alain CHEVROT, radiologue, Paris

P^r Anne COTTEN, radiologue, Lille

P^r Henry COUDANE, orthopédiste, Nancy

D^r Christian DELAUNAY, chirurgien
orthopédiste, Longjumeau

P^r Gérard-Philippe DESBONNETS, médecin
généraliste, Fleurbaix

D^r Joël DUBERNET, médecin généraliste,
Saint-Pey-de-Castets

P^f Fabrice DUPARC, chirurgien orthopédiste, Rouen
M. Philippe DURAFORG, kinésithérapeute, Courbevoie
P^f Luc FAVARD, chirurgien orthopédiste, Tours
D^f Jean-Pierre GAUME, médecin généraliste, Avanne-Aveney
M. Michel GEDDA, chef de projet, Anaes, Saint-Denis La plaine
M. Pascal GOUILLY, kinésithérapeute, Metz
P^f Daniel GOUTALLIER, chirurgien orthopédiste et traumatologue, Créteil
D^f Jean-Michel HERPE, radiologue, Saintes
M. Rémy HIGNET, kinésithérapeute, Rennes
P^f Jean-François KEMPF, chirurgien orthopédiste, Strasbourg
D^f Pierre KHALIFA, rhumatologue, Paris
D^f Bernard LE HENAFF, radiologue, Brest
P^f Frédéric LECOUVET, radiologue, Bruxelles
D^f Pierre LE GUILLOUX, chirurgien orthopédiste, Toulon
D^f Pierre MÉCHALY, médecin généraliste, Chilly-Mazarin
P^f Henri MESTDAGH, chirurgien orthopédiste, Lille
P^f Daniel MOLÉ, chirurgien orthopédiste, Nancy
D^f Jacques MONET, directeur d'école de kinésithérapie, Paris - membre du Conseil scientifique de l'ANAES

D^f Jean-Louis MOULIN, médecin généraliste, Saint-Junien
D^f Laurent NOVÉ-JOSSERAND, chirurgien orthopédiste, Lyon
M. Michel PAPAREMBORDE, kinésithérapeute, Lille – membre du Conseil scientifique de l'Anaes
M. Paul PAVAN, kinésithérapeute, Grenoble
M. Gilles PENINOU, kinésithérapeute, Paris
D^f Patrick POCHE, médecin généraliste, Clermont-Ferrand
M. Michel POCHOLLE, kinésithérapeute, Châlon-sur-saône
D^f Jean-Claude SCHEFFER, chirurgien orthopédiste, Melun
D^f Claude SICHEL, médecin généraliste, Carnoux-en-Provence
D^f François SIRVEAUX, chirurgien traumatologue, Nancy
D^f Thierry TAVERNIER, radiologue, Lyon
D^f Philippe THOMAS, rhumatologue, Thionville
D^f Marie-Jeanne TRICOIRE, médecin généraliste, Nice
D^f Isabelle VANONI, médecin généraliste, Nice
D^f Ollivier VERON, gériatre, Périgueux
D^f Jean-Paul VIGROUX, chirurgien orthopédiste, Clermont-Ferrand
M. Philippe VOISIN, kinésithérapeute, Lille
D^f Valérie VUILLEMIN-BODAGHI, radiologue, Paris

RECOMMANDATIONS

I. INTRODUCTION

Les recommandations professionnelles ci-dessous ont été élaborées sous l'égide de l'Anaes, à la demande de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

Elles sont destinées à tout médecin amené à prendre en charge un adulte ayant une épaule douloureuse chronique non instable, en particulier les médecins généralistes et les rhumatologues.

I.1. Cadre nosologique

Le cadre retenu est celui de l'épaule douloureuse chronique sans instabilité de l'adulte. Il répond à différentes entités appartenant aux affections ab-articulaires de l'épaule. Outre les instabilités, son approche directe sous-entend l'exclusion des affections extra-régionales, neurogènes locales et acromio-claviculaires, ainsi que des arthropathies gléno-humérales mécaniques, inflammatoires et infectieuses. Ces dernières sont caractérisées localement par une douleur d'origine articulaire ou synoviale et souvent par une limitation gléno-humérale. Les capsulites rétractiles, partageant ces caractéristiques, ont également été exclues.

Le champ de l'épaule douloureuse chronique sans instabilité de l'adulte couvre ainsi l'ensemble des tendinopathies dégénératives et calcifiantes chroniques de la coiffe des rotateurs de l'épaule. Compte tenu d'une terminologie consacrée par l'usage, ont été distinguées, au sein des tendinopathies dégénératives, les tendinopathies sans et avec rupture, transfixiante ou non.

