

LES CAPSULITES

RETRACTILES DE L'ÉPAULE

Dr. Derdabi Sara

DEFINITION

- *La capsulite rétractile (capsulose rétractile ou capsulite adhésive)*
- *limitation de toutes les amplitudes passives, sans arthropathie gléno-humérale sur les radiographies simples.*
- *fait en général suite à une phase douloureuse .*
- *secondaire à la rétraction de la capsule*

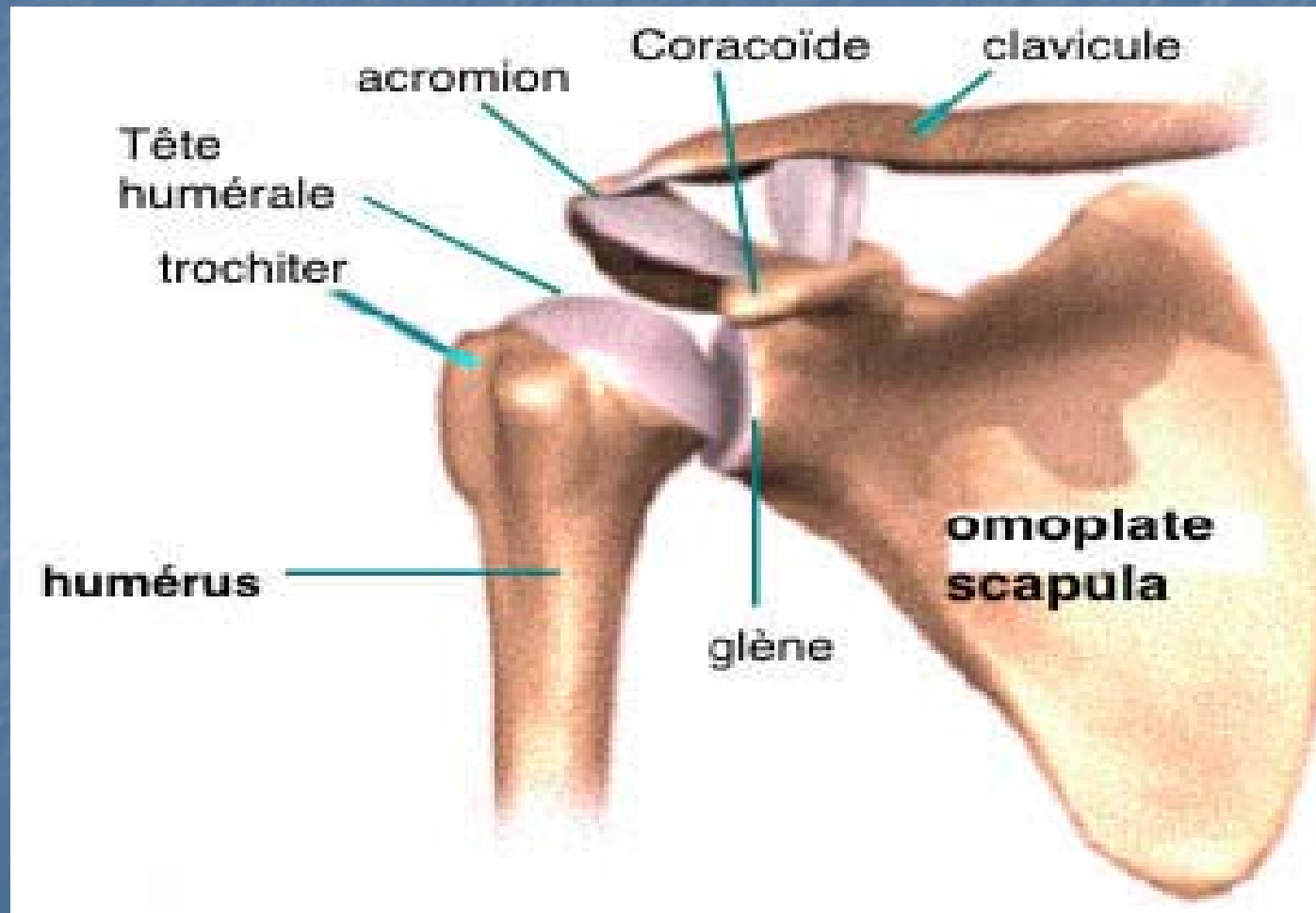
HISTORIQUE

- ***1872:** On a retenu d'abord comme cause de raideur de l'épaule la symphyse de la bourse sous-acromiale.*
