

# Les tendinopathies du membre supérieur

Dr Streit Gérald

Service de rhumatologie

CHU Minjoz

# Définition

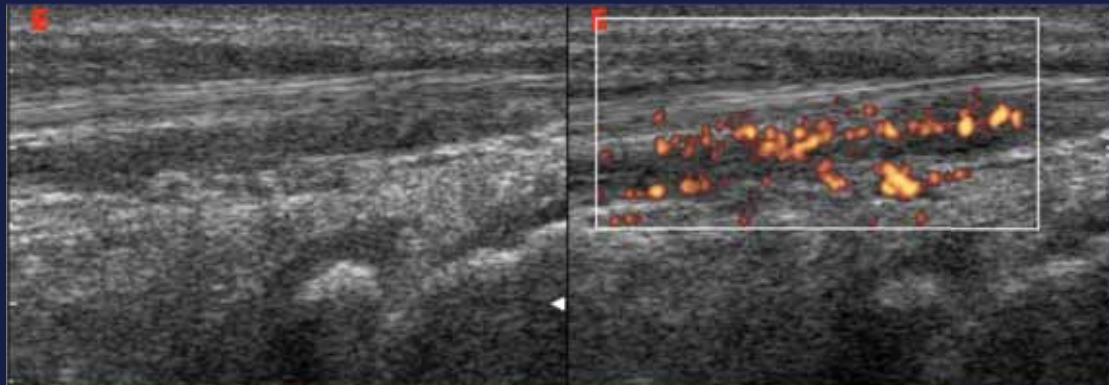
---

- **Tendinite** : atteinte du tendon
- **Ténosynovite**: gaine synoviale, et modification des trajets tendineux.
- **Ténopériostite ou enthésopathie**: zone d'insertion osseuse d'un tendon , d'un ligament ou de la capsule.

## Différentes formes

---

- Microtraumatiques ou mécaniques
- Inflammatoires: inflammatoire microcristallin infectieux
- Iatrogènes: corticoïdes quinolones, infiltration



# Topographie

---

## ➤ Épaule:

- ✓ tendons de la coiffe des rotateurs,
- ✓ long biceps brachial

## ➤ Coude :

- ✓ épicondylite
- ✓ épitrochléite

# Examen clinique

---

- Diagnostic clinique
  - examen articulaire
  - structures périarticulaires
  
- triade positive
  - ✓ étirement
  - ✓ contraction contrariée
  - ✓ palpation

# Épaule

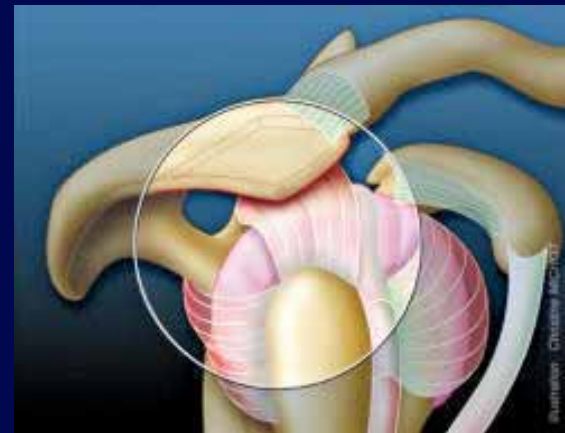
---

➤ Coiffe de rotateurs:

