

L'épaule chez le sportif

Article réalisé par le Dr. PAULIS, Médecin Physique, Service des consultations - Service Santé et Environnement de la Province de Liège - Département Médecine du Sport +32(0)4 344 79 10

L'épaule du sportif présente 2 sites anatomiques pathologiques :

Le premier se situe au niveau du toit de l'épaule

Le deuxième se situe au niveau de la face antérieure de l'épaule

1. PATHOLOGIE DU TOIT DE L'EPAULE

1.1. Impingement syndrome

Se caractérise par un conflit de volume et une augmentation des forces de friction entre les tendons de la coiffe des rotateurs en bas et le ligament coraco-acromial en haut.

Entre ces deux structures se trouvent 2 bourses séreuses : sous-acromio-deltoidienne en haut et sous-coracoidienne en avant.

Au cours des mouvements d'élévation du bras, l'engagement des tubérosités humérales, trochiter et trochin peut être source de conflit à 2 localisations préférentielles :

- la partie antéro-supérieure de la voûte provoquant une bursite sous-acromio-deltoidienne
- la partie antéro-interne de la voûte provoquant une bursite sous-coracoidienne.

L'existence de tels conflits résulte de la surutilisation de l'épaule au cours de gestes sportifs répétés en position d'élévation du bras dans les sports de lancer comme le tennis, le handball, le volley-ball

Clinique : douleur lors des mouvements d'élévation latérale du bras en rotation interne ou lors des mouvements en élévation antérieure, adduction et rotation interne.

Traitement : médical, consiste en repos sportif de 1 à 3 semaines associé à un traitement antiinflammatoire par voie générale et locale complété par de la physiothérapie.

En cas de persistance de la douleur, malgré un traitement bien conduit et après avoir effectué un bilan d'imagerie complet, une intervention chirurgicale est alors licite. Elle consiste en une résection du ligament acromio-coracoidien (au stade tendinite) ou une acromioplastie associée à une réfection de la coiffe (au stade de rupture).

1.2. Pathologie de la longue portion du biceps

1.2.1. Tendinite de la longue portion du biceps

Le plus souvent associée aux autres tendinites de la coiffe des rotateurs, la tendinite du long biceps est en fait initialement une ténosynovite due au conflit entre cette longue portion se réfléchissant dans la coulisse bicipitale et le ligament transverse.

Cette affection se rencontre surtout chez les sportifs en fin de carrière, notamment au tennis. Le risque majeur est l'évolution à bas bruit, vers la rupture.

Clinique : La douleur siège typiquement à la face antérieure de l'épaule et du bras. Elle est majorée surtout par les mouvements d'élévation antérieure en rotation externe.

Traitement : repos sportif et infiltrations intraarticulaires en nombre réduit du fait du risque possible de rupture.

1.2.2. Luxation et subluxation de la longue portion du biceps

Se rencontre chez les sportifs de la quarantaine pratiquant des sports de lancer et se manifeste par un tableau non spécifique fait de douleur et d'impotence fonctionnelle de l'épaule.

Traitement : presque toujours chirurgical, soit ténodèse, soit le plus souvent remplacement du tendon dans la gouttière avec plastie ligamentaire et du muscle sous-scapulaire.

1.2.3. Rupture de la longue portion du biceps

Peut faire suite à une longue histoire d'épaule douloureuse simple et survenir à l'occasion d'un geste anodin ou, au contraire, apparaître brutalement à l'occasion d'un effort sportif violent sans aucun passé algique notable.

Clinique : la douleur est immédiate, accompagne parfois d'une impression de déchirure mais l'incapacité

fonctionnelle reste modérée. Dans les heures qui suivent apparaît une ecchymose à la partie antérieure et interne du bras.

Traitement : ce dernier n'est pas chirurgical car la gêne fonctionnelle est minime et inexistante.

1.3. Pathologie de la coiffe des rotateurs

1.3.1. Tendinite de la coiffe des rotateurs

La coiffe des rotateurs joue un rôle essentiel dans la fonction de l'épaule, assurant une action de recentrage et de coaptation de la tête humérale dans la glène, ainsi qu'un rôle de stabilisation proprioceptive. La fréquence de l'atteinte s'explique, non seulement par la sollicitation mécanique et fonctionnelle intensive liée au sport, mais aussi par l'hypovascularisation de l'extrémité distale des tendons à l'origine d'une tendinose précoce.

