

# Syndrome de conflit sous-acromial

Dr Xavier Martinache

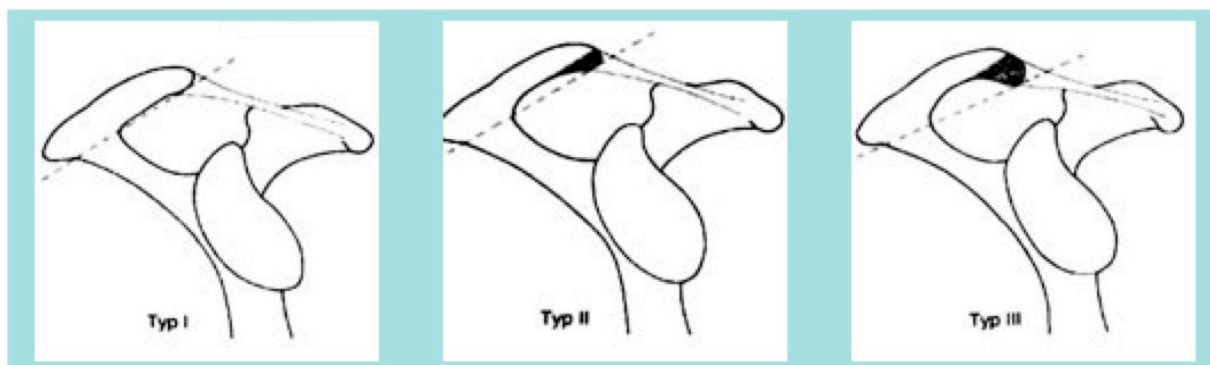
Le conflit sous-acromial de l'épaule est probablement la source de douleur la plus fréquente de l'épaule après 40 ans. Il est en rapport avec l'amincissement physiologique des tendons de la coiffe des rotateurs. Ce syndrome correspond au premier stade de l'usure de la coiffe des rotateurs.

## La coiffe des rotateurs

La coiffe des rotateurs, est l'ensemble des muscles et des tendons qui entourent la tête de l'humérus au niveau de l'articulation de l'épaule. Ces muscles servent à donner la force pour permettre l'élévation du bras et ses diverses rotations, mais participent également à la stabilité de l'épaule.

Avec l'âge, le tendon du sus-épineux, le plus souvent atteint, perd ses qualités élastiques, s'épaissit, et vient entrer en conflit avec l'acromion (acromion : partie de l'omoplate située au-dessus du tendon). Ce frottement répété contribue à la formation d'un bec osseux situé sous l'acromion appelé ostéophyte. En retour, ce bec osseux vient agresser la partie superficielle du tendon sous-jacent, et provoque l'accélération de son usure et des douleurs de passage.

Chez certaines personnes le profil de l'acromion est constitutionnellement agressif pour la coiffe des rotateurs notamment si il a une forme courbe ou encore en crochet (au lieu d'être plat). Chez ces patients l'apparition du conflit sous acromial pourra apparaître alors qu'il sont jeunes (avant 40 ans !!!). Les mesures de rééducation et le traitement conservateur seront alors le plus souvent voués à l'échec. Seule, une intervention chirurgicale pourra enrayer l'évolution du conflit vers la rupture des tendons de la coiffe.



LES DIFFÉRENTS PROFILS SOUS ACROMIAUX : type 1 plat ;type 2:courbe;type 3: en crochet

Les douleurs de conflit de l'épaule sont de survenue le plus souvent spontanée, sans effort déclenchant, ni notion de traumatisme. Elles sont d'aggravation progressive avec le temps. Au début elles sont souvent liées au mouvement, et sont perçues à l'occasion de gestes courants, comme enfiler ou ôter un vêtement, ou encore verser à bout de bras. Puis, elles deviennent nocturnes et réveillent souvent le patient au milieu de la nuit. La force du bras reste le plus souvent conservée en dehors des épisodes douloureux aigus.

