

Calcifiante ou pas calcifiante cette épaule ?

Société Française de Médecine du Travail Midi-Pyrénées

28 Avril 2017

Présentation d'un cas clinique

Présentation

2

- Mme D âgée de 47 ans
- Droitière
- Consultation au sein du Service de Maladies Professionnelles et Environnementales
- Adressée par son Médecin du travail
- ATCD :
 - 2011 : Chirurgie de libération du nerf ulnaire gauche (coude)
 - 2015 : Prothèses discales cervicales C5-C6-C7 dans le cadre de cervicalgies associées à une névralgie cervico-brachiale bilatérale
- Curriculum laboris :
 - CAP Boulangerie
 - A toujours travaillé dans la restauration collective comme employée polyvalente

Poste de travail

3

- Employée de restauration collective
- Statut CDI
- Contenu du poste : polyvalent
 - ✓ Débarrassage des tables
 - ✓ Nettoyage des tables
 - ✓ Tri des couverts
 - ✓ Mise en place d'entrées et de desserts



<http://www.lycee-vauban-brest.ac-rennes.fr/spip.php?article73>



<http://www.compass-group.fr/restauration/collective/employe-restauration>

Histoire de la maladie

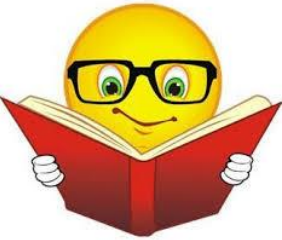
4

- Apparition de douleurs de l'épaule Droite en 2013
- Diminution des douleurs lors des périodes de repos, vacances
- Diagnostic de **tendinopathie de l'épaule droite** par le Médecin Généraliste
- Plusieurs arrêts maladies courts
- Arrêt maladie : Septembre 2015- Janvier 2017 pour chirurgie de l'épaule droite en Décembre 2015

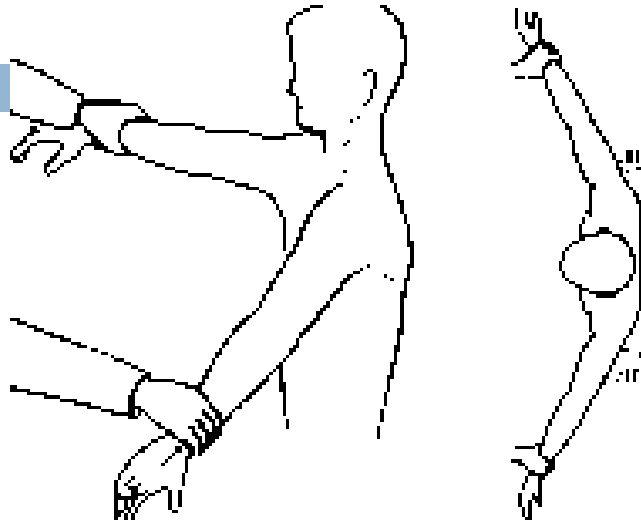
Examen clinique

5

- **INSPECTION :**
 - ▣ Amyotrophie de la fosse sus-épineuse Gauche (névralgie C6)
 - ▣ Pas d'anomalie de la statique du rachis
- **MOBILITES ARTICULAIRES :**
 - ▣ Actives et passives : mobilités réduites en abduction, flexion antérieure, RE, RI. Améliorées en passif.
- **Recherche d'une tendinopathie de la coiffe des rotateurs :**
 - ▣ Douleur au point d'insertion tendineux à la manœuvre de **JOBE** à droite: tendinopathie du SUS épineux
 - ▣ Pas d'autre atteinte tendineuse (manœuvre du Palm up test, de Patte, de Gerber)
- **Recherche d'un conflit sous acromial : négatif (test de Neer, Yocum, Hawkins)**

