

PATHOLOGIE DEGENERATIVE ACROMIO-CLAVICULAIRE ET ARTHROSCOPIE

Grégoire CIAIS et Jean GRIMBERG

Clinique Jouvenet, Paris

Hôpital Ambroise Paré, Paris



L'arthropathie AC est fréquente et croît de manière importante avec l'âge

- Elle est extrêmement fréquente et s'accroît avec l'âge

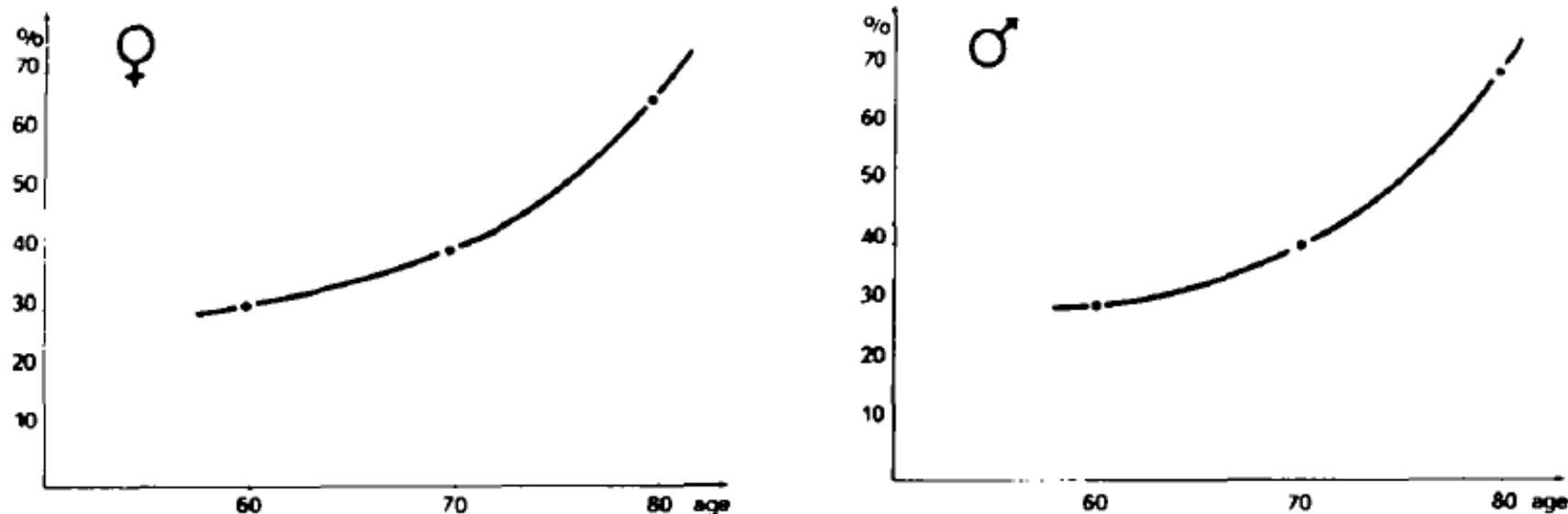


Fig. 7. The incidence of arthrosis of the acromioclavicular joint increases with age both in females (a) and males (b) and doubles in the eldest age group.

Horvath et Kery, Arch Geront Geriatr, 1984

Mais elle n'est pas toujours symptomatique

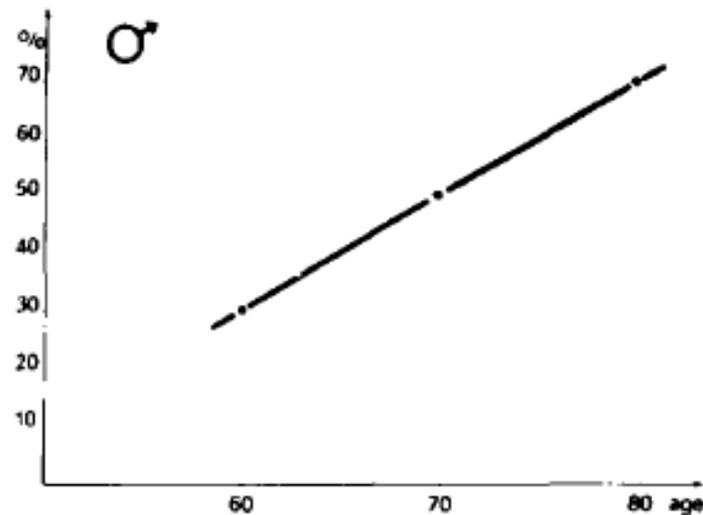
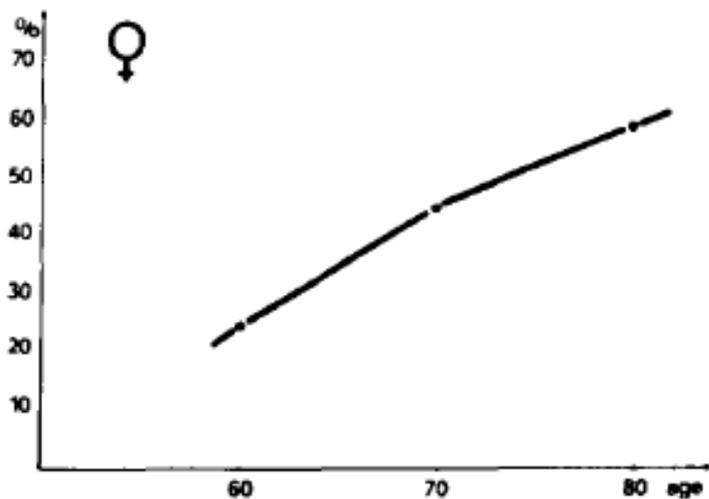