## Diagnostic et examens complémentaires

L'âge du patient (après 40 ans), le caractère des symptômes et l'examen clinique précis effectué par le praticien contribuent au diagnostic de conflit sous-acromial.

Les manoeuvres d'examen servent à mettre en évidence les douleurs provoquées lorsque le tendon du sus-épineux vient accrocher le bec de l'acromion. Ce passage s'avère pénible.

Le plus souvent la mobilité et la force du bras sont conservées.

Les radiographies simples de l'épaule ne permettent pas de visualiser les tendons mais montrent parfois le bec situé sous l'acromion.



LE CLICHÉ DE PROFIL DIT "DE LAMY": espace sous acromial très agressif pour la coiffe avec un bec acromial en "lame de sabre"

Les tendons de la coiffe des rotateurs sont dans ce cas continus, et ne présentent donc pas de signes de rupture. C'est pourquoi l'arthroscanner et l'IRM ont ici peu d'utilité. Ce dernier examen permet toutefois de mettre parfois en évidence l'inflammation de la bourse et des tendons (hypersignal).

## Le traitement

Dans un premier temps un traitement conservateur peut être entrepris, à base d'anti-inflammatoires et de rééducation. Une ou deux infiltrations peuvent également être proposées. Si leur effet sur la douleur n'est que partiel ou extrêmement temporaire, il est alors inutile de les renouveler.

Dans le cas où le traitement conservateur échoue, et où la gêne ou la douleur deviennent insupportables et n'ont pas tendance à régresser (notamment les douleurs nocturnes), une intervention chirurgicale doit être discutée.

Le geste est réalisé sous arthroscopie (endoscopie) à l'aide de deux petites incisions d'environ un centimètre de long, sous anesthésie générale le plus souvent. Une incision en arrière de l'épaule est pratiquée pour introduire l'endoscope, alors qu'une autre voie d'abord permet de réaliser l'intervention. Le but de ce type d'intervention est de supprimer le conflit, c'est-à-dire d'enlever le bec situé sous l'acromion. Le tendon usé ou altéré n'est pas concerné par l'intervention.

Ce geste dure environ une demi heure, et doit être réalisé de façon précise et minutieuse, par un praticien spécialisé. En fin d'intervention, l'acromion doit être plat sur toute sa largeur et le bec doit être supprimé.

## Suites opératoires et Rééducation

La durée de l'hospitalisation correspondante est de trois jours. Au décours de l'intervention le bras est libre et ne porte ni écharpe, ni attelle de protection. Une reprise rapide des activités quotidiennes est possible. Les efforts physiques sont par contre à proscrire pendant les deux mois qui suivent l'intervention. L'activité sportive sera reprise lorsque la douleur aura totalement disparu..

La douleur, qui a motivé l'intervention, disparaît de façon très progressive sur une période s'étalant de 3 à 6 mois.

La rééducation est extrêmement simple, et sera menée le plus souvent par le patient lui-même, avec l'aide d'un kinésithérapeute. L'exercice principal consiste, en position allongée, à mobiliser le bras opéré, pour éviter les adhérences entre l'os et le tendon, en s'aidant de l'autre bras comme moteur (mouvement passif), et en utilisant un bâton. La mobilisation du bras ne doit jamais être douloureuse. L'objectif est tout simplement de récupérer sa mobilité sans jamais forcer.

## Complications

Si le plus souvent les suites de ces interventions sont simples, il faut toutefois insister sur le caractère progressif du soulagement de la douleur.

Une raideur transitoire post-opératoire ou capsulite rétractile est possible, allongeant les suites de l'intervention, mais elle n'a pas d'incidence sur le résultat final.

L'infection est une complication exceptionnelle sous arthroscopie.

## En Résumé

Le conflit sous-acromial est la cause la plus fréquente de douleur de l'épaule après 40 ans. Il est dû à un début d'usure des tendons de la coiffe des rotateurs. S'il occasionne une gêne importante ou non compatible avec l'activité du patient, il est accessible à un traitement endoscopique.