

LA CAPSULITE RETRACTILE DU DIAGNOSTIC AU TRAITEMENT



Dr P. NUMERIC
Service de Rhumatologie
CHU de Martinique
JAR 16 avril 2016

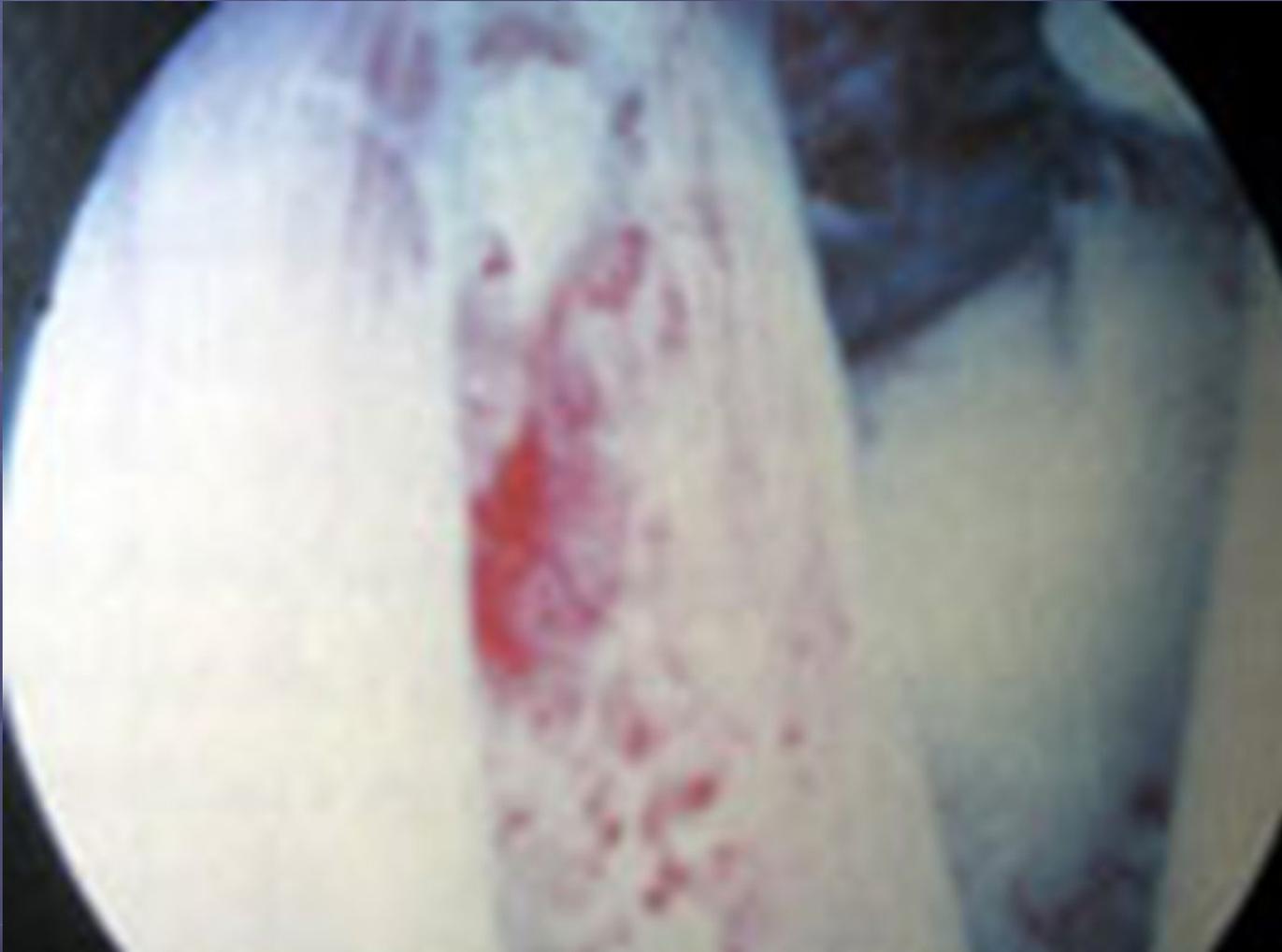
GENERALITES

- DUPLAY : 1834
- 2 % population générale
- Epaule gelée au frozen shoulder secondaire à une rétraction de la capsule articulaire et des ligaments péri capsulaires
- A distinguer de l'algodystrophie