Supra épineux, infra épineux, petit rond, biceps brachial, subscapulaire

➤ 4 formes

- ✓ Tendinopathie calcifiantes ou non
- ✓ Rompues ou non rompues



# Épaule – épidémiologie

---

- 10% de la population de plus de 50 ans
- 90% au niveau du supra-épineux
  
- Formes calcifiantes:
  - ✓ 70% de femmes
  - ✓ 80% le supra épineux

# Épaule – examen programmé - clinique

---

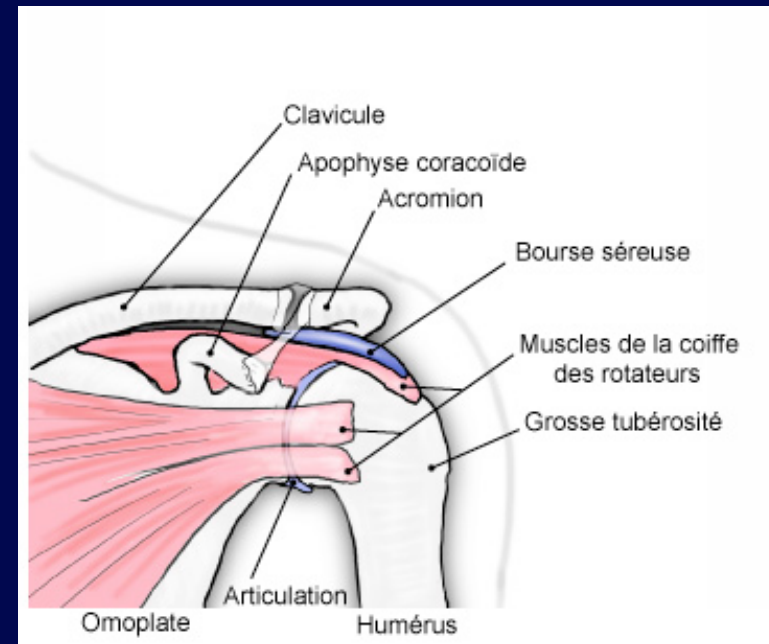
## Quand évoquer le diagnostic?

- douloureuse simple: tendinopathie sans rupture
- pseudo paralytique : rupture de la coiffe des rotateurs
- enraidie ou gelée: rétraction capsulaire, omarthrose
- aiguë hyperalgique: tendinopathie calcifiante

# Épaule – examen programmé - clinique

---

- Inspection :
- Palpation :
  - ✓ Les reliefs osseux
  - ✓ 3 articulations
  - ✓ 2 espaces de glissement:
    - Inter-scapulo-thoracique
    - sous acromio-deltoidien
  - ✓ Insertions tendineuses



# Épaule – examen programmé - clinique

---

## Mobilisation fonctionnelle : Amplitude de mouvements combinés

- ✓ Bouche
- ✓ Front
- ✓ Tête
- ✓ Nuque
- ✓ fesse
- ✓ dos

# Épaule – examen programmé - clinique

---

## Mobilisation : active, passive, contrariée

- ✓ élévation antérieure du bras :
- ✓ Élévation postérieure : 50°
- ✓ Abduction:
- ✓ Rotation externe
- ✓ Rotation interne

# Épaule – examen programmé - clinique

---

## Testing ligamentaire : mobilisation contrariée

- ✓ Supra épineux
- ✓ Infra épineux
- ✓ Sub scapulaire
- ✓ Petit rond
- ✓ Long biceps

# Épaule – examen programmé - imagerie

---

## Radiographie:

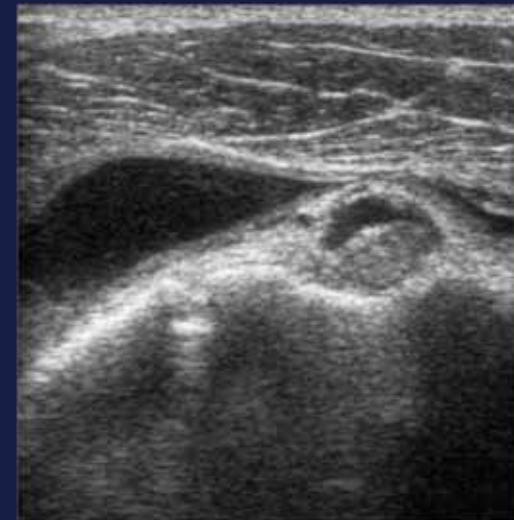
- ✓ Face 3 rotations interne, externe neutre
- ✓ Profil

