

L'ÉPAULE HÉMIPLÉGIQUE DOULOUREUSE

A. Hajjioui^{*(1,3)}, M. Fourtassi^{*(2)}

*Professeur assistant en Médecine Physique et de Réadaptation

⁽¹⁾ Laboratoire des neurosciences cliniques. Faculté de Médecine et de Pharmacie. Université Sidi Mohammed Benabdallah. Fès

⁽²⁾ Faculté de médecine et de pharmacie. Université Mohammed Premier. Oujda.

⁽³⁾ Service de médecine physique et de réadaptation. CHU Hassan II. Fès

La douleur de l'épaule est une complication très fréquente après AVC, souvent responsable d'une altération de la qualité de vie et d'un retard de la récupération fonctionnelle en limitant les activités de rééducation. Les causes de cette douleur sont variables, mais essentiellement dominées par l'algodystrophie, la capsulite rétractile ou encore la subluxation de l'épaule, en plus de la spasticité et des conflits tendineux assez fréquents dans cette population. Les douleurs de l'épaule chez l'hémiplégique peuvent disparaître complètement, dans 80% des cas, si le est diagnostic précoce et la prise en charge adaptée. Cependant, 20% des patients douloureux vont avoir une évolution vers la chronicité d'une douleur souvent rebelle et réfractaire aux thérapeutiques habituelles.

Dans cet article, nous allons nous limiter aux principales causes de douleur de l'épaule parétique, en résumant les différentes possibilités de prise en charge en Médecine Physique et de Réadaptation.

LA SUBLUXATION GLÉNO-HUMÉRALE

La subluxation gléno-humérale consiste en un déplacement de la tête humérale par rapport à la cavité glénoïde. En règle générale, dans la pratique clinique, il s'agit d'un déplacement vers le bas (subluxation inférieure), dû à la traction réalisée par le poids du membre supérieur et au relâchement des moyens actifs de coaptation de la tête humérale, dont la coiffe des rotateurs par faiblesse musculaire.

Son incidence est variable selon les études, mais généralement estimée autour de 50%. Elle survient essentiellement à la phase aiguë avec une fréquence maximale lors des 3 premières semaines, notamment en cas d'hémiplégie flasque.

La subluxation gléno-humérale peut être une source directe de douleur de l'épaule en entraînant un étirement excessif des structures ligamentaires et capsulaires, riches en terminaisons nerveuses, ou un étirement tendineux excessif à l'origine de lésions ischémiques. Par ailleurs, une subluxation de l'épaule non douloureuse peut être une situation prédisposante à d'autres causes de douleur de l'épaule telle l'algodystrophie.

Le diagnostic peut être porté par la simple palpation mettant en évidence un espace vide entre le bord inférieur de l'acromion et la tête humérale qui est palpée à quelques centimètres au dessous de la glène, chez un patient assis, avec son membre supérieur en position pendante. Dans des situations de doute clinique, on peut faire appel à l'imagerie médi-

cale pour mettre en évidence ce déplacement de la tête par rapport à la glène (Fig 1).

La contention du membre supérieur hémiplégique dans les positions assise et debout, reste la principale recommandation chez les patients présentant une subluxation de l'épaule, ainsi que chez ceux présentant une paralysie flasque des muscles de l'épaule, les prédisposant à développer une subluxation de l'épaule. Cette contention doit être adaptée à la situation, notamment avec installation d'un plateau d'appui du membre supérieur sur la chaise roulante pour hémiplégique (Fig 2). La technique de strapping qui consiste à placer des bandes élastiques autour de l'épaule pour maintenir sa coaptation, a une efficacité controversée sur la réduction de l'incidence des sub-luxation et de leurs conséquences fonctionnelles et douloureuses.

La stimulation électrique fonctionnelle des muscles sus-épineux et deltoïde est une technique prometteuse de prévention des sub-luxations en post-AVC. Elle consiste à placer des électrodes superficielles ou percutanées afin d'entraîner une contraction des muscles coaptateurs de l'épaule. Son efficacité sur la réduction de l'incidence des subluxations en phase aiguë a été documentée dans plusieurs études. Cependant, son usage reste limité en pratique quotidienne du fait de son intolérance par certains patients (douleurs induites par la stimulation), la nécessité d'un thérapeute entraîné pour bien placer les électrodes et la contrainte dans les activités de vie quotidienne du fait de la longue durée d'utilisation (en moyenne 6 heures par jour).

LA CAPSULITE RÉTRACTILE

La capsulite rétractile, encore appelée capsulite adhésive ou épaule gelée, fait référence à un épaississement et rétraction de la capsule articulaire de l'épaule, responsable d'une limitation souvent importante des amplitudes articulaires. Elle est fréquente chez l'hémiplégique vasculaire et constitue une cause majeure des douleurs de l'épaule en post-AVC, surtout dans sa phase inflammatoire.

