



L'ÉPAULE DU SPORTIF

WIECZOREK Valérie – Le 18 juin 2011 - Oignies

AMPR Nord-Picardie

GENERALITES

- 0 Epaule = mobilité + stabilité
 - 0 3 articulations : Gléno-humérale, acromio et sterno-claviculaire
 - 0 2 plans de glissement : « articulation » scapulo-thoracique et sous-acromio-deltoïdienne
- 0 Stabilisateurs passifs et actifs :
 - 0 Capsules et ligaments
 - 0 Coiffe des rotateurs

GENERALITES

- 0 Douleurs d'épaule : très fréquentes dans certains sports
 - 0 43 % : volley-ball, natation, badminton, basket-ball, tennis (Lo YP ; Br J Sports Med -1990)
 - 0 80 volleyeurs de haut niveau : 41 % (Coudreuse ; J Traum Sport -1992)
- 0 Principalement sport d'armement-lancer : volley, tennis, hand...
 - 0 Secteurs extrêmes de mobilité, rapidité, force
 - 0 Ex : volley : attaque, service smashé.
- 0 Le lancer : 2 phases
 - 0 Armé : rotation externe / abduction / rétropulsion humérale
 - 0 Lancé : rotation interne / adduction / antépulsion

PATHOLOGIES MICROTRAUMATIQUES

- o Tendinopathies et conflits
- o Epaule douloureuse instable
- o Arthropathie acromio-claviculaire
- o Pathologie vasculaire
- o **Pathologie labrale**
- o **Pathologies neurologiques**

L'ÉPAULE NEUROLOGIQUE MICROTRAUMATIQUE

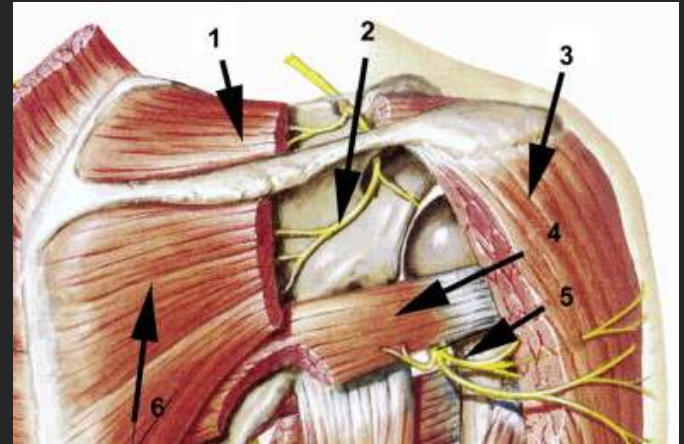
喊
喊

Le syndrome du nerf sus-scapulaire
La paralysie du nerf de Charles Bell

- 0 Volley et tennis ++ et tous les sports d'armes - lancer
- 0 Difficulté diagnostic : sports aussi responsables de lésions de la coiffe et d'instabilité de l'épaule

LE SYNDROME DU NERF SUS-SCAPULAIRE

- 0 Nerf sus scapulaire : de C5-C6.
- 0 Essentiellement moteur
 - 0 Sus-épineux
 - 0 Sous-épineux



LE SYNDROME DU NERF SUS-SCAPULAIRE

Mécanismes lésionnels

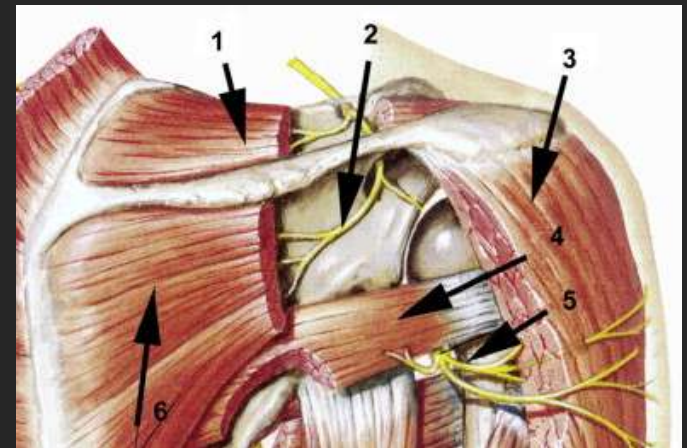
0 Localisation :

- 0 Échancrure coracoïdienne ++
- 0 Échancrure spino-glénoïdienne

0 Macrotraumatique

0 Microtraumatique :

- 0 Par compression
- 0 Par étirement
- 0 Les 2 associés



LE SYNDROME DU NERF SUS-SCAPULAIRE

Diagnostic

Au stade pré-amyotrophique :