Les sportifs exposés ont plus de 30 ans et pratiquent des sports de lancer ou de ballon (javelot, disque, handball) ou nécessitant également une amplitude importante de l'épaule (natation, tennis, water-polo) ; les sports de force en appui (cheval d'arçon, gymnastique au sol) sont aussi concernés par cette pathologie.

Clinique : la douleur se projette à la face externe du moignon de l'épaule et du bras et est provoquée par le geste sportif ainsi que par des gestes de la vie courante (se coiffer, s'habiller).

Traitement : consiste à mettre le tendon incriminé au repos fonctionnel et sportif pendant 3 semaines environ en proscrivant formellement l'immobilisation en écharpe. Des infiltrations associées à des anti-inflammatoires non-stéroïdiens par voie générale seront prescrites. Dans les formes rebelles, des séances de physiothérapie et de kinésithérapie peuvent être proposées et complétées par une rééducation spécifique du geste sportif.

1.3.2. Rupture de la coiffe des rotateurs

S'observe essentiellement chez le sportif d'âge mûr, par exemple le tennisman proche de la cinquantaine, alors qu'elle demeure exceptionnelle chez le sportif de moins de 40 ans.

Plusieurs tableaux reflètent des lésions de la coiffe plus ou moins étendues :

- l'épaule douloureuse simple : 3 signes font suspecter une rupture partielle de la coiffe des rotateurs :
 - . douleur lors d'un test isométrique mais surtout diminution de la force musculaire comparativement au côté sain
 - . perte du rythme scapulo-huméral lors de l'élévation active
 - . amyotrophie des fosses sus ou sous épineuses
- l'épaule pseudo-paralytique représente l'expression clinique majeure d'une rupture totale et étendue de la coiffe.

Clinique : la douleur est brutale, apparaissant lors d'un effort violent ou d'un traumatisme, à laquelle succède une impotence fonctionnelle totale ou immédiate.

Traitement : on associe un traitement médical (AINS et antalgique) et un traitement orthopédique avec une mise en position raccourcie des tendons rompus par une orthèse d'abduction laissée 3 semaines, à laquelle succède une mise en écharpe associée à un coussin d'abduction, laissés 2 semaines.

Dès que les douleurs se sont amendées, la rééducation kinésithérapeutique doit commencer.

En cas d'échec du traitement orthopédique et après 6 mois de soins médicaux et kinésithérapeutiques, l'indication chirurgicale sera discutée devant la persistance de douleurs et d'une gêne fonctionnelle.

2. PATHOLOGIE ANTERIEURE DE L'EPAULE

2.1. Les instabilités de l'épaule

2.1.1. Le syndrome du bourrelet glénoïdien

Peut se rencontrer soit après une luxation antérieure de l'articulation gléno-humérale, soit après un traumatisme de l'épaule, soit en dehors de tout épisode traumatique. Dans ce cas, on retrouve la notion de geste sportif très contraignant de l'épaule, tel l'armé (mouvement associant abduction-rétropulsion-rotation externe) suivi d'un lancer puissant comme on en rencontre au hand-ball et au lancer du javelot).

Clinique : la douleur est souvent brutale dans le geste de l'armé du bras en fin de course, pouvant s'accompagner de sensation d'instabilité de l'épaule mais elle n'apparaît pas dans les gestes de la vie quotidienne où l'épaule est indolore.

Traitement : le traitement médical comporte des antalgiques, des AINS ou des infiltrations. Il doit être

complété par un traitement kinésithérapeutique visant à renforcer la sangle antérieure de l'épaule (sous-scapulaire, grand pectoral), à augmenter le contrôle de l'épaule en position haute et à modifier le geste sportif).

Les techniques chirurgicales le plus souvent pratiquées sont celles dérivées de l'intervention de Latarjet ou dérivées de la technique de Bankart. Les suites post-opératoires nécessitent une rééducation d'au moins 3 mois.

2.1.2. Luxation de l'épaule

Dans sa variété antéro-interne, sous coracoïdienne, la luxation de la gléno-humérale ne pose guère de problème diagnostique.

Clinique : la douleur avec impression de déboîtement articulaire, après une chute sur le coude et la main plaçant l'épaule en abduction, rétropulsion, rotation externe.

Traitement : consiste dans la majorité des cas, à effectuer la réduction de la luxation sous anesthésie générale dans les 2 heures qui suivent l'accident.