- ***1943:** on a pensé que la ténosynovite du biceps était la cause la plus vraisemblable (Lippman.)*
- ***1945 :** NEVIASER montre que l'épaississement capsulaire est à l'origine de l'enraidissement de l'épaule et propose alors le terme d '« adhesive capsulitis ».*
Il fera les 1ères arthrographies.

HISTORIQUE

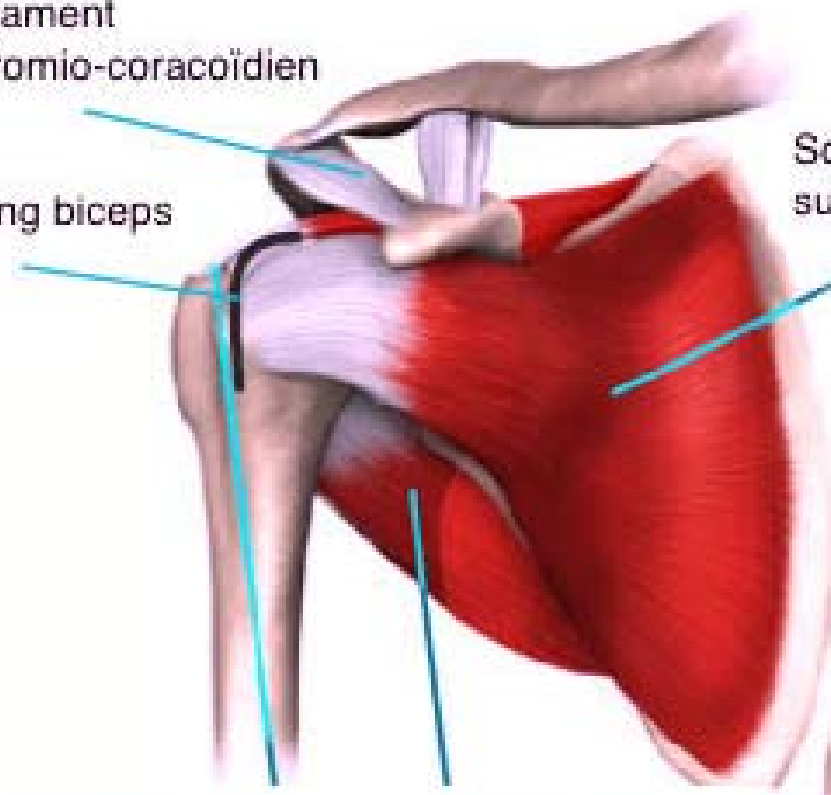
- ***1952:** DE PALMA pense que la cause essentielle est l'insuffisance musculaire et la raideur musculaire.*
- ***1960 :** DE SEZE décrit l'épaule gelée.*
- ***Actuellement :** intérêt du traitement interventionnel.*

