



Affections de la coiffe des rotateurs de l'épaule

🕒 paru le 23/03/2020 • adapté au contexte belge francophone • dernière adaptation de contenu le 22/11/2020

Un guide-patient est un outil réalisé pour vous aider à faire des choix pour votre santé. Il vous propose des informations basées sur la recherche scientifique. Il vous explique ce que vous pouvez faire pour améliorer votre santé ou ce que les professionnels peuvent vous proposer lors d'une consultation. Bonne lecture !

De quoi s'agit-il ?

L'épaule est l'articulation la plus mobile du corps. Cette mobilité est assurée par le travail conjoint de 3 articulations et de toute une série de muscles, notamment la coiffe des rotateurs, un groupe de muscles qui renforcent la stabilité de l'articulation de l'épaule et se chargent des mouvements de l'épaule autour de 3 axes, à savoir vers l'extérieur (rotation externe), vers le côté/le haut (abduction) et vers l'intérieur (rotation interne).

L'épaule compte 3 os :

- Un os plat situé à l'arrière (omoplate ou scapula)
- L'os du bras (humérus)
- Un petit os situé à l'avant sur le côté (clavicule).

L'omoplate se termine latéralement par l'acromion, une saillie qui surplombe l'épaule en formant une voûte au-dessus de la plus grosse des 3 articulations. Cette articulation, entre une autre partie de l'omoplate, la cavité glénoïde, et la tête de l'humérus, s'appelle l'articulation gléno-humérale.

Entre l'acromion et la tête de l'humérus se trouve une petite poche remplie de liquide que l'on nomme bourse séreuse.

De nombreux tendons s'attachent à ces structures dont la « coiffe des rotateurs » qui est le point de rencontre de 4 tendons de différents muscles situés autour de l'épaule.

Parfois, l'espace entre l'acromion et la tête de l'humérus est trop petit pour accueillir les tendons et la bourse séreuse. Il en résulte un pincement, surtout lorsque vous levez le bras latéralement. La bourse séreuse et les tendons peuvent s'enflammer et gonfler. Ce qui augmente encore le pincement. Le phénomène est connu sous le nom de syndrome de conflit sous-acromial (« impingement syndrome » en anglais). Il peut également y avoir une calcification du tendon.

Suite à un accident ou à un surmenage, des fissures de petite ou de grande taille peuvent se créer dans les tendons. Il est alors question d'une déchirure de la coiffe des rotateurs. Cette déchirure peut être partielle ou complète.

Chez qui les rencontre-t-on ?

Chez les personnes âgées de moins de 30 ans, un problème chronique à l'épaule est souvent la conséquence d'une laxité excessive (instabilité) de l'articulation.

Chez les personnes d'âge moyen, le syndrome de la coiffe des rotateurs est souvent la cause du problème. Dans ce cas, un tendon est souvent coincé sous l'acromion (syndrome de conflit sous-acromial).

Après l'âge de 50-55 ans, la douleur fait généralement suite à une déchirure de la coiffe des rotateurs. Chez les personnes de plus de 45 ans, une luxation de l'épaule est presque toujours associée à une déchirure de la coiffe.

Comment les reconnaître ?

Le conflit sous-acromial se caractérise par une douleur apparaissant lorsque vous levez le bras sur le côté. Un « arc douloureux » est souvent présent. Cela signifie que vous pouvez lever le bras sans douleur jusqu'à un certain point, puis qu'une douleur apparaît lorsque le bras continue à monter, avant de disparaître lorsqu'il atteint une certaine hauteur. La douleur augmente à l'effort. Vous pouvez également avoir du mal à vous coucher sur l'épaule affectée, la douleur vous réveillant pendant la nuit.

Une déchirure de la coiffe des rotateurs s'accompagne de douleur et de perte de force. Si la déchirure est complète (une déchirure sur toute l'épaisseur), il vous est impossible de faire un certain mouvement. Le plus souvent, vous n'êtes plus capable de lever le bras à angle droit sur le côté (abduction).

Comment le diagnostic est-il posé ?

Le médecin réalisera d'abord un [examen](#) clinique de votre épaule. Cette procédure se déroule en trois étapes : un examen actif, un examen passif et un test de force musculaire.