PHYSIOPATHOLOGIE

- Mécanisme inconnu
- Initialement □ **Inflammation synoviale** avec une synovite hypertrophique et hyperhémique (données arthroscopie précoce avant 3 mois-Conti/1979)
- Secondairement □ **épaississement et rétraction** de la capsule articulaire + rétraction du ligament coraco-huméral + constitution d'adhérences intra et extra articulaires
- Biopsies : fibrose

ASPECT DE SYNOVITE HYPERVASCULARISEE



HISTOIRE CLINIQUE

- Début par une phase douloureuse avec ou sans traumatisme déclenchant
- Douleur intense et permanente, y compris nocturne, réveillant le patient, rebelle aux antalgiques et aux AINS.
- A ce stade, l'examen clinique est normal ou presque et les patients sont en général traités pour une tendinite.
- Les infiltrations de la coiffe sont généralement inefficaces

HISTOIRE CLINIQUE

- Après plusieurs mois, un enraidissement progressif survient. Il devient de plus en plus difficile de mettre une chemise, un soutien-gorge ou d'aller chercher un objet en hauteur.
- Généralement, lorsque la raideur s'installe, la douleur nocturne diminue progressivement dans les semaines ou les mois qui suivent.

DIAGNOSTIC CLINIQUE

- Absence d'épanchement articulaire et de signes inflammatoires locaux
- Limitation **irréductible** active et **passive** de **toutes** les amplitudes articulaires en **particulier de la rotation externe**
- Bascule précoce de l'omoplate avant les 90° d'abduction du fait des adhérences fixant l'articulation omo-humérale
- +/- Amyotrophie de sous utilisation