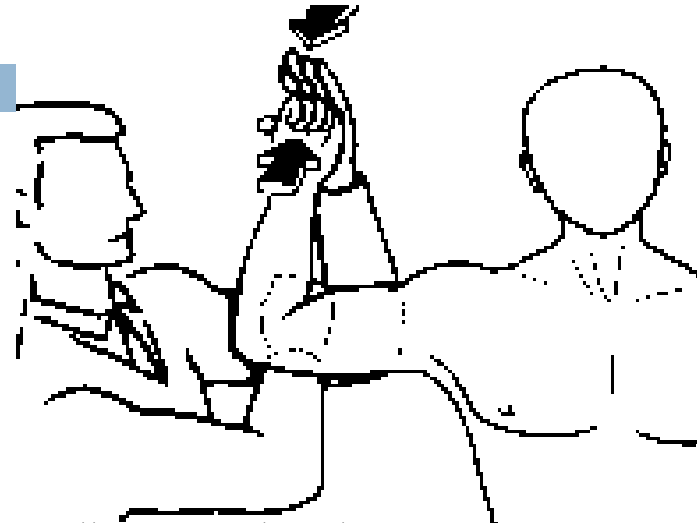


Jobe



http://www.esculape.com/rhumato/epaule_douloureuse_tours.htm

Patte



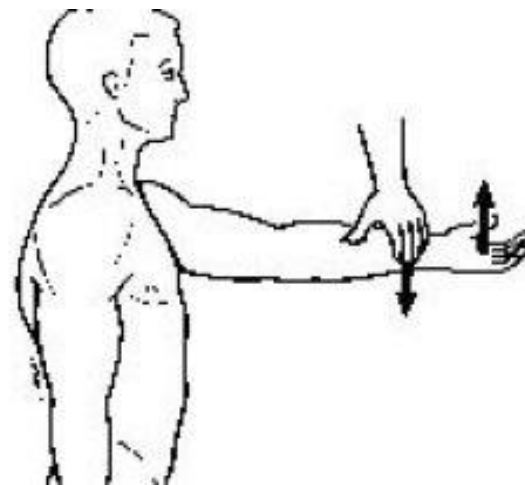
http://www.esculape.com/rhumato/epaule_douloureuse_tours.htm

Gerber



http://www.esculape.com/rhumato/epaule_douloureuse_tours.htm

Palm-up test



http://www.esculape.com/rhumato/epaule_douloureuse_tours.htm

Recherche d'un conflit sous-acromial

7



Neer



Yocum



Hawkins

<http://www-sante.ujf-grenoble.fr/SANTE/corpus/disciplines/ortho/ortho/306b/lecon306b.htm>

Examen clinique

8

- Pas de signe de NCB le jour de l'examen (autre amyotrophie sus épineuse)
- Examen neurologique normal : pas de déficit sensitivo-moteur, ROT présents, symétriques
- Pas de douleur sterno-claviculaire
- Pas d'altération de l'état général, pas de fièvre, pas de signe inflammatoire
- Reste de l'examen sans particularité

Compte rendu des examens complémentaires

9

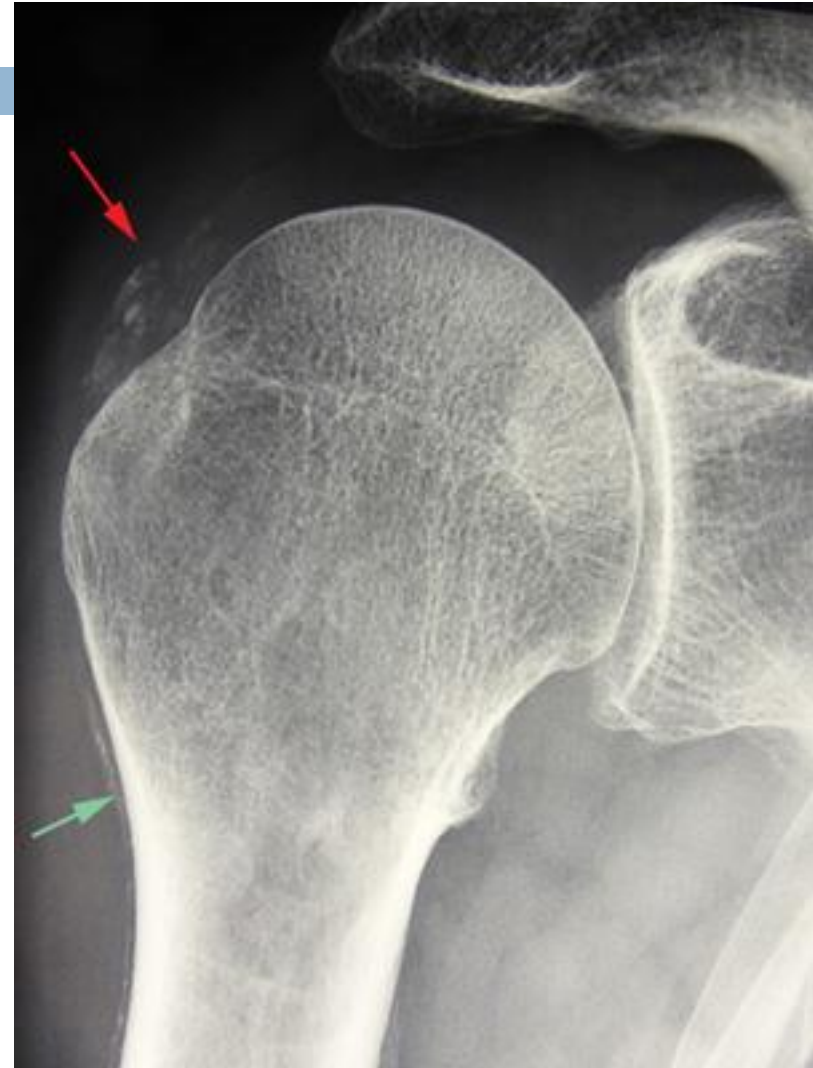
- Radiographie des 2 épaules (Juillet 2013):
 - Calcifications sur la distalité du tendon sus-épineux à Droite
 - Radio normale à Gauche
- Arthroscanner Epaule Droite (Mai 2015) :
 - Calcifications résiduelles de la distalité du tendon supra-épineux. Présence de calcifications ayant diffusé au niveau de la partie antérieure de la bourse sous acromio-deltoidienne. Pas d'anomalie des autres tendons de la coiffe des rotateurs.
- IRM Epaule Droite (Septembre 2015) :
 - Remaniements à type de tendinose du supra-épineux avec probable petite lésion de sa face bursale, non transfixiante. Discrète majoration de la bursite sous-acromio-deltoidienne.