I.2. Questions traitées

Les questions suivantes sont abordées.

- Quels éléments de l'examen clinique permettent d'orienter le diagnostic lésionnel ?
- Quels sont les examens complémentaires de première intention ?
- Sur quels éléments décide-t-on d'examens d'imagerie de seconde intention ? Quels sont ces examens et quelles sont leurs performances ?
- Dans la tendinopathie calcifiante, quelles sont les places respectives du traitement médical et chirurgical ?
- Dans la tendinopathie non rompue, quelles sont les places respectives du traitement médical et chirurgical ?
- Dans la tendinopathie avec rupture, quelles sont les places respectives du traitement médical et chirurgical ?

I.3. Gradation des recommandations

Les recommandations sont classées en grade A, B ou C selon les modalités suivantes :

- une recommandation de grade A est fondée sur une preuve scientifique établie par des études de fort niveau de preuve, comme des essais comparatifs randomisés de forte puissance et sans biais majeur et/ou une méta-analyse d'essais comparatifs randomisés ou une analyse de décision basée sur des études bien menées ;

- une recommandation de grade B est fondée sur une présomption scientifique fournie par des études de niveau intermédiaire de preuve, comme des essais comparatifs randomisés de faible puissance, des études comparatives non randomisées bien menées ou des études de cohorte ;
- une recommandation de grade C est fondée sur des études de faible niveau de preuve, comme des études cas-témoins ou des séries de cas.

En l'absence de précision, les recommandations proposées correspondent à un accord professionnel au sein des groupes de travail et de lecture.

II. QUELS ÉLÉMENTS DE L'EXAMEN CLINIQUE PERMETTENT D'ORIENTER LE DIAGNOSTIC LÉSIONNEL ?

La place de l'examen clinique en tant que première étape de la prise en charge et les 4 temps autour desquels il s'articule font actuellement l'objet d'un consensus : interrogatoire, inspection/palpation, examen des amplitudes passives et actives, et testing de la coiffe.

À l'inspection, une amyotrophie des fosses sus et/ou sous-épineuses est évocatrice d'une rupture des tendons supra et/ou infra-épineux.

L'étude des amplitudes passives, réalisée au mieux sur un patient en position couchée pour éliminer les compensations, est fondamentale à la vérification de la liberté de l'articulation gléno-humérale et de l'absence de rétraction capsulaire.

L'étude des amplitudes actives est faite sur un patient assis. L'association d'une mobilité passive complète et d'une mobilité active déficitaire oriente vers une rupture de la coiffe des rotateurs.

La mise en évidence d'une perte de force lors de la manœuvre de Jobe atteste d'une rupture du supra-épineux (sensibilité de 77 à 95 %, spécificité de 65 à 68 %).

La mise en évidence d'une perte de force en rotation externe coude au corps atteste d'une rupture de l'infra-épineux.

La mise en évidence d'une perte de force en rotation externe à 90° d'abduction atteste d'une rupture de l'infra-épineux et du *teres minor*.

La mise en évidence d'une perte de force en rotation interne main sur l'abdomen (*Belly press test*) atteste d'une rupture du sub-scapulaire. Ce test est plus utilisé que le *lift-off test*, plus étudié mais de réalisation douloureuse.

La mise en évidence d'une déformation en boule du muscle biceps atteste d'une rupture du chef long du biceps. En revanche, les classiques tests de « tendinite du biceps » (*palm-up*, etc.) ne sont pas spécifiques.

Les 2 manœuvres de conflit (Neer et Hawkins) sont sensibles, mais peu spécifiques dans le diagnostic des tendinopathies. Elles ne permettent pas de justifier à elles seules l'indication d'un traitement chirurgical.

III. QUELS SONT LES EXAMENS COMPLÉMENTAIRES DE PREMIÈRE INTENTION ?

La radiographie standard apparaît indispensable à la prise en charge d'une épaule douloureuse au titre du diagnostic initial. Outre l'élimination des diagnostics différentiels, elle permet de visualiser les calcifications ab-articulaires. Un espace sous-acromial de moins de 7 mm est le témoin d'une rupture dégénérative étendue.

Les clichés utiles sont les incidences de face dans les 3 rotations et le profil de coiffe. Ils permettent en effet de visualiser les différents sites d'insertion tendineuse. L'incidence positionnelle de Railhac comparative a pour avantages sa simplicité, une performance diagnostique intrinsèque pressentie comme supérieure pour une rupture étendue de la coiffe. La visualisation concomitante de l'articulation acromio-claviculaire est susceptible d'orienter vers une intrication pathologique.