- 0 Douleur postérieure
- 0 Baisse de la performance +++
- 0 Cross arm test +
- 0 Déficit de force de la RE

Au stade amyotrophique :

- 0 Amyotrophie de la fosse supra-épineuse +/- infra-épineuse



LE SYNDROME DU NERF SUS-SCAPULAIRE

Diagnostiques Différentiels

Phase pré-amyotrophique :

0 Lésions de la coiffe des rotateurs

0 Mais LA FAIBLESSE ET LE DEFICIT PROPRIOCEPTIF DOMINANT

Phase amyotrophique :

0 Atteinte radiculaire C5 C6 : l'amyotrophie dépasse le territoire du sus et du sous épineux pour toucher les fixateurs de l'omoplate.

0 Syndrome de Parsonage turner

LE SYNDROME DU NERF SUS-SCAPULAIRE : PARACLINIQUE

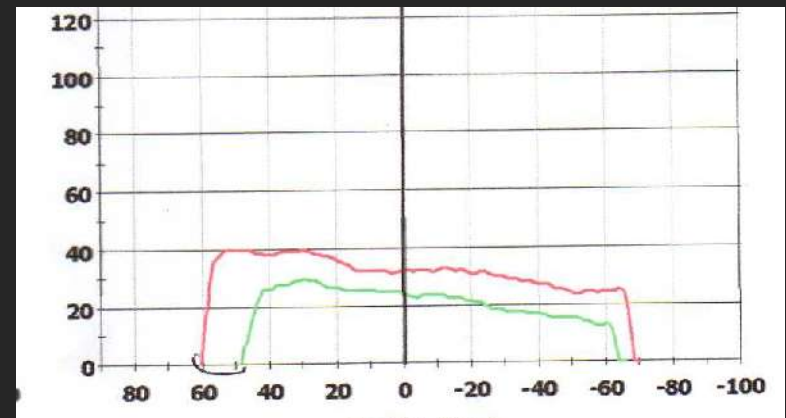
0 (Radiographie)

0 Echographie

0 IRM

0 EMG :

- 0 Confirme l'atteinte
- 0 Localise le niveau
- 0 Elimine les diagnostics différentiels



Isocinétisme

LE SYNDROME DU NERF SUS-SCAPULAIRE : Pronostic et Traitement

Fonction de l'étiologie, des douleurs, du contexte (SHN...) et du stade lésionnel.

0 MEDICAL :

- 0 Repos

- 0 Infiltrations de corticoïdes

- 0 Antalgique

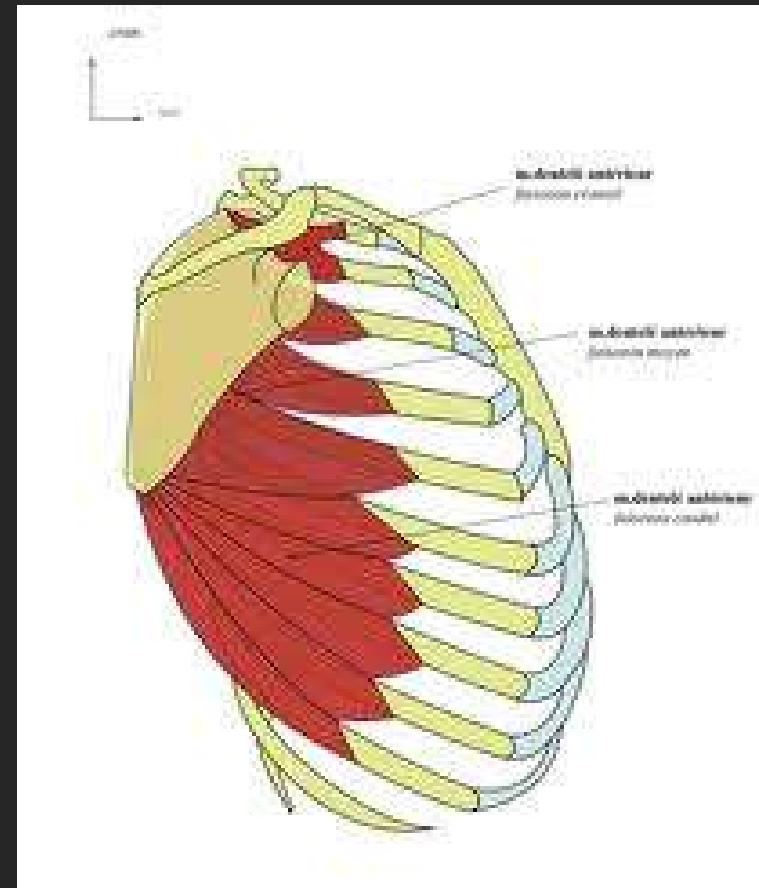
- 0 Rééducation : lutte contre le déficit RE + stabilisation de l'omoplate

0 CHIRURGICAL

- 0 Amyotrophie relativement bien tolérée.