Radiographie

10



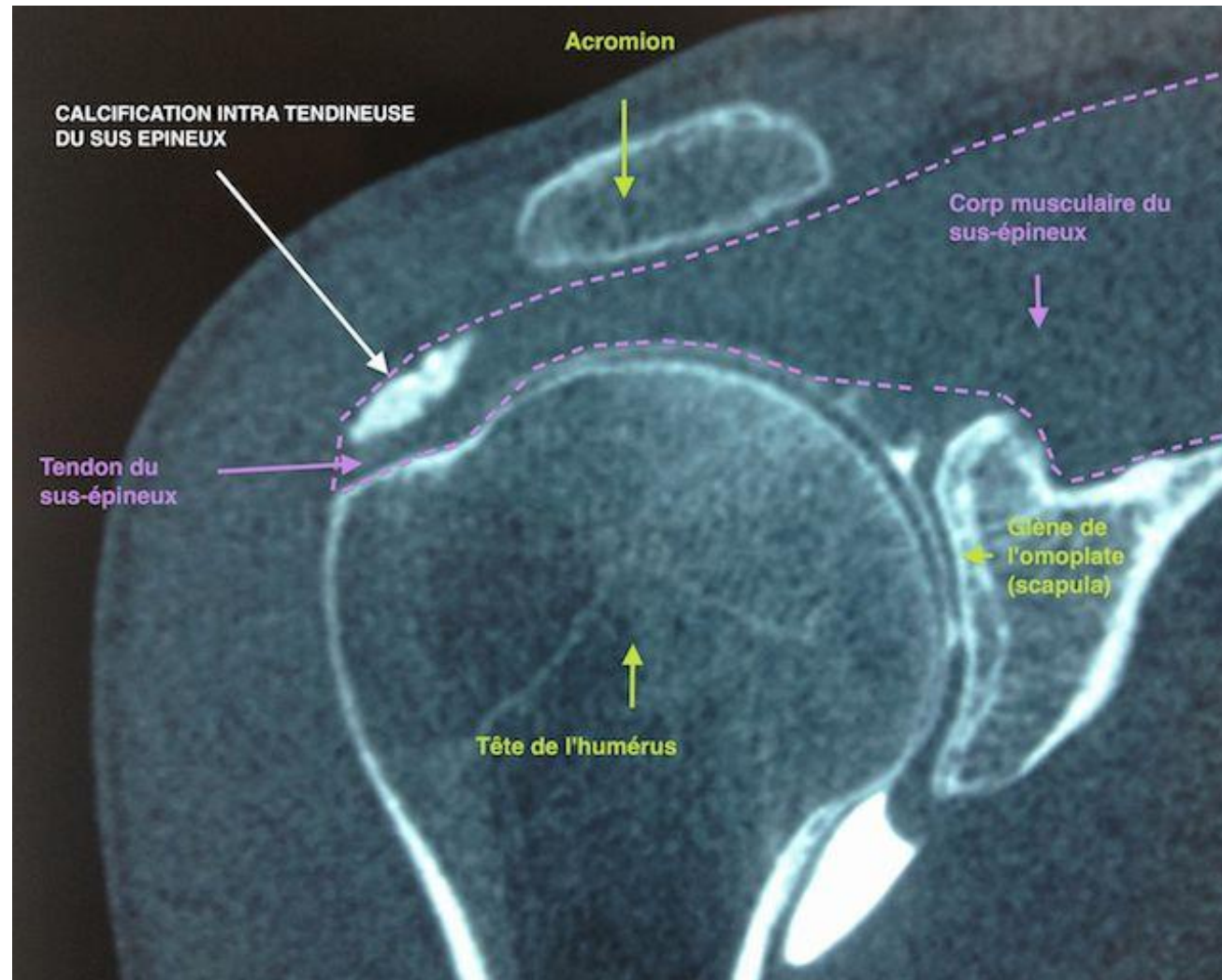
<http://www.carevox.fr/sante-maladies/article/docteur-j-ai-mal-a-l-epaule>



