

D.F. GAZIELLY

# L'ÉPAULE AU QUOTIDIEN



Sauramps  
*médical*

# Sommaire

<b>INTRODUCTION</b>	<b>15</b>
<b>CHAPITRE I</b>	
<b>ANATOMIE FONCTIONNELLE DE L'ÉPAULE</b>	<b>17</b>
■ Le complexe ostéo-articulaire de l'épaule	17
■ La capsule articulaire	17
■ Les ligaments gléno-huméraux	17
■ Le bourrelet glénoïdien	20
■ La coiffe des rotateurs de l'épaule	21
■ Le tendon de la longue portion du biceps	25
■ L'espace sous-acromial	26
■ L'articulation scapulo-thoracique	26
■ La chape trapézo-deltaïdienne	26
<b>CHAPITRE II</b>	
<b>BIOMECANIQUE DE L'EPAULE</b>	<b>27</b>
■ Physiologie normale de l'épaule	27
■ Perturbations biomécaniques après hyperutilisation ou rupture de la coiffe	27
<b>CHAPITRE III</b>	
<b>EXAMEN CLINIQUE DE L'EPAULE</b>	<b>31</b>
■ L'écoute du patient	31
■ L'examen clinique	31
→ L'épaule est enraidie	31
→ L'épaule n'est pas enraidie	33
<b>CHAPITRE IV</b>	
<b>EVALUATION FONCTIONNELLE DE L'EPAULE</b>	<b>39</b>
■ Le score fonctionnel de Constant	39
■ Le Simple Shoulder Test	40

## CHAPITRE V

L'IMAGERIE DE L'EPAULE	45
■ L'imagerie de première intention	45
→ Bilan radiographique standard	45
■ L'imagerie de seconde intention	52
→ Bilan radiographique spécifique acromio-claviculaire	52
→ L'échographie	52
→ Le scanner	53
→ L'arthrographie	53
→ L'arthroscanner	55
→ L'IRM	55

## CHAPITRE VI

LES GRANDS PRINCIPES DE LA CHIRURGIE CONVENTIONNELLE ET ARTHROSCOPIQUE DE L'EPAULE	57
■ Environnement musculo-tendineux	57
→ L'espace sous-acromial	57
→ L'espace gléno-huméral	59
→ L'espace acromio-glénoïdien	60
■ Environnement vasculo-nerveux	61
■ Les voies d'abord en chirurgie conventionnelle	63
■ Les voies d'abord en chirurgie arthroscopique	63

## CHAPITRE VII

LA REEDUCATION DE L'EPAULE	65
■ Les grands principes de la rééducation de l'épaule	65
■ Les techniques de rééducation	74
→ La chaleur	74
→ Le massage	74
→ La physiothérapie	74
→ La balnéothérapie	74
→ Le pendulaire ou "Aspirine de l'épaule"	74
→ Les exercices de mobilisation passive	75
→ Le "pumping" de l'épaule	79
→ Les exercices de mobilisation active aidée	79
→ Les exercices de musculation	85
→ Les exercices de proprioception	91

## CHAPITRE VIII

<b>CONDUITE A TENIR DEVANT UNE EPAULE TRAUMATIQUE</b>	<b>101</b>
■ Introduction	101
■ Interrogatoire et examen clinique du blessé	101
■ Conduite à tenir devant une épaule traumatique lorsque le bilan radiographique initial est positif.	102
→ Conduite à tenir devant une luxation gléno-humérale	103
■ Conduite à tenir devant un premier épisode de luxation antéro-interne de l'épaule.	103
■ Conduite à tenir devant une luxation antéro-interne récidivante.	104
■ Conduite à tenir devant une luxation postérieure.	104
→ Conduite à tenir devant une disjonction acromio-claviculaire	108
→ Conduite à tenir devant une disjonction sterno-claviculaire	110
→ Conduite à tenir devant une fracture de la clavicule	113
→ Conduite à tenir devant une fracture du trochiter	116
→ Conduite à tenir devant une fracture complexe de l'extrémité supérieure de l'humérus	122
→ Conduite à tenir devant certaines fractures peu fréquentes.	128
■ Conduite à tenir devant une épaule traumatique lorsque le bilan radiographique initial est négatif.	128