RAPPEL ANATOMIQUE



Ligament
acromio-coracoïdien

Long biceps



Sus-épineux
Supraspinatus

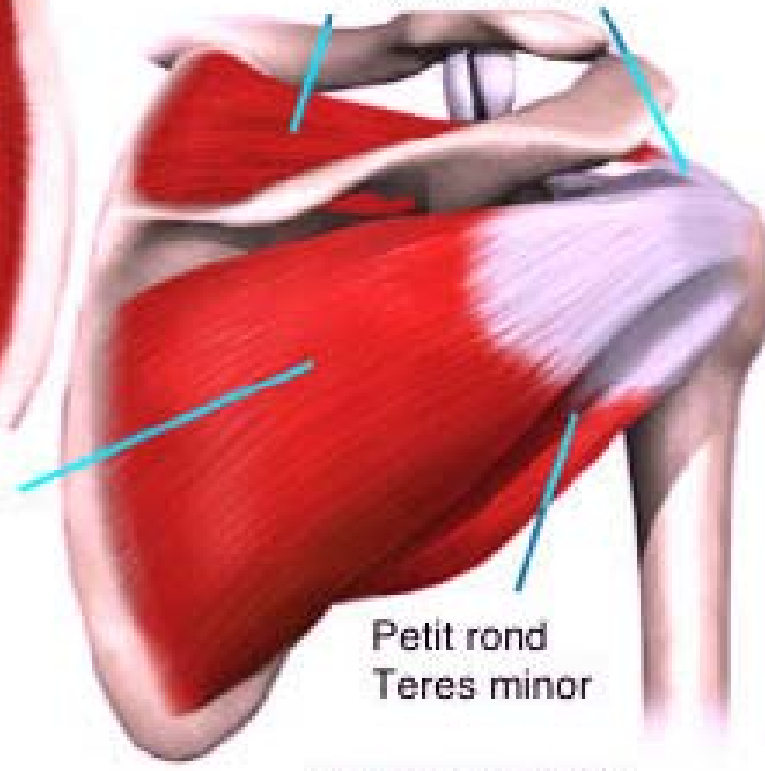
Sous-épineux
Infraspinatus

Vue antérieure

Muscles coiffes des rotateurs

Sous-scapulaire
subscapularis

Sus-épineux
Supraspinatus



Petit rond
Teres minor

Vue postérieure

capsule de l'épaule



capsule rétractée



ANATOMIE PATHOLOGIQUE

- *L'aspect de la synoviale dépend du stade évolutif :*

- ***stade initial** : synoviale rouge, hémorragique, sans aucun élément réellement inflammatoire*

- ***stade tardif** : capsule rétractée, épaisse, sans liquide synovial. La capacité articulaire normale de 38 cc est nettement diminuée.*

CLINIQUE

- *40 à 60 ans (surtout sexe féminin)*
- *Début progressif*
- *douleurs volontiers nocturnes*
- *parfois bilatérale*
- *Évolution en trois phases :*
 - phase prodromique : semaines - mois.*
 - * *épaule très douloureuse*
 - * *pas encore limitée.*
 - * *on commence à se douter que ce n'est pas une tendinite simple.*

seconde phase : enraidissement 2 - 3 mois.

- * *La douleur s'atténue.*
- * *L'enraidissement progresse.*
- * *La limitation articulaire: **perte** d'amplitude majeure sur l'élévation antérieure, la **rotation externe** (moins importante sur l'abduction et la rotation interne)*
- * ***Épaule gelée = raide, non douloureuse, diminution de la mobilité active et de la mobilité passive** (ex : manœuvre de JOBE)*

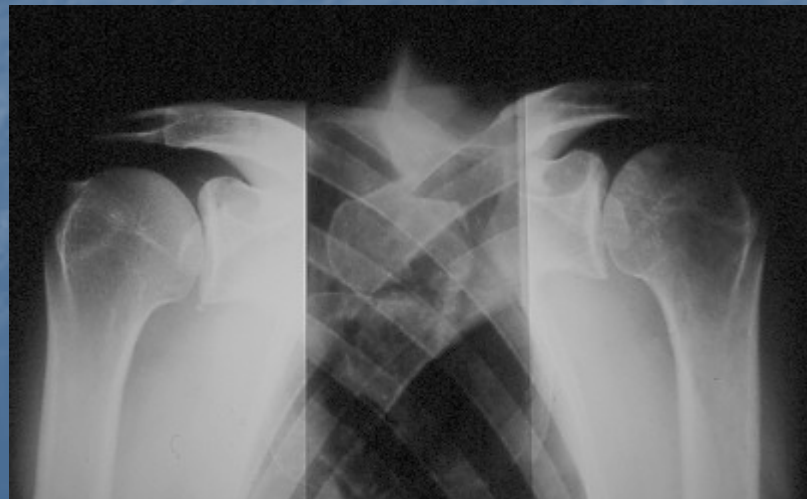
Troisième phase : régression

* retour progressif des mouvements à la normale.