<http://drdubertmainepaule.com/pathologies/calcifications-de-la-coiffe-des-rotateurs/>

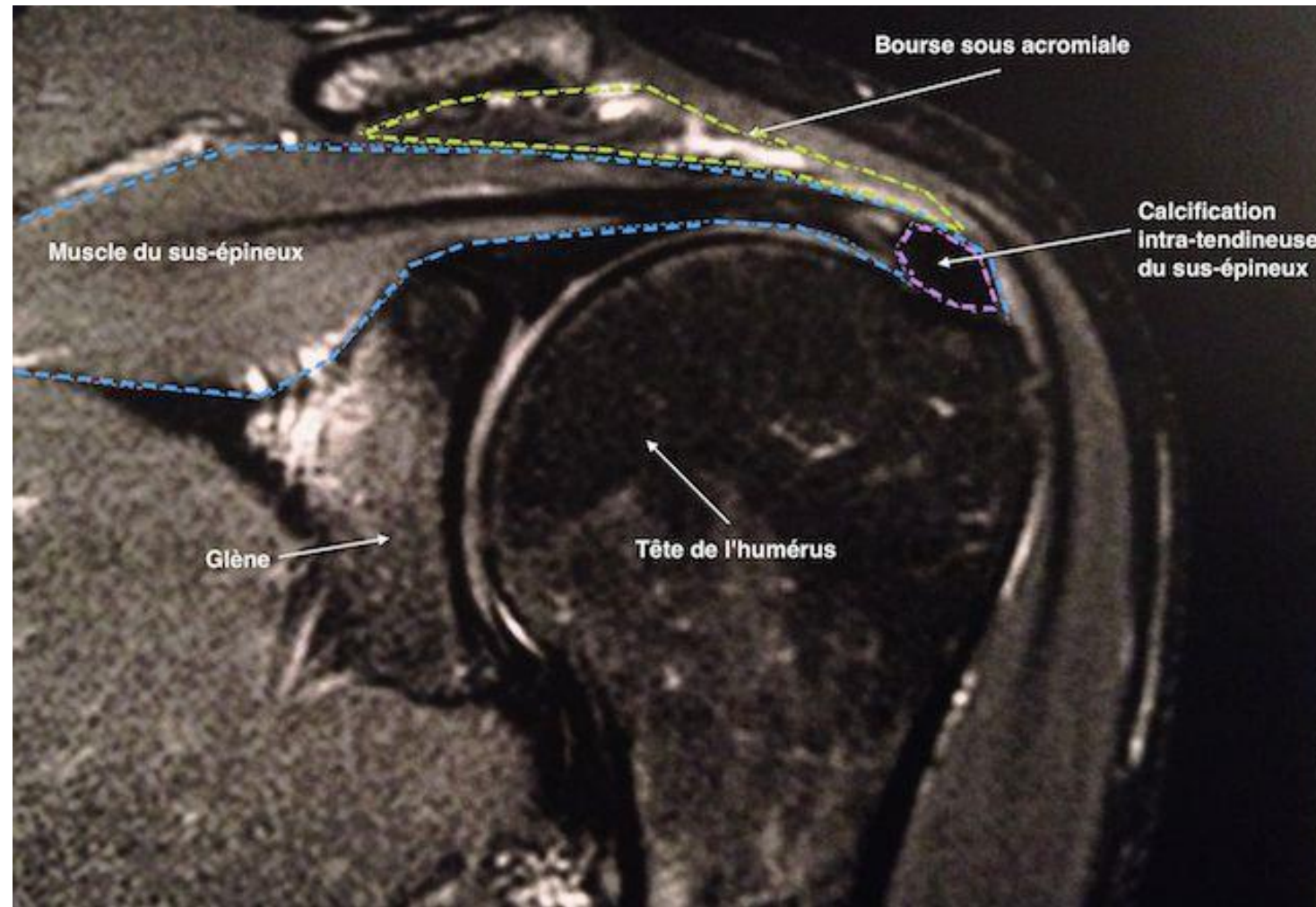
Arthroscanner

11



IRM

12



<http://chirurgie-epaule-fontvert.fr/calcification.html>



SMTMP 28/04/2017

Diagnostics différentiels :

Epaule douloureuse Aigüe



13

Contexte traumatique :

- Fracture clavicule
- Luxation gléno-humérale
- Luxation sterno-claviculaire
- Fracture de l'omoplate
- Fissure ou fracture de côte
- Hémarthrose

Douleurs à projection scapulaire :

- Angor et IDM
- Colique hépatique
- Pancréatite aigüe
- Pleurésie

Causes articulaires : en phase aigüe

- Arthrite infectieuse
- Arthrite microcristalline (chondrocalcinose, hydroxy-apatite, goutte)
- Arthrite inflammatoire (polyarthrite rhumatoïde, spondylarthropathie, maladie de Horton, PPR)

Causes péri-articulaires : en aigüe

- Tendinite aigüe
- Bursite épaule

Causes neurologiques :

- Syndrome de Parsonage Turner

Certaines causes de douleurs **AIGUES** sont liées à des pathologies **CHRONIQUES** !

