

LA CAPSULITE

DOMAINE MUSCULO SQUELETTIQUE

Généralités

La capsulite ou épaule gelée est une **raideur idiopathique de l'épaule**.

Le pathomécanisme n'est toujours pas connu : l'inflammation, la fibrose ou encore la contracture capsulaire participeraient à expliquer le tableau clinique.

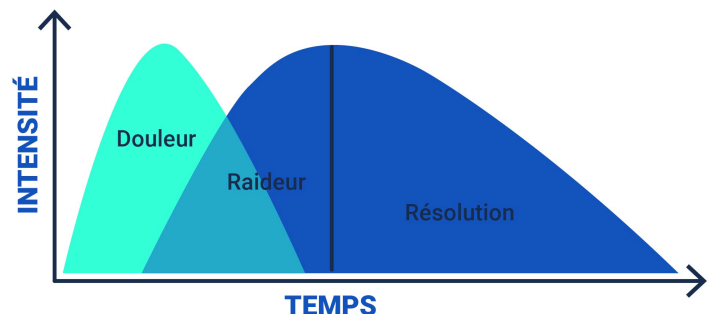
Les facteurs de risques sont :

- un **genre féminin**,
- un **âge entre 40 et 60 ans**,
- une **pathologie thyroïdienne**,
- une **hyperlipidémie**,
- une **immobilisation prolongée**.

Sa prévalence est de 0,75%, et est plus élevée chez les personnes ayant un diabète (la prévalence y est supérieure de 8 à 10x). Cela peut donc être un signe d'appel pour un dépistage.

Tableau clinique

Classiquement, l'installation est progressive, avec l'apparition de **douleurs dans la zone deltoïdienne** irradiant peu ou pas dans le reste du bras, mais pouvant être très invalidantes. La présence de **douleurs nocturnes** est caractéristique de la première phase, puis dans un second temps une **raideur** apparaît avec une **diminution des amplitudes actives et passives de l'épaule**.



La **perte d'amplitude en rotation latérale coude au corps (RL1)** est caractéristique de la capsulite. En présence de ce signe et dans l'absence d'autres origines possibles on retiendra ce diagnostic.

Diagnostic différentiel et red flags

Dans le **cas de douleurs en lien avec la coiffe des rotateurs**, on ne retrouvera pas de perte majeure des amplitudes passives.

Dans le cas d'**arthroses gléno-humérale ou acromio-claviculaire**, on pourra avoir un tableau clinique proche. On retrouvera une limitation dans toutes les amplitudes sans limitation franche de la rotation latérale.

Dans le cas d'une **douleur référée cervicale**, on ne retrouve pas de limitation majeure de la rotation latérale bien que celle-ci puisse être présente a minima. Dans ce cas, la position de la tête influence les symptômes.

Les **autres diagnostics** auxquels penser sont : tendinopathie du long biceps, maladies inflammatoires chroniques, cancer ostéophyle ou une tumeur de Pancoast Tobias, les atteintes cardiaques (infarctus si en lien avec des composantes d'effort, d'essoufflement).

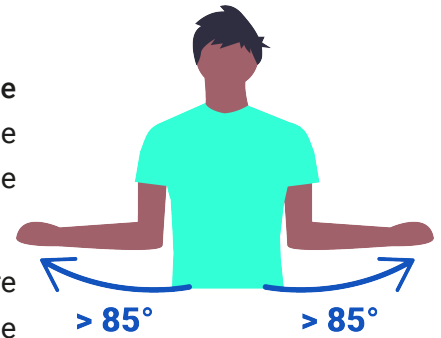
Les raideurs d'épaules dont l'étiologie est connue sont qualifiées d'épaules raides.

Évaluation

Le patient décrit fréquemment des douleurs lors de gestes de la vie quotidienne avec parfois une forte irritabilité de l'articulation. Un simple geste déclenchant des douleurs persistantes pour 2 à 3 jours (enfiler une veste, saisir la ceinture de sécurité en voiture).

L'objectivation des amplitudes passives retrouve une élévation antérieure et une élévation latérale $< 100^\circ$, la rotation latérale $< 30^\circ$ ou diminuée de plus de 50% comparativement.

Le patient se plaint de douleurs nocturnes.



Pronostic

Bien que l'évolution soit majoritairement favorable, l'idée que la récupération est complète pour tous les patients sans traitement 1 an à 2 ans après les premiers signes semble être erronée. Les patients peuvent garder des séquelles à type de perte de mobilité et ce malgré des traitements rééducatifs bien menés jusqu'à 3 à 11 ans après les premiers symptômes.

Objectifs

L'objectif principal des patients ayant une capsulite est de retrouver une articulation non douloureuse rapidement, d'autant plus s'ils ont des douleurs nocturnes. La récupération de la mobilité est fréquemment l'objectif secondaire afin de retrouver la pleine fonction de leur membre supérieur.

Plan de traitement

Lors de la première phase souvent appelée phase chaude, évitez de déclencher toute douleur pendant ou après le traitement, utilisez toute technique pouvant avoir un effet antalgique.

Rééducation :

- Des auto-mobilisations actives dans les amplitudes permises en phase chaude
- Un programme d'étirements quotidiens
- Les mobilisations passives dans toutes les amplitudes en fonction de la douleur induite semblent plus utiles en phase raide (phase froide)
- L'utilisation d'ergomètres (vélo à bras) semble présenter un intérêt
- Utilisez dès que possible du renforcement non douloureux

Éducation :

- Conseillez l'injection de corticostéroïdes dans les présentations douloureuses de moins de 6 mois
- Expliquez à votre patient ce qu'est une capsulite
- Encouragez l'usage du membre supérieur en fonction des réactions douloureuses
- Éduquez quant à la réactivité exacerbée de l'épaule et de la durée de la récupération
- Gérez les facteurs psycho-sociaux pouvant contribuer à la problématique de la prise en charge

Suivi et réévaluation

Score de Constant

La quantification de la douleur au moyen d'une EVA ou EVN permet d'identifier la tendance au passage en deuxième phase (froide).

L'utilisation de la **PSFS** pour évaluer régulièrement des gestes simples comme l'habillement du haut du corps, le port de charge (courses alimentaires), la toilette.

La **disparition d'un Shrug sign** fréquemment présent est un bon signe de récupération.

Les **amplitudes d'épaule** et notamment les **élevations** ainsi que toutes les **rotations latérales** font partie des éléments essentiels de suivi de la récupération.