* durée totale 12, 18 à 36 mois

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

- *La **biologie** est normale*
- *Les **radiographies simples**:
déminéralisation d'immobilisation.*
- *Intérêt +++ : cliché **contro-latéral***

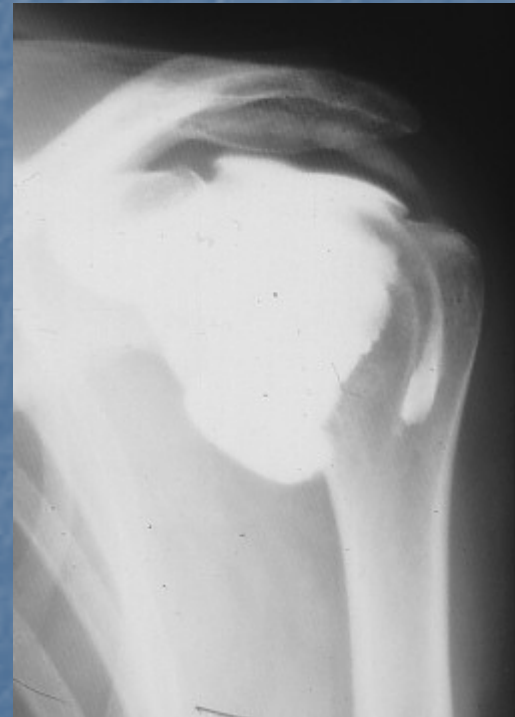


L'arthrographie + + +:

- *une diminution de la capacité articulaire associée à un rétrécissement des recessus axillaire et sous scapulaires.*

Arthrogramme normal:

- *récessus axillaire inférieur, récessus sous- coracoidien, insertion humérale de la capsule un peu « souple ».*



Arthrographie anormale:

- *faible remplissage*
- *capsule rétractée*
- *absence de récessus inférieur ou sous-coracoidien;*
- *gaine du biceps non visualisée.*

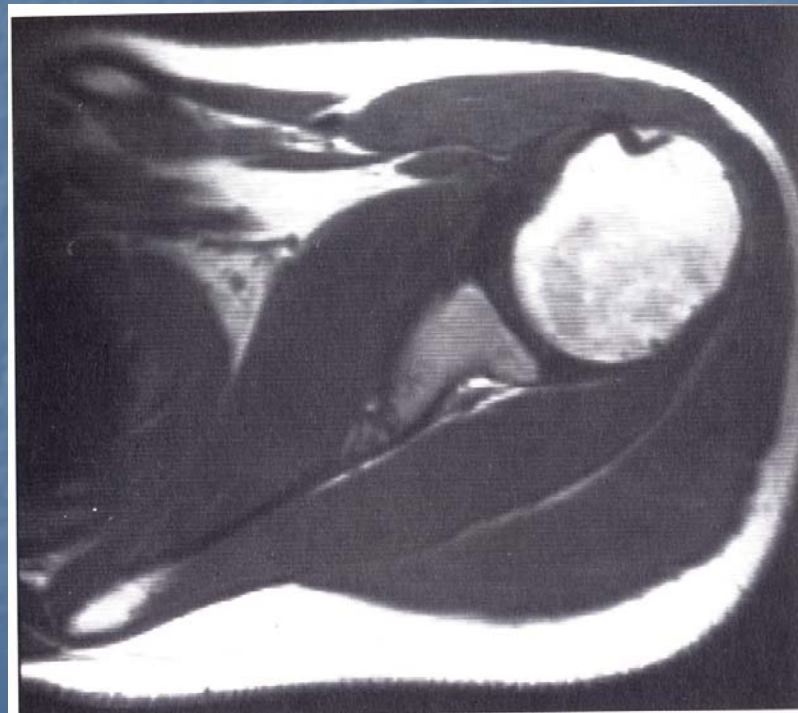




La scintigraphie :

- * *intérêt secondaire*
- * *fixations trifocales*

TDM :



IRM :