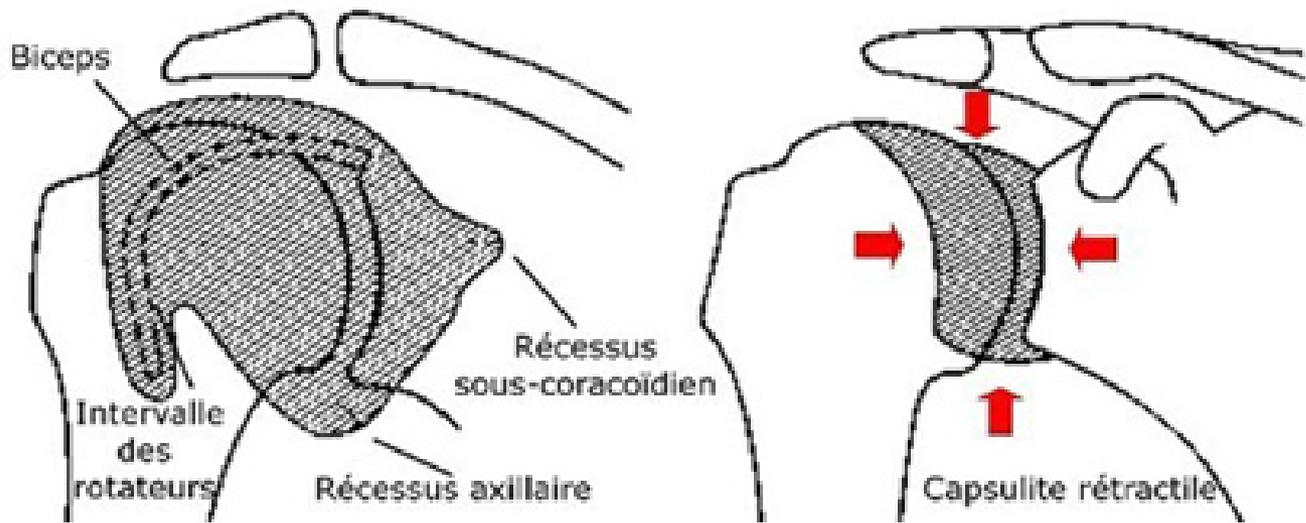




EXAMENS COMPLEMENTAIRES

PEU UTILES EN PRATIQUE

- Radiographies : éliminent une omarthrose
- Echographie : pas de signes spécifiques
- Arthrographie confirme le diagnostic
volume articulaire < 10 cc et effacement
des récessus
- IRM : oedème médullaire précoce +/-
synovite hypertrophique +/- inflammation
du ligament gléno-huméral inférieur
- Scintigraphie osseuse : absence de
fixation ou HF modérée