Dans l'examen passif, c'est le médecin qui effectue les mouvements de l'épaule tandis que vous détendez complètement le bras. Il examine donc le mouvement maximum à une force nulle. Vous ne devez pas du tout participer aux mouvements. Par cet examen, le médecin tente de déterminer s'il s'agit d'une affection de l'articulation même et de la bourse séreuse, et recherche des signes de pincement.

Lors des tests de forces musculaires, le médecin vous demandera de réaliser tous les mouvements en exerçant la plus grande force possible, tandis qu'il retient ces mouvements. Il teste ainsi les muscles et les tendons.

Des radiographies peuvent être réalisées.

Une échographie peut s'avérer nécessaire en cas de suspicion de déchirure. Si tous ces examens indiquent la nécessité d'une intervention, un CT scan de l'épaule avec produit de contraste (arthroscanner) peut être envisagé.

Que pouvez-vous faire ?

Dans le cas d'un début de syndrome de conflit sous-acromial, le traitement consiste en repos et éventuellement en prise d'anti-inflammatoires. Le repos ne signifie pas que vous pouvez rien faire. L'idéal est d'éviter pendant un petit temps de travailler au-dessus de la hauteur des épaules et d'éviter les mouvements qui déclenchent la douleur.

Continuez à utiliser régulièrement votre épaule et votre bras, même si ça fait un peu mal. Le mouvement empêche l'aggravation des problèmes d'épaule et le blocage complet de votre épaule (capsulite rétractile ou « épaule gelée »).

Vous ne parvenez pas à continuer à utiliser votre épaule malgré les antidouleurs ? Des séances de kinésithérapie vous seront prescrites par votre médecin. Le kinésithérapeute vous montrera des exercices adaptés et contribuera à atténuer vos douleurs, aussi bien au niveau de l'épaule que de votre nuque.

Que peut faire le médecin ?

Si le repos et les médicaments n'apportent pas d'amélioration, le médecin peut faire une injection (infiltration) de [cortisone](#), d'anesthésique ou d'un mélange des deux dans la bourse séreuse. Cette infiltration va dégonfler la bourse séreuse et réduire la douleur. Il est également possible de faire une infiltration à l'endroit où un tendon enflammé se rattache à l'os. Si les résultats sont bons, les injections peuvent être répétées plusieurs fois, jusqu'à disparition des symptômes.

En revanche, si les symptômes ne s'améliorent pas et persistent plus de 6 mois, le médecin vous orientera vers un orthopédiste. Celui-ci peut pratiquer une intervention au cours de laquelle il crée plus d'espace dans l'articulation de l'épaule en retirant un peu d'os et de tissu. Cette intervention se fait généralement en introduisant un petit tube appelé endoscope et ne nécessite pas de grosse incision au niveau de la peau (endoscopie).

Une petite déchirure musculaire cause généralement peu de plaintes et guérit d'elle-même.

Une déchirure plus importante, voire complète, ne guérit pas spontanément. En effet, les muscles sont élastiques et les extrémités déchirées s'écartent progressivement. Si vous avez fort mal et que vous présentez une importante

perte de force, le médecin vous orientera vers un spécialiste qui réparera éventuellement la déchirure. Une opération de l'épaule est généralement suivie d'une longue période de rééducation sous la supervision d'un kinésithérapeute.

En savoir plus ?

- [Os de l'épaule \(image\) – Larousse](#)
- [La radiographie, ici, ou à trouver sur cette page des Cliniques St Luc UCL](#)
- [L'échographie, ici, ou à trouver sur cette page des Cliniques St Luc UCL](#)
- [Arthrographie \(arthroscanner\) – Hôpital Erasme ULB](#)
- [Anti-inflammatoires non-stéroïdiens – CBIP – Centre Belge d'Information Pharmacothérapeutique](#)

Source

[Guide de pratique clinique étranger 'Pathologies de la coiffe des rotateurs de l'épaule' \(2000\), mis à jour le 29.06.2017 et adapté au contexte belge le 17.03.2019 – ebpracticenet](#)