Facteurs favorisants

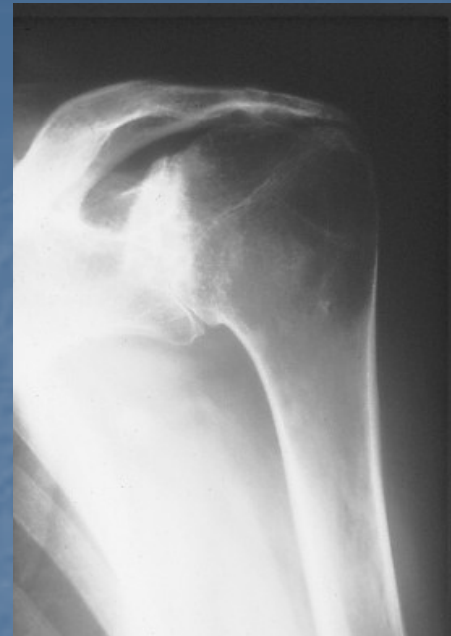
- *Causes post-traumatiques, post-fracture, luxation ou chirurgie.*
- *Diabète sucré : incidence de capsulite rétractile de l'épaule particulièrement élevée chez les diabétiques.*
Particularités : atteinte bilatérale
- *Hyperthyroïdie*

- **Causes locorégionales** : chirurgie thoracique ou mammaire, *infarctus du myocarde, tumeurs médiastinales....*
- **Causes générales** : *PPR, spondylarthropathies, PR...*
- **Pathologies neurologiques** : *Hémiplégie, Parkinson*
- **Causes métaboliques** : dépôts amyloïdes chez les hémodialysés chroniques, calcinose tumorale.
- **Causes iatrogènes** : *INH, iode 131, barbituriques, anti-rétroviraux, anti-protéases.*

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

- *hémarthrose,*
- *rhumatisme inflammatoire ou micro-cristallin, arthrite septique,*
- *tumeurs et dystrophies osseuses,*
- *séquelles de chirurgie du sein.*

Omarthrose :



ONTH :



Fracture du trochiter :



Maladie de PAGET de l'humérus : Trame dense, désorganisée, épaissie avec des zones pseudo-lacunaires; grosses corticales.



	TENDINITE	RUPTURE DE COIFFE	CAPSULITE RETRACTILE	OMARTHROSE
MOBILITE ACTIVE	NORMALE	DIMINUEE PSEUDO- PARALYTIQUE	DIMINUEE +++	DIMINUEE
MOBILITE PASSIVE	NORMALE	NORMALE OU A PEINE DIMINUEE	DIMINUEE +++ Surtout ABDUCTION et ROTATION EXTERNE	DIMINUEE GLOBALEMENT
DONNEES RADIO COMPLEMEN- -TAIRES	NORMALE OU CALCIFICATION	ASCENSION DE LA TÊTE HUMERALE	NORMALE OU DEMINERALISEE	ARTHROPATHIE DEGENERATIVE

TRAITEMENT

Médical :

- *injections de corticoïdes de préférence sous contrôle scopique (mobilité - ; douleurs +)*
- *les antalgiques*
- *la Calcitonine*
- *corriger les facteurs favorisants (prise médicamenteuse, endocrinopathie...)*

TRAITEMENTS INTERVENTIONNELS

- *L'arthro-distension :*
 - * *Distension, mobilisation active en abduction, élévation, rotation.*
 - * *J 5 : amélioration significative notamment sur la rotation externe.*
- *Mobilisation sous anesthésie.*
- *Capsulotomie sous arthroscopie*

Rééducation +++:

- *Dès atténuation de la douleur, comporte plusieurs techniques, utilisées isolément ou en association (balnéothérapie en eau chaude, mobilisations passives continues ou non, mobilisations auto-passives, contracté-relâché, exercices pendulaires, postures)*

Indications :

- *Phase douloureuse:*
 - * *tt antalgique*
 - * *infiltration ± arthro-distension*
- *Phase non douloureuse (épaule gelée)*
 - * *rééducation +++*
 - * *arthro-distension*
 - * *mobilisation sous anesthésie*
 - * *capsulotomie arthroscopique*

Conclusion

- La capsulite rétractile de l' épaule est une raideur sans arthropathie gléno-humérale associée.
- Le diagnostic repose sur la clinique.
- L' utilité de la kinésithérapie n' est pas discutable

Merci pour votre attention