Dans les suites immédiates, le bras est immobilisé pour 3 semaines, coude fléchi à 90°, avant-bras au corps. Passé ce délai, une rééducation visant à redonner à l'épaule sa stabilité et sa mobilité doit être entreprise. La fréquence de récurrences conduit à une stabilisation chirurgicale par butée osseuse (Latarjet) ou plastie capsulaire (Bankart).

2.1.3. Les très rares luxations postérieures de l'épaule font suite à une chute sur la face antérieure de l'épaule, bras en rotation.

Clinique : la douleur est minime.

Traitement : consiste en réduction sous anesthésie générale et immobilisation par un bandage au corps pendant 3 semaines.

2.1.4. Entorse et luxation acromio-claviculaire

Très fréquentes au judo, au rugby ou au football américain, à la suite de chutes sur le bras en abduction, rétropulsion, lors de tractions brutales vers le bas ou lors de chocs directs sur le moignon de l'épaule.

Les lésions de l'articulation acromio-claviculaire peuvent être classées en 3 stades :

- stade I : étirement simple de la capsule et du ligament acromio-claviculaire
- stade II : rupture du ligament acromio-claviculaire, pivot central normal
- stade III : rupture du ligament acromio-claviculaire, rupture du pivot central, atteinte possible de la chappe musculaire

Traitement : est fonction des stades de gravité :

- stade I : physiothérapie et traitement médical antalgique et anti-inflammatoire. Contention pendant 10 jours
- stade II : identique au stade I mais contention pendant 3 semaines
- stade III : traitement chirurgical. Repos sportif post-opératoire de 4 mois.

2.1.5. Arthropathies acromio-claviculaires micro-traumatiques

Cette dénomination concerne la souffrance de ces articulations survenant en dehors de tout traumatisme aigu. Cette pathologie se rencontre chez le sportif assidu qui sollicite de façon extrême le complexe de l'épaule, en amplitude et en vitesse, de manière extrêmement répétitive.

Clinique : la douleur en regard de l'articulation acromio-claviculaire s'accompagne d'une irradiation vers le trapèze supérieur, va progressivement augmenter pour finalement interdire toute activité sportive.

Traitement : consiste en repos sportif pendant 6 à 9 mois associé à des AINS et surtout à des infiltrations intra-articulaires.

Ces arthropathies peuvent être associées à une arthropathie des articulations sterno-costo-claviculaires donnant un syndrome des deux bouts de la clavicule.

2.1.6. Ostéolyse post-traumatique de l'extrémité externe de la clavicule

Affection rare rencontrée dans les sports où l'épaule est particulièrement exposée (judo, rugby, hockey sur glace, etc).

Plusieurs semaines après l'accident, la douleur siège au niveau de l'articulation acromio-claviculaire.

Traitement : consiste en mise au repos de l'épaule pendant 4 à 8 semaines associé à des AINS. La chirurgie

de résection distale de la clavicule peut être proposée en cas d'échec après un traitement médical longtemps poursuivi.

3. LES FRACTURES

Les fractures de la clavicule, de l'humérus ou de l'omoplate ne sont pas l'apanage du sportif et la prise en charge initiale sera la même que chez le sujet non sportif.

4. PATHOLOGIE NEUROLOGIQUE MICRO-TRAUMATIQUE

4.1. Atteinte du nerf sus-scapulaire

Survient dans certains sports de lancer (disque, javelot, bowling), de balle (hand-ball), de service et de smash (volley, tennis) ou de posture en étirement de l'épaule qui réalisent des étirements itératifs des troncs nerveux du plexus brachial dont le nerf sus-scapulaire.

Clinique : caractérisé par des douleurs de types neurologiques, sourdes, profondes, permanentes, aggravées par l'effort, à recrudescence nocturne d'apparition progressive sur plusieurs mois. Ces douleurs siègent à la face postérieure du moignon de l'épaule et peuvent irradier vers le bras.

Traitement : infiltration locale de corticoïdes, physiothérapie associant une électrostimulation et une électrothérapie antalgique, repos sportif d'au moins 6 mois.

4.2. Atteinte du nerf du grand dentelé (nerf de Charles Bell)

Clinique : douleurs de type neurologique, sourdes, profondes, permanentes, aggravées par l'effort pouvant augmenter la nuit, dont le siège est plutôt postérieur avec des irradiations dans tout le membre supérieur.

Traitement : mise au repos sportif de l'épaule avec arrêt impératif du geste nocif pendant une dizaine de mois, électrostimulation et électrothérapie antalgique.

Dr. M. PAULIS
Médecin Physique
Institut E. MALVOZ