# Épaule – examen programmé - imagerie

---

## Autres imagerie

- ✓ Echographie : en développement
- ✓ IRM : oui ..mais
- ✓ Arthroscanner : la référence



Pas en première intention

La clinique prime

# Épaule – non calcifiantes non rompues

---

- Mobilité active / passives : normales
- Mobilisation contrariés douloureuse
- Signes de conflits sous acromial ( 90° abduction passive)

## Radiographie

- ✓ Conservation du cintre omo-huméral
- ✓ Intégrité de l'articulation

# Épaule – calcifiantes

---

- Latentes ou hyperalgiques, chronique rare
- Tuméfaction inflammatoire
- Douleur interdisant tout mouvement

## Radiographie

- ✓ La calcification peut disparaître au cours de la crise.

# Épaule – non calcifiantes rompues

---

- Jeune : discussion chirurgie
- Épaule pseudo-paralysée : perte de mobilité active
  - ✓ Supra épineux : manœuvre de Jobe
  - ✓ Infra épineux petit rond: rotation externe
  - ✓ Long biceps: tuméfaction en flexion contrariée du bras
  - ✓ Sous scapulaire : urgence chirurgicale

# Épaule – non calcifiantes rompues

---

## Radiographies:

- ✓ Diminution de la hauteur acromio-humérale
- ✓ Condensation et ostéophytose de l'acromion
- ✓ Arthrose acromio-humérale

# Épaule - traitement

---

- Non calcifiante non rompues
  - ✓ Médical +/- infiltration
  - ✓ Rééducation active
  - ✓ Chir ?
- Calcifiantes:
  - ✓ Médical
  - ✓ Trituration? Après 6 mois d'évolution
- Rompues
  - ✓ Chirurgie si : jeune, trophicité musculaire, activité professionnelle et loisir

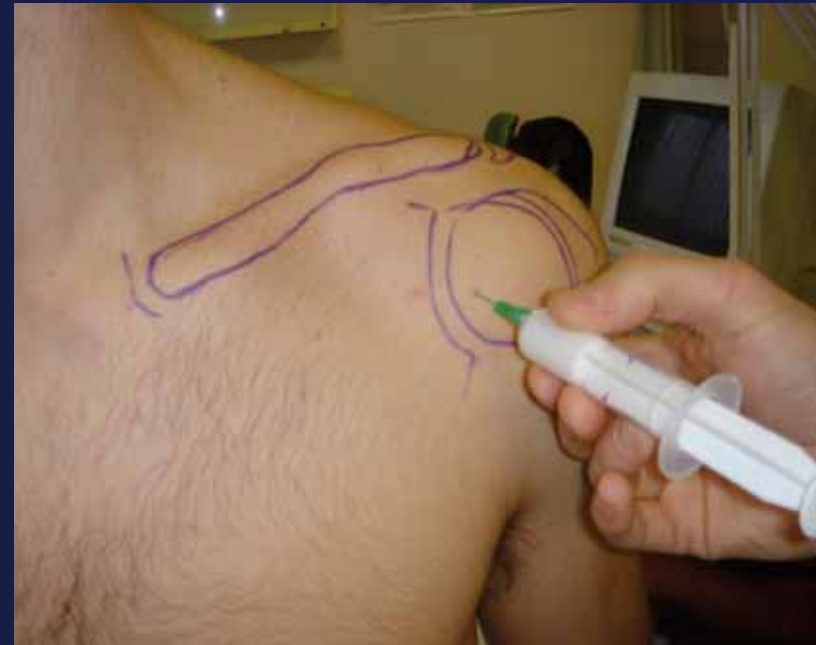


# Épaule - infiltrations

---



Sous acromiale



Intra- articulaire

# Coude

---

Les plus fréquentes après celles de l'épaule

- ✓ Épicondylite
- ✓ Épithrochléite



# Coude - Examen clinique

---

## Epicondylite

- mobilité : limitation de l'extension passive
- Etirement
- Contraction contre résistance du 2<sup>ème</sup> radial