LA PARALYSIE DU NERF DE CHARLES BELL

- 0 = Nerf du grand dentelé.
- 0 Naît des racines C5 et C6
- 0 Grand dentelé : du bord spinal de l'omoplate au gril costal. Il est fixateur thoracique de l'omoplate
- 0 Etirement du nerf majeur lors de l'élévation antérieure.



LA PARALYSIE DU NERF DE CHARLES BELL

0 Mécanisme lésionnel par étirement
: Tennis, squash, Bowling...

0 => Défaut de fixation de l'omoplate
contre la cage thoracique

0 => Limitation des amplitudes
articulaires de la gléno humérale
par défaut de rotation de l'omoplate



LA PARALYSIE DU NERF DE CHARLES BELL

- 0 Douleurs postérieures
- 0 Gêne fonctionnelle et faiblesse
- 0 Déformation
- 0 Scapula alata
- 0 Augmentée par des manœuvres dynamiques
- 0 Radio + EMG



LA PARALYSIE DU NERF DE CHARLES BELL

Mécanisme par étirement :

0 Evolution favorable mais longue (12 à 18 mois)

0 Traitement MEDICAL :

0 Arrêt du geste an cause = repos prolongé

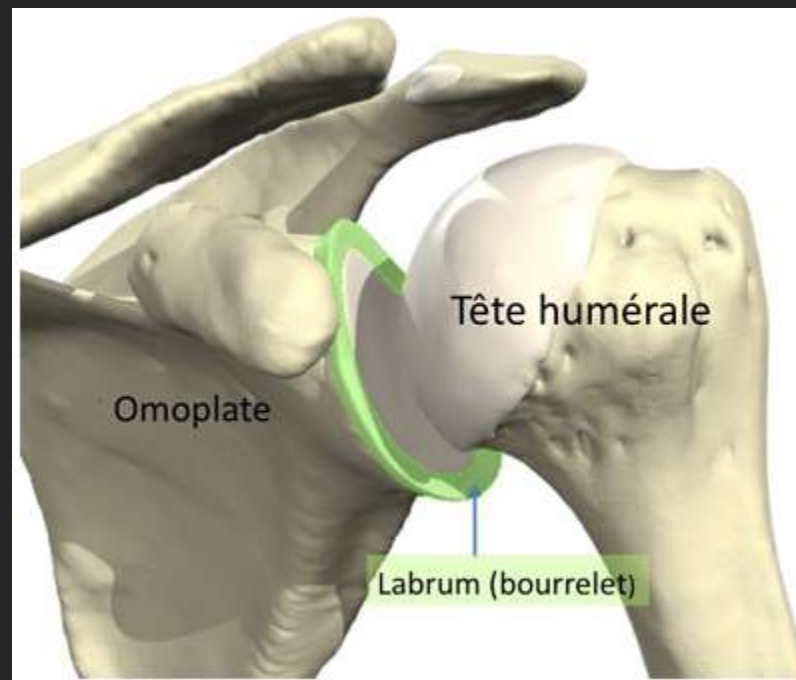
0 Rééducation : AA, renforcement des fixateurs de l'omoplate ++, m. périarticulaires

0 (CHIRURGICAL : si échec du ttt médical)