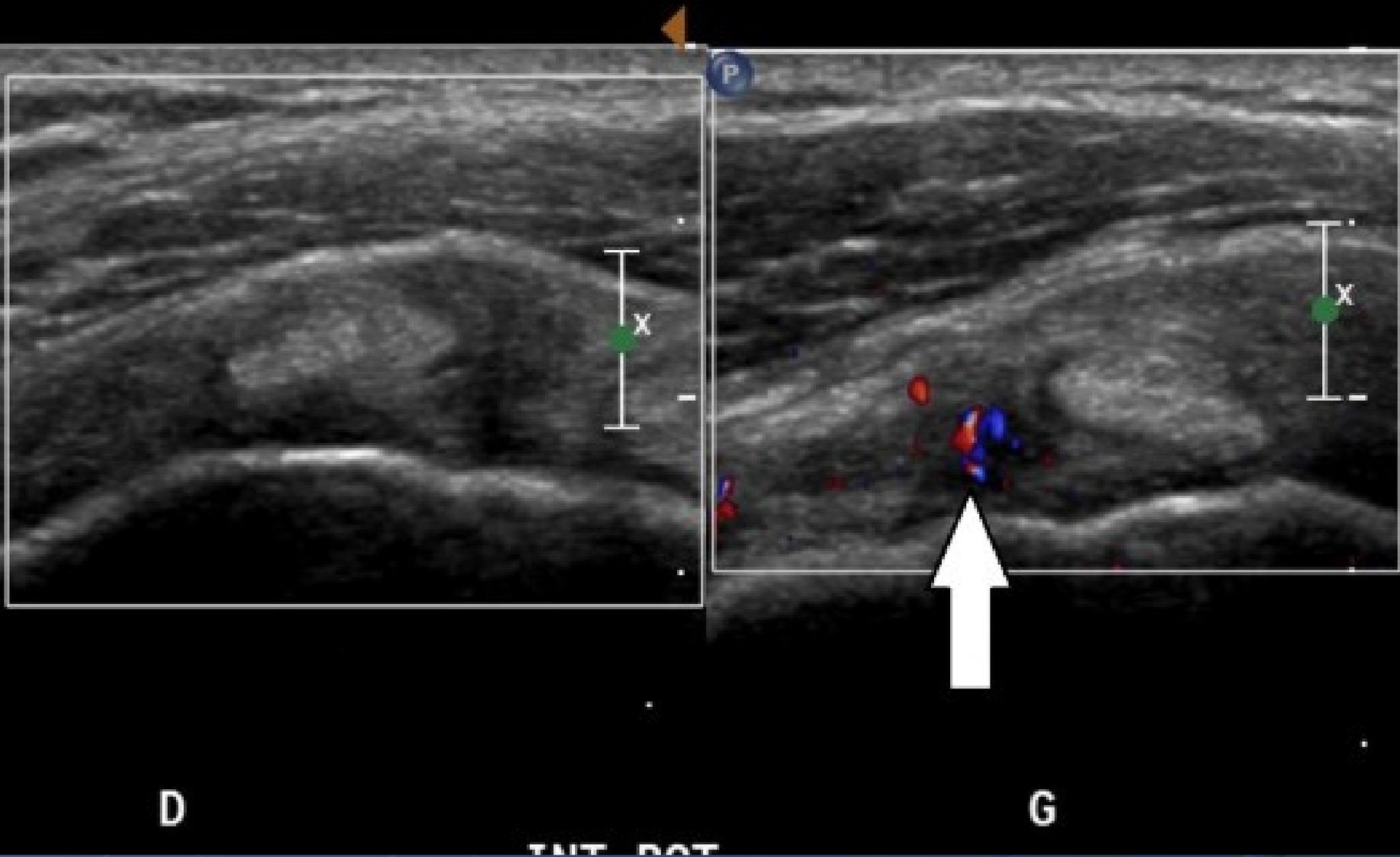


Diminution du volume articulaire





Figure 3 : IRM montrant un épaissement inflammatoire de la capsule focalisé au niveau inférieur (ligament gléno-huméral – flèche blanche) et l'infiltration associée de l'intervalle des rotateurs (cercle rouge)



- Figure 1 : coupes parasagittales de la coiffe démontrant à gauche une infiltration tissulaire hypervascularisée de l' intervalle des rotateurs (flèche blanche)

EVOLUTION NATURELLE

- Phase « **inflammatoire ou chaude** » : 1 à 6 mois
- Phase de « **congélation ou froide** » : 4 à 12 mois
- Phase de « **dégel ou de récupération** » : 5 à 24 mois
- Durée totale moyenne : **12 à 24 mois**

40% des patients ont une raideur articulaire persistante à 3 ans (8 études)

ETIOLOGIES

- **IDIOPATHIQUES** (ou primitive)
- **DIABETE** (bilatérale)
- **CHIRURGIE** : chirurgie épaule, Pace-Maker
- **LOCOREGIONALES** : tendinites, rupture CDR, chirurgie thoracique ou mammaire, rhumatisme inflammatoire de l'épaule, IDM, tumeurs pulmonaires...
- **NEUROLOGIQUES** : AVC, épilepsie, Parkinson
- **MEDICAMENTS** : INH, anti protéases, Gardéнал...
- **Divers** : amylose, dysthyroïdies...

TRAITEMENT CLASSIQUE

- Antalgiques, souvent recours aux morphiniques
- AINS et corticoïdes inefficaces
- Infiltrations intra articulaires de corticoïdes
- La kinésithérapie classique avec des techniques sédatives et des mobilisations passives en respectant le seuil douloureux en raison du risque d'aggravation de la raideur

CAPSULODISTENSION

- 1965 : Lundberg et Andren
- 1990 : France
- Distension mécanique de la capsule articulaire avec libération des adhérences intra articulaires
- **Effet antalgique constant** □
kinésithérapie active précoce
- **Initiation de la récupération** des amplitudes articulaires déficitaires