Fig. 9. Clinical symptoms become more frequent with age both in females (a) and in males (b).

Et est rarement isolée

- Associée à une autre pathologie de l'épaule dans 75 à 98% des cas
 - Coiffe
 - Biceps
 - Arthropathie GH
- Ce qui peut induire des difficultés diagnostiques et thérapeutiques



Etiologies

- **Arthropathie dégénérative** : l'immense majorité des cas
- **Arthropathie « micro-traumatique » du sportif**
 - Haltérophiles
 - Sports avec armé/lancé
- **Arthropathie infectieuse**
- **Arthropathie microcristalline/rhumatismale**

Clinique

- Elle irradierait plus volontiers vers le trapèze que vers le bras (Gerber et al JSES 1998)
- L'association à d'autres pathologies peut rendre cette localisation peu spécifique



Cliniquement : y a-t-il des tests spécifiques de l'arthropathie AC ?

- **Test de Paxinos** : squeezing entre bord post acromion et bord antéro-latéral de l'acromion
- **Test de Hawkins**
- **Abduction contrariée horizontale**
- Peu spécifiques...



Cliniquement : y a-t-il des tests spécifiques de l'arthropathie AC ?

- **Cross arm test : adduction horizontale**

- Décrit par Mac Laughlin en 1951
- Van Riet et al JSES 2011 : 98% sensibilité

- **Test de O'Brien**

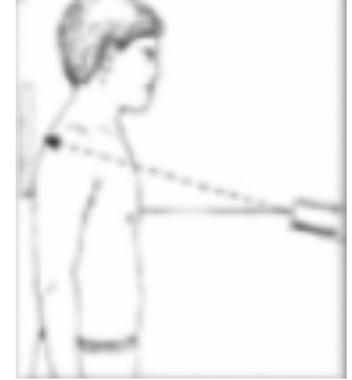
- Décrit en 1998
- Menge et al South Med J 2014 : 95% de spécificité

- Associer les deux serait théoriquement la meilleure combinaison

Cliniquement : y a-t-il des tests spécifiques de l'arthropathie AC ?

- Krill et al Phys Sports Med 2017
- Analyse de 5 tests cliniques
 - Palpation direct
 - Signe de Paxinos
 - Hawkins
 - Cross arm
 - O'Brien
- **Palpation directe + O'Brien :**
97% spécificité
- **Signe de Paxinos + Hawkins :**
96% sensibilité
- **Mais il est tout aussi important d'utiliser**
 - ATCD
 - Histoire clinique
 - résultat d'une infiltration AC sous contrôle radio ou écho

Qu'en est-il des examens complémentaires ?



- **Incidence de Zanca** ascendante.
- **IRM :**
 - œdème osseux claviculaire ou acromial
 - Stein JSES 2006 :
 - 80% des 25 patients symptomatiques,
 - 0% des 50 patients asymptomatiques
 - Frigg et al JSES 2019 :
 - 15% des patients asymptomatiques...
 - Veen 2018 JSES : oedeme osseux + épanchement articulaire = conflit supra-épineux
- **Scintigraphie** : reste la meilleure SP + SE Walton 2004 JBJS
 - Se : 82% , Sp 70% en association avec le test de Paxinos

Examens complémentaires



Infiltration

- « **Gold standard** » : sous contrôle écho/radio et SANS aucune fuite sous acromiale
- En fait aucune étude n'est faite pour le diagnostic mais toujours pour le traitement (AL + corticoïdes)



Que faire en cas d'arthropathie asymptotique ?

- Arthropathie asymptotique diagnostiquée à l'IRM le reste dans 90% 7 ans après (Frigg et al 2019 JSES)
- Ne pas y toucher !!