Diagnostics différentiels :

Epaule douloureuse Chronique



14

Causes articulaires :

- Inflammatoires (rhumatismes inflammatoires type PR, SPA, LED, PPR, Horton; connectivites et vascularites; sarcoïdose, RAA)
- Mécaniques (arthrose, maladie de Paget)
- Autres (arthropathie nerveuse, arthrite septique)

Causes péri-articulaires :

- Tendinopathies (coiffe des rotateurs)
- Algoneurodystrophie

Autres causes + rares :

- Neurologiques (myopathie, SLA)
- Tumeurs synoviales (synovite villo-nodulaire, synoviosarcome)

Causes osseuses :

- Tumeur épiphysaire primitive
- Métastase épiphysaire
- Maladie de Paget
- Ostéite humérale
- Ostéonécrose aseptique

Lésions neurologiques :

- Nerf sus-scapulaire
- Nerf grand dentelé
- Nerf circonflexe
- NCB

Traitement de Mme D

15

MEDICAMENTEUX : antalgiques de palier 1 et antiinflammatoires

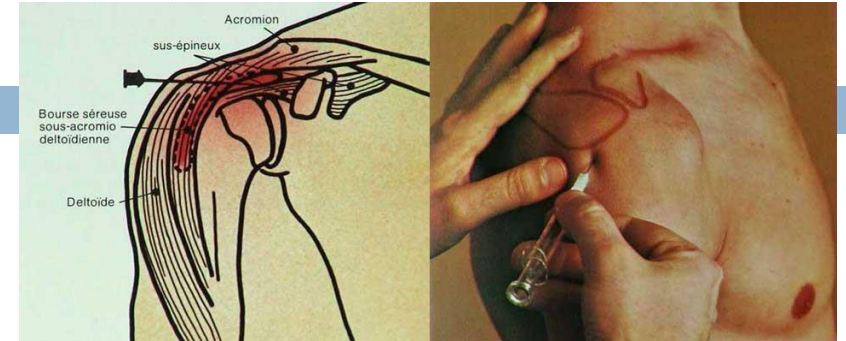
KINESITHERAPIE :

- Physiothérapie : chaud/froid, US, massage transverse profond, mobilisation des 5 articulaires de l'épaule
- Contrôle postural
- Recentrage de la tête humérale
- Travail en décoaptation de la tête humérale
- Reprogrammation neuromotrice
- Rééquilibration du capital musculaire
- Renforcement musculaire

INFILTRATIONS : corticostéroïdes,

CHIRURGIE sous ARTHOSCOPIE:

- Acromioplastie scapulaire endoscopique
- Ancrage de la coiffe des rotateurs directe
- Ténodèse dans la gouttière du long biceps
- Résection du 1/4 externe de la clavicule par voie endoscopique
- Réinsertion trans-osseuse du chef moyen du deltoïde



<http://pierreboucher.on-web.fr/?p=327>



Acromioplastie



<http://www.docteur-roue.fr/information-medecale/epaule/article/acromioplastie>

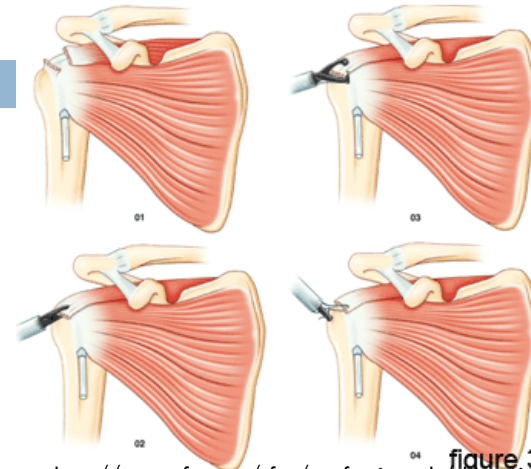
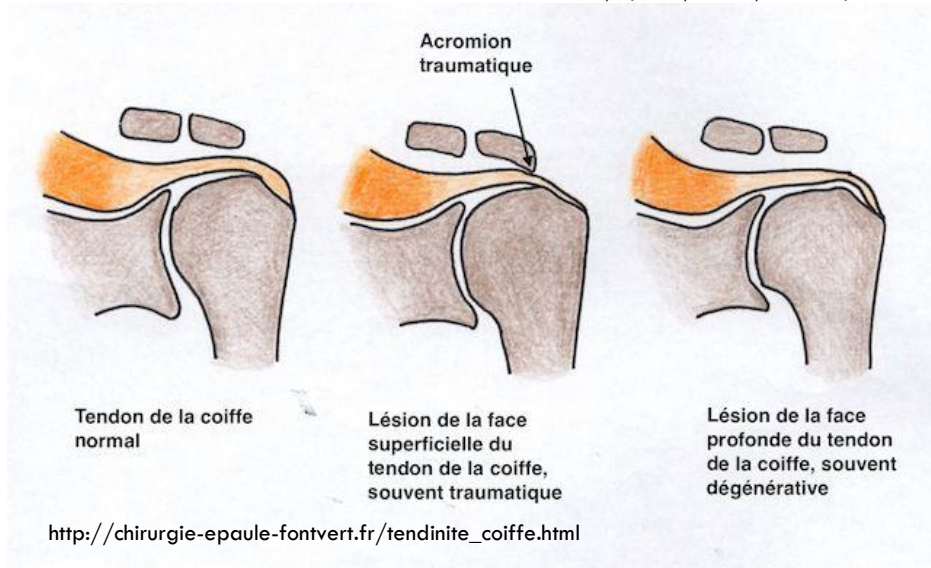