LA PATHOLOGIE LABRALE

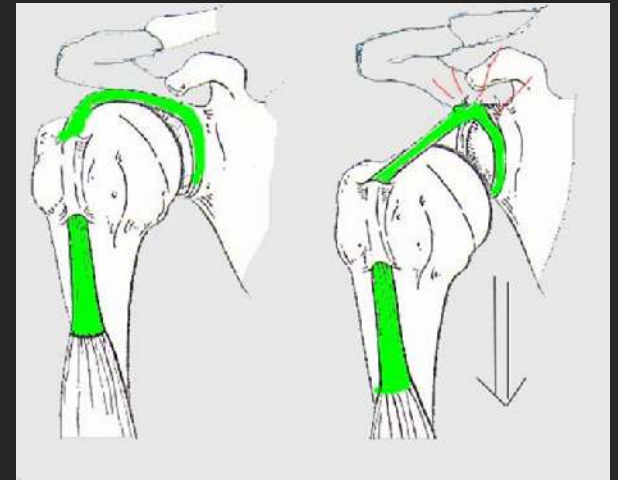
㗎 Les SLAPS lésions

㗎 Le conflit glénoïdien postéro-supérieur



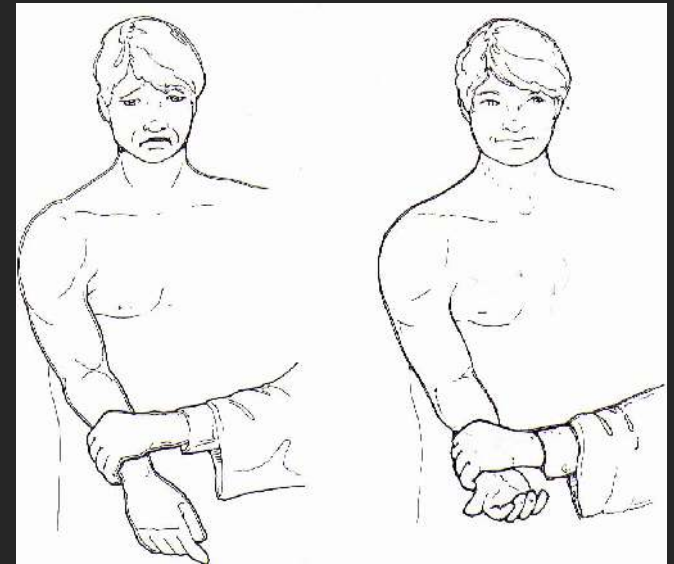
SLAPS LESIONS

- 0 = Superior labrum from anterior to posterior lesions
- 0 Type II = désinsertion du labrum et du biceps partie antéro sup de la glène
- 0 Par :
 - 0 étirement brutal
 - 0 tractions répétées
- 0 Lié à l'instabilité inférieure



SLAPS LESIONS

- 0 Pas de SF spécifique = dnc sur faisceau d'arguments
- 0 Douleurs : antérieure, lors de l'armé du bras
- 0 Douleurs palpation de la gouttière bicipitale
- 0 [Test d'O'Brien : douleur dans la gouttière bicipitale en pronation contre résistance.]



LES SLAPS LESIONS

Paraclinique :

0 Radiographie + Echographie

0 Arthroscanner

0 Rechercher : une instabilité, une souffrance du nerf sus-scapulaire

0 Traitement : si certitude diagnostic : arthroscopie :

0 réinsertion labrobicipitale

0 Ténotomie du long biceps +/- ténodèse

LE CONFLIT GLENOIDIEN POSTERO-SUPERIEUR

- = Conflit entre le bord postéro-supérieur de la glène et la face profonde du supra-épineux et/ou infra-épineux en position d'armé
- Semble être favorisé par une instabilité antérieure à minima
- Douleurs et fatigabilité
- Test de Jobe peut-être positif

LE CONFLIT GLENOIDIEN POSTERO-SUPERIEUR

- 0 Arthroscanner / arthroIRM : existence de faux –
- 0 Traitement médical : 1^{ère} intention
 - 0 Repos + antalgique
 - 0 Rééducation : antalgie, renforcement musculaire (fixateurs omoplate, équilibre RI/RE), proprioception...
 - 0 (Changement du geste technique)
- 0 Traitement chirurgical / arthroscopie (débridement) : si échec du ttt médical

L'ÉPAULE DOULOUREUSE INSTABLE

- 0 Recherche d'une instabilité
antérieure :

- 0 Test de l'armé = de
l'appréhension...

- 0 Postérieure

- 0 Laxité Inférieure : le sulcus
test :

- 0 Recherche d'un tiroir
antérieur :

CONCLUSION

- 0 Pathologies variées
- 0 Diagnostics parfois difficiles
- 0 Ecouter le sportif
- 0 Examen clinique complet bilatéral des épaules, rachis cervical...
- 0 Une des bases du traitement...le repos...parfois difficile chez le sportif.

REFERENCES

- 0 L'EPAULE DU VOLLEYEUR - Jean-Marie Coudreuse - service de médecine du sport - Fédération de médecine physique et de réadaptation - Hôpital Salvator – A.P.H.Marseille
- 0 DIU Pathologie locomotrice liée à la pratique du sport – Atteinte neurologique micro-traumatique de l'épaule - Dr O. Fiches - Centre de rhumatologie et traumatologie du sport le St louis - SAINT RAPHAËL
- 0 Anatomophysiologie et examen clinique de l'épaule du sportif - Christian Mansat, Pierre Mansat – Toulouse
- 0 DESC médecine du sport – Pr F. Duparc – Département de chirurgie orthopédique traumatologique et plastique – CHU de Rouen.
- 0 La paralysie du muscle serratus antérieur chez les sportifs - J. Rodineau – Journ. Traumatol. Sport (2011) 28, 44—53.