À l'examen clinique, la limitation des amplitudes articulaires de l'épaule en rotation externe et en abduction, associée à la douleur est un signe d'alerte devant faire rechercher une capsulite de l'épaule. Le diagnostic est souvent plus problématique chez l'hémiplégique que dans la population générale du fait de la multitude des causes pouvant être à l'origine de la limitation articulaire, notamment la douleur (d'autre origine), ou la spasticité des rotateurs internes et adducteurs de

L'ÉPAULE HÉMIPLÉGIQUE DOULOUREUSE

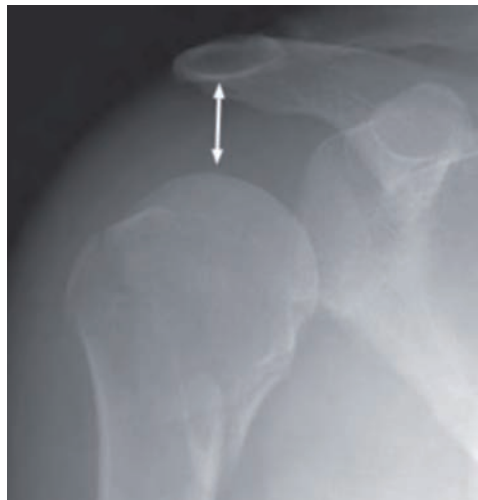


Fig. 1 : Radiographie épaule montrant une subluxation inférieure chez un patient hémiplégique



Fig. 2 : Prévention de la sub-luxation de l'épaule par bonne installation au fauteuil (à gauche) et par écharpe de contention (à droite)

l'épaule qui est assez fréquente à la phase post-aiguë. En cas de doute clinique, un arthro-scanner de l'épaule peut confirmer le diagnostic en montrant une réduction de la cavité intra-articulaire de la gléno-humérale.

Le traitement repose sur le contrôle de l'inflammation avec traitement efficace de la douleur, notamment par des injections intra-articulaires de corticostéroïdes, associées à une kinésithérapie active visant la récupération maximale des amplitudes articulaires limitées. Dans certaines situations réfractaires, on peut être amené à réaliser une arthro-distension capsulaire qui consiste à distendre mécaniquement la capsule par l'injection d'une quantité conséquente (autour de 20cc) de sérum physiologique associé à des anesthésiques locaux en intra-articulaire.

Des traitement visant à diminuer la spasticité locale (toxine botulinique) devraient être associés en cas de besoin.

LE SYNDROME RÉGIONAL DOULOUREUX COMPLEXE DE TYPE I

Ce syndrome, fréquemment appelé algo-neuro-dystrophie, ou syndrome épaule-main, est la conséquence d'un dérèglement du système nerveux autonome accompagnant les pathologies neurologiques dont l'AVC. Son incidence est variable chez les hémiplégiques vasculaires, allant de 12 à 70% selon les études, avec une prédilection chez les patients souffrant de déficits proprioceptifs et visuo-spatiaux comme la négligence spatiale unilatérale.

La physiopathologie de ce syndrome reste obscure, avec une implication probable de troubles de la micro-circulation et du système sympathique.

Le diagnostic est essentiellement clinique, basé sur l'association de plusieurs signes évocateurs, évoluant en trois phases caractéristiques : une première phase, chaude ou inflammatoire, caractérisée par la rougeur, l'oedème et la douleur manifeste au niveau de la main et de l'épaule mais épargnant le coude, suivie d'une phase dite froide, caractérisée par une réduction de la douleur, une diminution de la température

des tégument et une limitation articulaire avec atrophie débutante et enfin, une phase rétractile ou séquellaire caractérisée par une rétraction cutanée et une raideur articulaire souvent fixée.

Le traitement est basée essentiellement sur la kinésithérapie de mobilisation douce permettant de prévenir les limitations articulaires ou de récupérer des amplitudes fonctionnelles. Les traitements pharmacologiques ont pour principal objectif de réduire la douleur et de faciliter la réalisation de la kinésithérapie qui sera douce, progressive et surtout infra-douloureuse.

La prise en charge en kinésithérapie comprend en plus des mobilisations douces, des bains alternatifs (immersion dans de l'eau chaude, puis dans de l'eau froide du membre atteint) pour lutter contre l'oedème et les troubles trophiques, et la mise au repos des articulations douloureuses dans des attelles spécifiques respectant les positions de fonction, en dehors des séances. D'autres traitements plus spécifiques peuvent être proposés dans les cas réfractaires, comme les infiltrations intra-articulaires de corticoïdes, la calcitonine ou certaines classes de biphosphonates.

MESURES PRÉVENTIVES

Comme cela vient d'être décrit, la douleur de l'épaule en post-AVC peut avoir différentes causes avec des conséquences majeures sur le pronostic fonctionnel et la qualité de vie des patients. Ainsi, la prévention de ces douleurs reste essentielle et doit être prise en compte dans toutes les phases de prise en charge de ces patients. La principale mesure préventive est sans doute l'installation correcte du patient au lit et sur sa chaise avec contention protectrice du membre supérieur parétique.

Par ailleurs, toute personne interagissant avec le patient (soignants, rééducateurs, famille) doit être formée aux bases de la manutention pour éviter de tirer sur le bras parétique lors des déplacements ou des transferts du patient. En effet, ces tractions intempestives peuvent être une cause de douleur de l'épaule.