figure 3
http://www.sfre.org/sfre/professionnels/chirurgie/coiffe_rotateurs

Ancrage de la coiffe des rotateurs



<http://www.medicalexpo.fr/p/rod/conmed/product-84395-596373.html>



Ténodèse dans la gouttière du long biceps

<http://www.formathon.fr/Formathon/302/raconte-moi-l-epaule>

Visite de pré-reprise du Médecin du Travail

17

- Envisager une reprise à **Temps Partiel Thérapeutique** en Janvier 2017

- **Adaptation du poste de travail** prescrite par le Médecin du Travail :
 - Limitation des mouvements au dessus du plan des épaules supérieur ou égal à 60°
 - Pas de mouvements répétitifs avec une cadence supérieure à 2 mouvements par minute
 - Pas de mouvement prolongé et sans soutien
 - Conseils : éviter le travail au froid, favoriser une alternance des tâches

- Concrètement sur le **poste de travail** :
 - Débarrassage des tables : port de charges associé à l'élévation de l'épaule >60°
 - Mise en place des entrées et desserts : même problème

Reprise du poste en Janvier 2017 : Retour à l'emploi

18

- Reprise à **Temps Partiel Thérapeutique** en Janvier 2017
 - Reprise à 50%
- **Adaptation du poste de travail en accord** avec l'employeur
- Tâches sur le poste aménagé :
 - Nettoyage des tables
 - Tri des couverts

Points de discussion

19

- **Prise en charge en MP (Tableau 57A du Régime Général):**
 - ▣ **Mme D présente une tendinopathie non rompue avec calcifications donc à priori pas de reconnaissance en MP**
 - ▣ **Calcification = pas de reconnaissance SAUF si :**
 - Rupture partielle ou transfixiante de la coiffe des rotateurs (avec ou sans calcifications)
 - Calcifications liées à une enthésopathie

- **Place des examens complémentaires :**
 - Radiographie indispensable : lésion osseuse, calcification de la coiffe, omarthrose
 - IRM (examen clé) : localisation du siège de la lésion, son étendue et qualité des muscles avoisinants, visualisation d'une dégénérescence de la coiffe, rupture, **nécessaire pour la reconnaissance en MP**
 - Arthroscanner : renseignements voisins de l'IRM mais injection de PDC, tendinite isolée = examen normal