PROTOCOLE

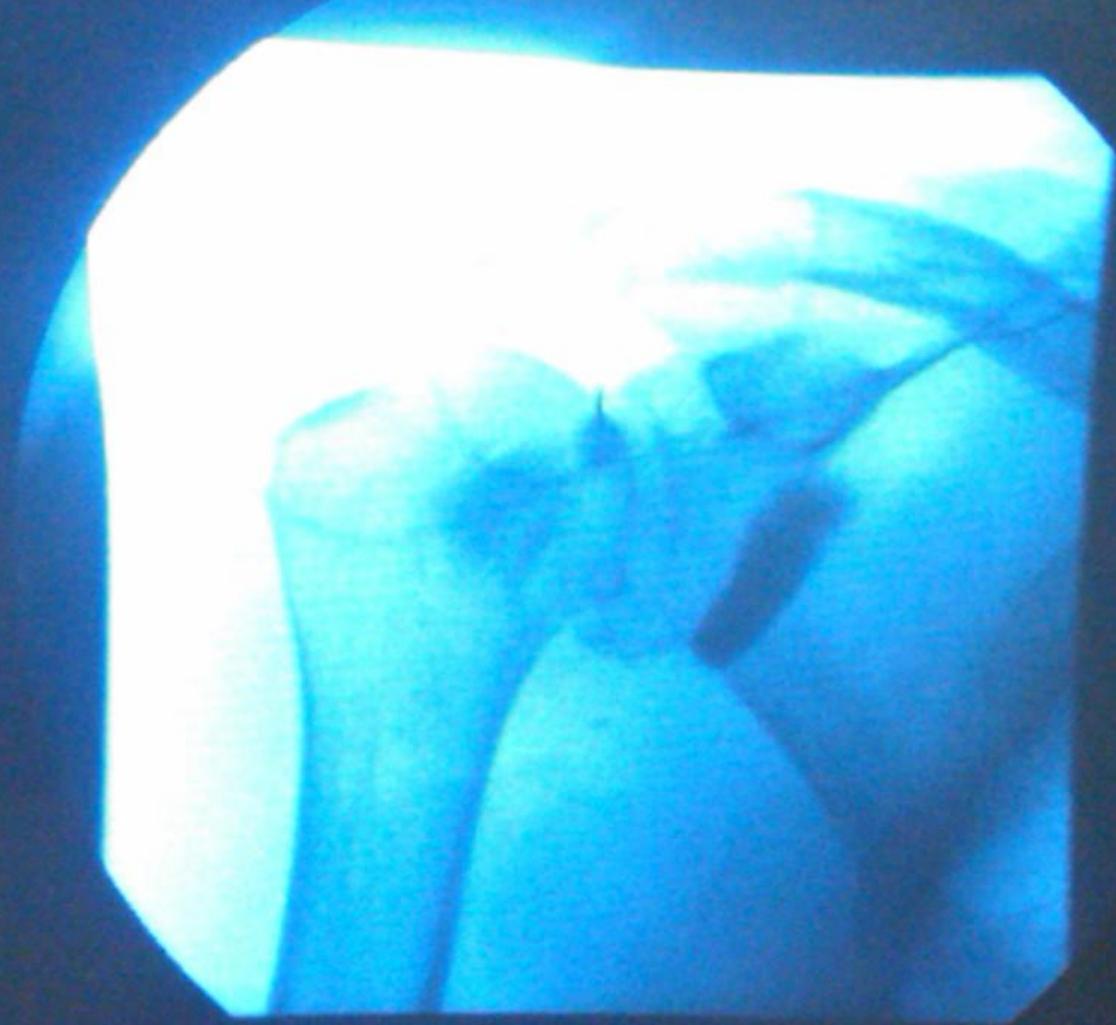
- Toujours voir le patient en consultation au préalable
- ATCD allergiques et TTT par AVK
- Information bénéfiques/risques
- Organiser+++ la prise en charge en rééducation avec le kinésithérapeute
- Phase « inflammatoire » : faire une infiltration intra articulaire de corticoïde retard 1 semaine avant la capsulodistension à visée antalgique

PROTOCOLE

- Asepsie rigoureuse et champ stérile
- Abord intra articulaire radioguidé après une anesthésie locale puis opacification intra articulaire
- Mise en place d'un petit raccord et d'un robinet à 3 voies
- Injection intra articulaire d'un corticoïde retard et de 10 à 15 cc de XYLOCAÏNE
- +/- MEOPA







1x

74

PROTOCOLE

- Attendre l'ANALGESIE +++ (minimum 10 minutes)
- Débuter la distension capsulaire avec 40cc de sérum physiologique







KINESITHERAPIE

- Débuter la rééducation ambulatoire dans les 24 heures
- Rythme initial de 5 séances par semaine
- Phase préparatoire sédative puis mobilisations passives en décoaptation pour distendre la capsule (Cf. protocole)
- Auto-rééducation quotidienne contrôlée : 3 fois par jour

PROTOCOLE KINESITHERAPIE

- **L'élévation antérieure** : Stretching de la capsule postérieure et inférieure : décubitus dorsal, plan de la scapula, décoaptation, contrôle de la tête humérale, prise distale humérale, rotation interne pour la capsule postérieure
- **L'extension** : Stretching de la capsule antéro supérieure : décubitus dorsal, contracter-relâcher.
- **La rotation externe** : stretching de la capsule antérieure et intervalle des rotateurs : position assise, contrôle de positionnement de la tête humérale
- **L'abduction pure** : stretching de la capsule inférieure et espace omo-huméral : position assise, fixation de la scapula, massages profonds des ronds, prévention de la sonnette de la scapula