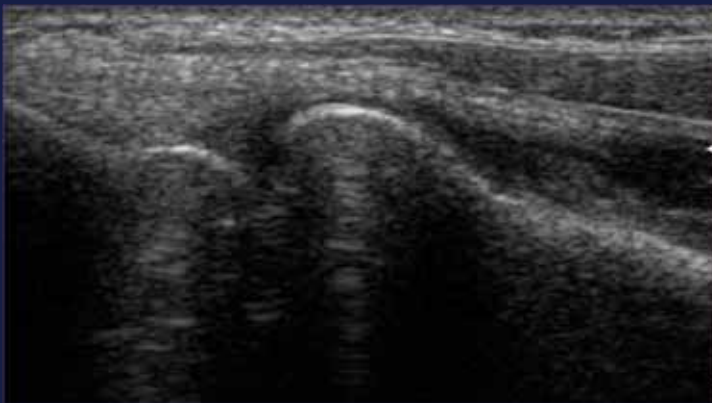
# Coude - imagerie

---

➤ Radiographie:

Normale ou petite calcification

➤ échographie



# Coude - Examen clinique

---

## Épitrôchléite:

- ✓ Rare
- ✓ Extension contrarié : inconstant
- ✓ Palpation épitrôchlée douloureuse
- ✓ Appui de la pulpe des doigts sur un plan dur

# Coude - Examen clinique

---

## Rares:

✓ Triceps

✓ insertion distale du biceps

# Coude - traitement - première intention

---

- Physiothérapie :
  - ✓ ultra-sons en immersion
  - ✓ ondes courtes
  - ✓ ionisations
- Glace : dans les formes aiguës très douloureuses
- AINS par voie générale : 7 jours
- AINS par voie percutanée

# Coude - Traitement - après échec

---

## Infiltrations cortisonées

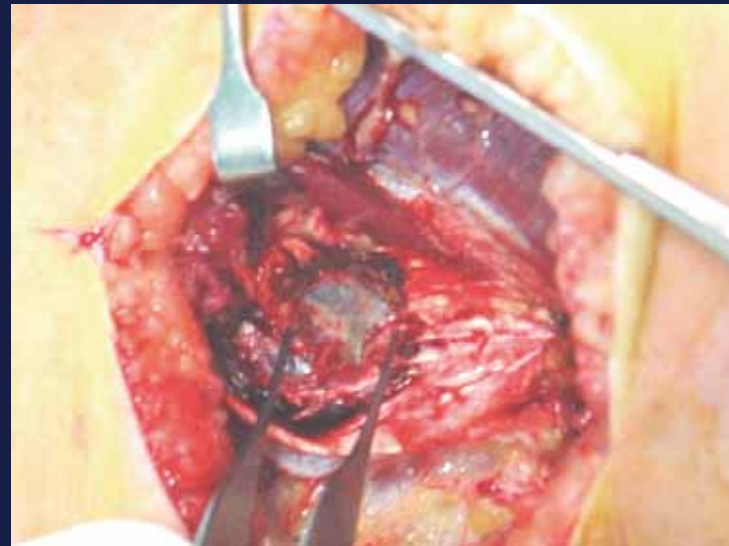
- Péritendineux
- Dérivés non fluorés
- Amélioration très significative jusqu'à 6<sup>e</sup> semaine
- Syndromes hyperalgiques infiltratoires



## Coude - traitement - chirurgie

---

- Arrêt de toute activité nocive, sportive ou professionnelle pendant 12 à 18 mois
- Geste chirurgical
- Ténotomie sous-cutanée du tendon commun



## conclusion

---

- Pathologie fréquente
- Clinique
- Imagerie « simple »
- Rééducation
- Technopathie