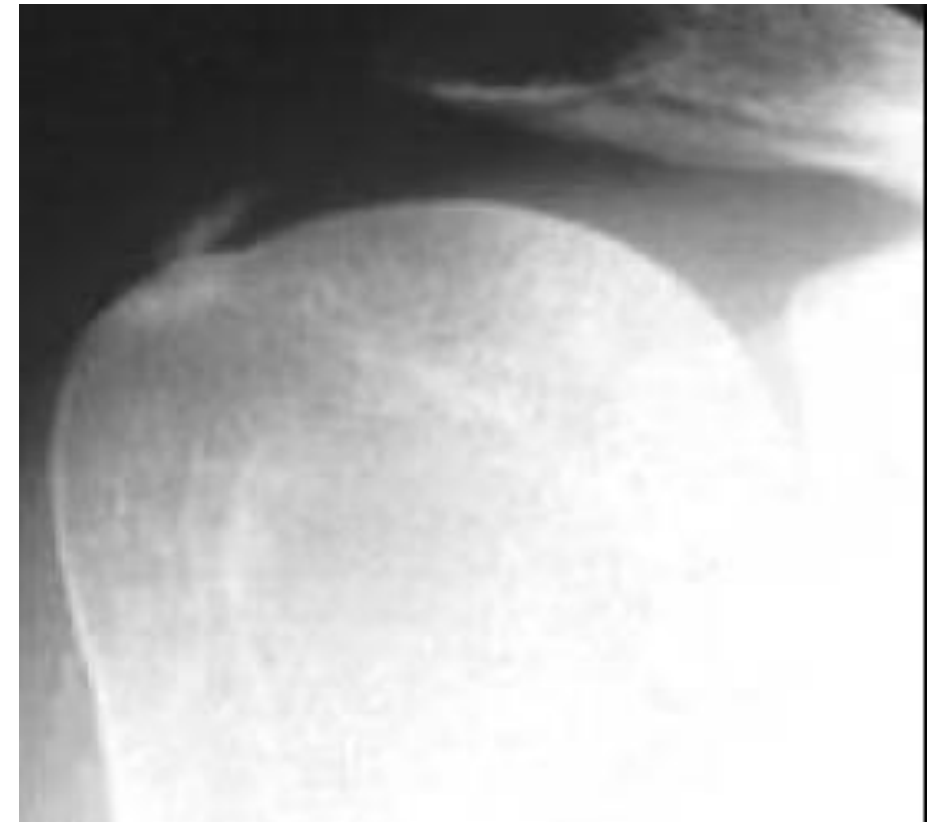


Tendinopathie calcifiante



≠

Enthésopathie avec calcification



Calcifications spiculées, linéaires



Review Article

Determinants and predictors of absenteeism and return-to-work in workers with shoulder disorders

François Desmeules^{a,b,*}, Caroline Braën^a, Martin Lamontagne^{c,d}, Clermont E. Dionne^{e,f} and Jean-Sébastien Roy^{e,g}

- ❑ **OBJECTIF** : Déterminants du retour à l'emploi chez les patients atteints d'une pathologie de l'épaule
- ❑ **METHODE** : Revue systématique, 859 articles identifiés, 8 articles sélectionnés (4 études prospectives, 4 rétrospectives). Suivi des patients entre 1 et 7 ans.
- ❑ **RESULTATS** : Déterminants significativement associés à un Retour à l'emploi retardé : ATCD de traumatismes, sévérité de la pathologie, ATCD d'arrêts-maladie. Autres facteurs prédictifs supposés : longue période d'arrêt maladie précédant la consultation, douleur intense, contraintes ou sur-utilisation de l'épaule dans les activités habituelles, plaintes psychologiques



Time trends in surgery for non-traumatic shoulder disorders and postoperative risk of permanent work disability: a nationwide cohort study

SW Svendsen¹, P Frost², LD Jensen²

Danish Ramazzini Centre, Department of Occupational Medicine, ¹Herning Hospital, Herning, and ²Aarhus University Hospital, Aarhus C, Denmark

- **OBJECTIF** : Evaluer l'incidence de la chirurgie pour tendinopathie de la coiffe des rotateurs, pour épaule gelée, ostéoarthrite de l'articulation acromio-claviculaire et **les conséquences sur le retour à l'emploi**
- **METHODE** : Calcul de l'incidence annuel sur des registres nationaux. Cohorte de 19264 patients opérés pour pathologie de l'épaule et qui travaillait au moment de l'inclusion. Etude du risque de désinsertion professionnelle dans les 2 ans post-chirurgie
- **RESULTAS** : Incidence annuelle de 3.5 à 14.8/10,000 et **9.8%** des patients n'étaient plus apte à travailler 2 ans après la chirurgie. Le niveau d'éducation est un facteur important favorisant le retour à l'emploi. RR = 2 [95% IC 1.8-2.3] de perte de capacité de travail si le niveau éducatif était bas par rapport à un niveau élevé.

Messages clés :

1. Calcifications dans les tendinopathies de l'épaule = **pas** de reconnaissance en MP **sauf** rupture ou tendinopathie avec enthésopathie calcifiée
2. Multiples possibilités thérapeutiques
3. Retour au travail, avec adaptation de poste : à encourager !

MERCI DE VOTRE ATTENTION

Traitement des tendinopathies de l'épaule

24



MEDICAMENTEUX : antalgiques de palier 1 et antiinflammatoires

KINESITHERAPIE :

- Physiothérapie : chaud/froid, US, massage transverse profond, mobilisation des 5 articulaires de l'épaule
- Recentrage de la tête humérale
- Travail en décoaptation de la tête humérale
- Reprogrammation neuromotrice
- Rééquilibration du capital musculaire
- Renforcement musculaire
- Contrôle postural

INFILTRATIONS : corticostéroïdes, concentrés plaquettaires autologues

« **TRITURATION** » à l'aiguille par le radiologue ou rhumatologue en cas de calcification bien délimitée