▪ Travail d'élévation

Position de départ



Position d'arrivée



▪ Travail de la rotation latérale

Position de départ



Position d'arrivée

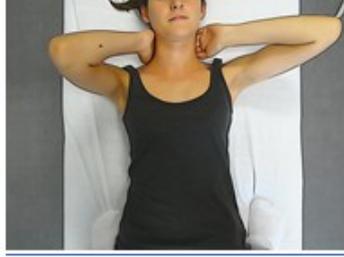


▪ Travail d'écartement

Position de départ



Position d'arrivée



▪ Travail main dans le dos

Position de départ



Position d'arrivée



**PROTOCOLE D'
AUTOREEDUCATION**

PROTOCOLE

- Revoir systematiquement le patient en consultation au bout d'un mois
- Reprogrammer CD si récupération incomplète ($< 120^\circ$ en élévation)
- Poursuite de la rééducation
- Revoir le patient à 3 mois puis à 6 mois.

RESULTATS

- Thèse R. PAGNOT 2004
- **Etude rétrospective de 20 dossiers de capsulodistension pour des capsulites rétractiles de l'épaule**
- Capsulites SEVERES (72%)
- 18/20 ⇨ RRF
- Etiologies :
 - 55% causes locales ou traumatiques
 - 36% idiopathiques
 - 9% AVC

RESULTATS à J15

- EVA : 7 \Rightarrow 3
- Élévation 80° \Rightarrow 124° (+ 44°)
- Abduction : 70° \Rightarrow 102° (+ 32°)
- Rotation Externe : 20° \Rightarrow 42° (+ 22°)

RESULTATS à 1 AN

- Evaluation téléphonique sur la qualité de vie 11 mois en moyenne après la CD
 - 23% R. Complète
 - 59% R. Partielle
 - 18% Echec

LITTERATURE

- Résultats contradictoires
- Protocoles disparates :
 - Volumes 25 ml ► 90 ml
 - Avec ou sans corticoïdes
 - Solution saline iso ou hypertonique
 - Injection de gaz
 - Obtention rupture capsulaire
 - Mobilisation passive immédiate sur la table
 - Port systématique attelle abduction

Cochrane Database Syst Rev. 2008 Jan 23;(1)
Arthrographic distension for adhesive capsulitis (frozen shoulder).
Buchbinder R1, Green S, Youd JM, Johnston RV, Cumpston M.

- Cinq essais avec 196 personnes ont été inclus
- Capsulodistension + infiltration de stéroïdes > placebo pour la douleur et la raideur articulaire à 3, 6 et 12 semaines

TECHNIQUES CHIRURGICALES

- Mobilisation sous AG : abandonnée car complications à type de ruptures tendineuses
- **Capsulotomie** sous arthroscopie :
 - **Antérieure** (section des ligaments gléno-huméral moyen et coraco-huméral) 
Rotation Externe
 - **Postérieure**  Rotation Interne
 - **Inférieure** (section du ligament gléno-huméral inférieur et résection fibreuse)  Elévation et abduction
 - **80%** bons résultats

CAPSULITE ET MALADIE PROFESSIONNELLE N°57

- Le décret n° 2011-1315 du **17 octobre 2011** a révisé et complété le tableau de n° 57 exclusivement pour les pathologies de l'épaule
- Il a été précisé que l'intitulé « **épaule enraidie succédant à une épaule douloureuse simple** » concernait uniquement les omarthroses excentrées succédant à une rupture de la coiffe
- Les capsulites rétractiles sont de fait **exclues** de ce dispositif

CONCLUSION

- La capsulite rétractile est une affection bénigne de l'épaule mais invalidante dont l'évolution est prolongée dans le temps
- La capsulodistension est un traitement efficace de cette affection et elle doit être réalisée le plus précocément possible
- Sa réussite est conditionnée par une bonne coordination entre le médecin traitant pour le dépistage, le rhumatologue (et/ou le radiologue) et le kinésithérapeute pour le traitement.