L'échographie ne peut remplacer la radiographie standard. Cet examen peut néanmoins être réalisé en première intention par un échographiste expérimenté, en complément de l'examen clinique en cas de doute sur l'existence d'une rupture tendineuse transfixiante.

IV. SUR QUELS ÉLÉMENTS DÉCIDE-T-ON D'EXAMENS D'IMAGERIE DE SECONDE INTENTION ? QUELS SONT CES EXAMENS ET QUELLES SONT LEURS PERFORMANCES ?

L'imagerie de seconde intention est demandée par le praticien qui oriente le projet thérapeutique.

L'imagerie de seconde intention est envisagée en cas d'échec du traitement de première intention ou plus rapidement chez un sujet de moins de 50 ans ou devant une suspicion de lésion traumatique quel que soit l'âge. Elle conditionne la prise en charge ultérieure.

L'échographie ne permet pas l'évaluation de tous les facteurs pronostiques nécessaires à une décision chirurgicale. Il en est de même de l'arthrographie seule ainsi que du scanner sans contraste.

Dans le cadre de l'évaluation préchirurgicale des tendinopathies dégénératives de la coiffe des rotateurs, IRM, arthro-scanner, et arthro-IRM ont les performances requises pour une étude lésionnelle incluant l'étude de la trophicité musculaire.

V. DANS LA TENDINOPATHIE CALCIFIANTE, QUELLES SONT LES PLACES RESPECTIVES DU TRAITEMENT MÉDICAL ET CHIRURGICAL ?

Le traitement n'est proposé qu'aux formes symptomatiques.

— En première intention

Les antalgiques, les anti-inflammatoires non stéroïdiens par voie orale et les infiltrations cortisoniques sous-acromiales sont au premier rang des traitements. Les infiltrations radio ou écho-guidées ont une efficacité supérieure aux infiltrations non guidées (grade C).

La physiothérapie par ultrasons est une technique de rééducation validée par les résultats d'une étude randomisée (grade B).

— *Dans les formes rebelles*

La ponction-lavage-aspiration peut être proposée dans les calcifications radiographiquement homogènes et volumineuses (grade C).

L'intérêt de la lithotritie est étayé par une littérature méthodologiquement recevable. Son utilisation apparaît actuellement limitée en France (grade B).

L'arthroscopie apparaît donc le traitement de dernière intention au cours des tendinopathies calcifiantes (grade C).

VI. DANS LA TENDINOPATHIE NON ROMPUE, QUELLES SONT LES PLACES RESPECTIVES DU TRAITEMENT MÉDICAL ET CHIRURGICAL ?

Antalgiques, anti-inflammatoires non stéroïdiens et infiltrations sous-acromiales de dérivés cortisoniques voient ici leur intérêt confirmé (grade B).

La kinésithérapie est axée sur la récupération et l'entretien des amplitudes articulaires ainsi que sur l'utilisation du capital musculaire (grade B).

L'acromioplastie ne se discute qu'en dernier recours chez l'adulte d'âge mûr. Elle n'est pas indiquée dans le traitement des tendinopathies du jeune sportif (grade C).

VII. DANS LA TENDINOPATHIE AVEC RUPTURE, QUELLES SONT LES PLACES RESPECTIVES DU TRAITEMENT MÉDICAL ET CHIRURGICAL ?

La prise en charge médicale n'est pas différente de celle de l'ensemble des tendinopathies (grade C).

Le principe d'un traitement médical de première intention au cours des tendinopathies de la coiffe des rotateurs avec rupture peut donc être retenu (grade C).

En l'absence d'amélioration après 6 mois de traitement, l'indication chirurgicale doit être discutée. Le risque de dégénérescence graisseuse musculaire compromet le pronostic du résultat d'un traitement chirurgical et fonctionnel (grade C).

Les ruptures de la coiffe sont de gravité variable allant de la rupture partielle d'un tendon à la rupture massive de trois ou quatre tendons. La tolérance peut dépendre de la demande fonctionnelle individuelle. Toutes les ruptures ne nécessitent pas de réparation chirurgicale (grade C).

Deux types de traitements chirurgicaux peuvent être proposés :

- chirurgie réparatrice si les conditions anatomiques et le contexte général le permettent : réinsertions tendineuses, transferts tendineux, lambeaux musculaires, etc. (grade C) ;
- chirurgie à visée antalgique dans les lésions non réparables de la coiffe, portant sur la bourse sous-acromiale, sur le tendon du long biceps et/ou le bec acromial (grade C).