CHIRURGIE sous ARTHOSCOPIE:

- Acromioplastie scapulaire endoscopique
- Ancrage de la coiffe des rotateurs directe
- Ténodèse dans la gouttière du long biceps

1

2

3

Infiltrations



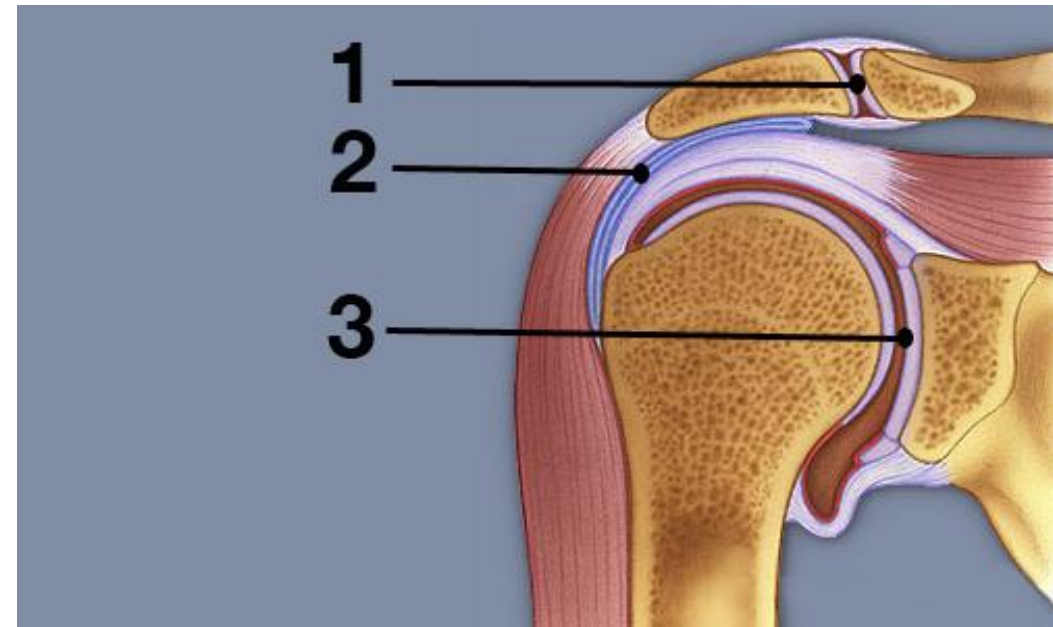
25

- ❑ 3 sites d'infiltrations :
 - Articulation acromio-claviculaire
 - Bourse sous acromiale
 - Articulation gléno-humérale

- ❑ « Effet rebond » des douleurs le soir de l'infiltration, jusqu'à 24-48h. Prise d'antalgiques dès que les douleurs démarrent

- ❑ Juger de l'efficacité 2-3 semaines après

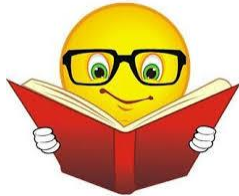
- ❑ Max 2-3 infiltrations par articulation



<http://www.sitedelepaule.com/les-examens-complementaires/les-infiltrations/>

Maladies Professionnelles

26



Régime général Tableau 57

Tableau équivalent dans l'autre régime

Affections périarticulaires provoquées par certains gestes et postures de travail

Date de création : décret du 2 novembre 1972

Dernière mise à jour : décret du 1^{er} août 2012

Désignation des maladies	Délai de prise en charge	Liste limitative des travaux susceptibles de provoquer ces maladies
- A - Épaule		
Tendinopathie aiguë non rompue non calcifiante avec ou sans enthésopathie de la coiffe des rotateurs.	30 jours	Travaux comportant des mouvements ou le maintien de l'épaule sans soutien en abduction (**), avec un angle supérieur ou égal à 60° pendant au moins 3h30 par jour en cumulé.
Tendinopathie chronique non rompue non calcifiante avec ou sans enthésopathie de la coiffe des rotateurs objectivée par IRM (*).	6 mois sous réserve d'une durée d'exposition de 6 mois)	Travaux comportant des mouvements ou le maintien de l'épaule sans soutien en abduction (**): - avec un angle supérieur ou égal à 60° pendant au moins deux heures par jour en cumulé ou - avec un angle supérieur ou égal à 90° pendant au moins une heure par jour en cumulé.
Rupture partielle ou transfixiante de la coiffe des rotateurs objectivée par IRM (*)	1 an (sous réserve d'une durée d'exposition d'un an)	Travaux comportant des mouvements ou le maintien de l'épaule sans soutien en abduction (**): - avec un angle supérieur ou égal à 60° pendant au moins deux heures par jour en cumulé ou - avec un angle supérieur ou égal à 90° pendant au moins une heure par jour en cumulé.