## CHAPITRE IX

<b>CONDUITE A TENIR DEVANT UNE EPAULE INSTABLE</b>	<b>131</b>
■ Conduite à tenir devant une instabilité antérieure traumatique de l'épaule.	131
→ Rappels anatomiques et physiologiques	131
→ Rappels physiopathologiques	131
→ Diagnostic de l'instabilité antérieure traumatique	134
→ Comment stabiliser ?	138
■ Stabilisation par la rééducation	138
■ Stabilisation à ciel ouvert par triple verrouillage selon Patte	138
■ Stabilisation par réinsertion ligamentaire arthroscopique	143
■ Stabilisation à ciel ouvert par plastie capsulaire	146
■ Synthèse des indications chirurgicales	146
→ Quand stabiliser ?	148
■ Conduite à tenir devant une instabilité postérieure traumatique de l'épaule	148
■ Conduite à tenir devant une instabilité multidirectionnelle de l'épaule	149
■ Conduite à tenir devant une instabilité à caractère volontaire	152

## CHAPITRE X

CONDUITE A TENIR DEVANT UN ENRAIDISSEMENT DE L'ÉPAULE	155
■ Définitions et terminologie	155
→ La capsulite rétractile vraie	155
→ L'épaule douloureuse et enraidie	157
■ Etiologies de l'épaule douloureuse et enraidie	158
→ Hyperutilisation de l'épaule	159
→ Contexte post-traumatique récent	160
→ Contexte post-opératoire	160
■ Traitement de l'enraidissement de l'épaule	161
→ Traitement curatif	161
→ Traitement étiologique	165

## CHAPITRE XI

CONDUITE A TENIR DEVANT UNE TENDINOPATHIE CALCIFIANTE DE LA COIFFE DES ROTATEURS	167
■ Introduction	167
→ Etiologies	167
→ Polymorphisme clinique et évolutif	167
→ Polymorphisme macroscopique	169
→ Polymorphisme radiologique	169
■ Diagnostic	169
→ Symptomatologie clinique	169
→ Diagnostic radiologique	172
■ Indications thérapeutiques	172
→ Traitement médical	172
→ La chirurgie d'exérèse arthroscopique	173

## CHAPITRE XII

CONDUITE A TENIR DEVANT UNE MALADIE TENDINEUSE DU TENDON SUPRASPINATUS	177
■ Introduction	177
→ Définition	177
→ Etiologies	177
■ Diagnostic de la maladie tendineuse du supraspinatus	180
→ Diagnostic positif	180
■ Diagnostic clinique	180
■ Diagnostic radiologique	180
→ Diagnostic différentiel	181
→ Diagnostic étiologique	182
■ Moyens thérapeutiques	182
→ Traitement médical	182
→ Traitement chirurgical	182
■ Acromioplastie Conventionnelle Arthroscopique	182
■ Résection-suture avec renforcement de la coiffe	185
■ Indications thérapeutiques	187

## CHAPITRE XIII

CONDUITE A TENIR DEVANT UNE RUPTURE TRANSFIXIANTE DE LA COIFFE DES ROTATEURS	189
■ Introduction	189
→ Définition. Terminologie	189
→ Etiologies	190
■ Première consultation	191
→ Symptomatologie clinique	191
→ Histoire de la maladie	193
→ Examen clinique de l'épaule	196
→ Bilan radiographique standard	196
→ Conduite à tenir à l'issue de la première consultation	197
■ Deuxième consultation	198
→ Symptomatologie et examen cliniques	199
→ Imagerie lésionnelle	199
■ Conduite à tenir à l'issue de la seconde consultation	201
→ Conduite à tenir devant une rupture distale isolée du tendon supraspinatus	204
→ Conduite à tenir devant une rupture intermédiaire et "réparable" des tendons supra et infraspinatus	207
→ Conduite à tenir devant une rupture rétractée à la glène et "irréparable" des tendons supra et infraspinatus	215
→ Conduite à tenir devant une rupture isolée du tendon subscapularis	217

## CHAPITRE XIV

LA PROTHESE D'EPAULE : PRINCIPES ET INDICATIONS	223
■ Les principes de la prothèse d'épaule	223
■ Matériaux et types de prothèses	225
→ Implant huméral	225
→ Implant glénoïdien	225
■ Technique chirurgicale	225
■ Suites post-opératoires	226
→ Soins et durée d'hospitalisation	226
→ Nécessité de la rééducation post-opératoire	228
→ Complications post-opératoires	232
■ Complications post-opératoires précoces	232
■ Complications post-opératoires tardives	232
→ Incapacité temporaire totale	233
→ Durée de vie	233
■ Indications thérapeutiques de la prothèse d'épaule	233
→ Lésions traumatiques	233
■ Lésions traumatiques récentes	233
■ Lésions traumatiques anciennes	236
→ Pathologies chroniques	236
■ Omarthrose primitive	236
■ Omarthrose secondaire	236
■ Polyarthrite rhumatoïde	236
■ Ostéonécrose aseptique	237
■ Omarthrose excentrée	237
■ Conclusion	237