Traitement conservateur

- Infiltration de corticostéroïde
- 28% est efficace stable dans le temps

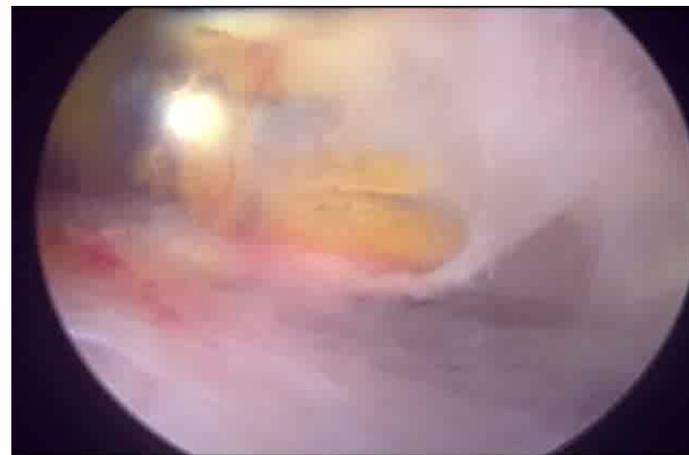
Traitement chirurgical : technique de la résection AC arthroscopique

- Installation : beach chair est à priori plus simple mais pas obligatoire
- Voie d'abord : antérieure, sous contrôle vidéo, à l'aiguille



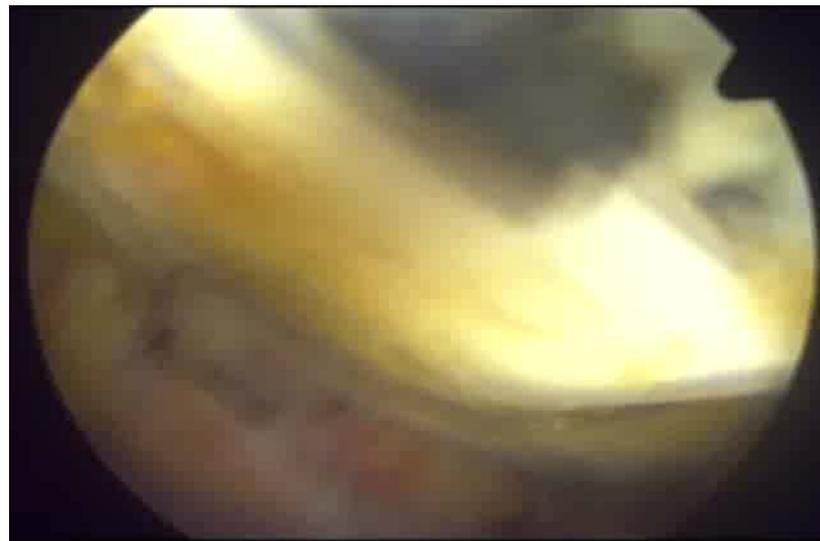
Traitement chirurgical : technique de la résection AC arthroscopique

- Bursectomie sous acromiale : par voie latérale
- Répérage de l'articulation acromio-claviculaire : suivre le bord antérieur de l'acromion



Traitement chirurgical : technique de la résection AC arthroscopique

- Une fois l'articulation repérée, il faut la dégager afin de la visualiser entièrement

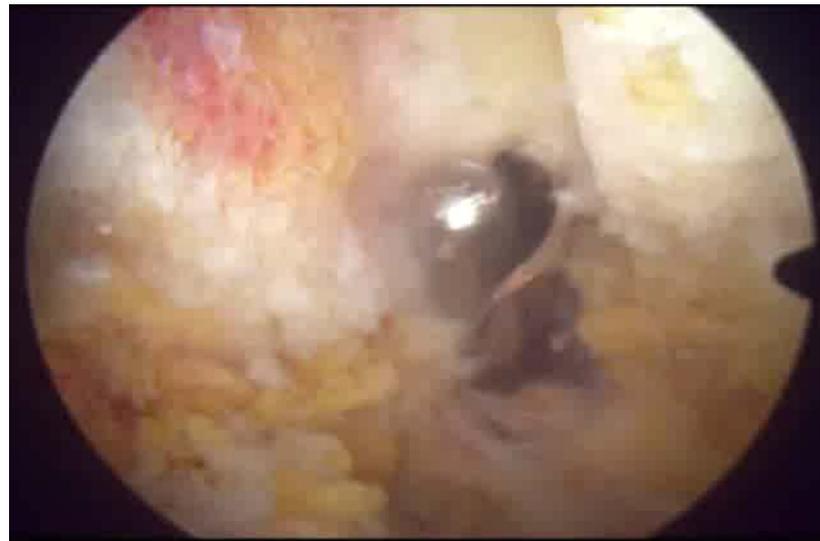


Traitement chirurgical : technique de la résection AC arthroscopique

- La voie d'abord antérieure permet à la fois de traiter les lésions du sous scapulaire et de réséquer l'articulation acromioclaviculaire
- Pour l'articulation acromioclaviculaire, il suffit d'être plus horizontal.

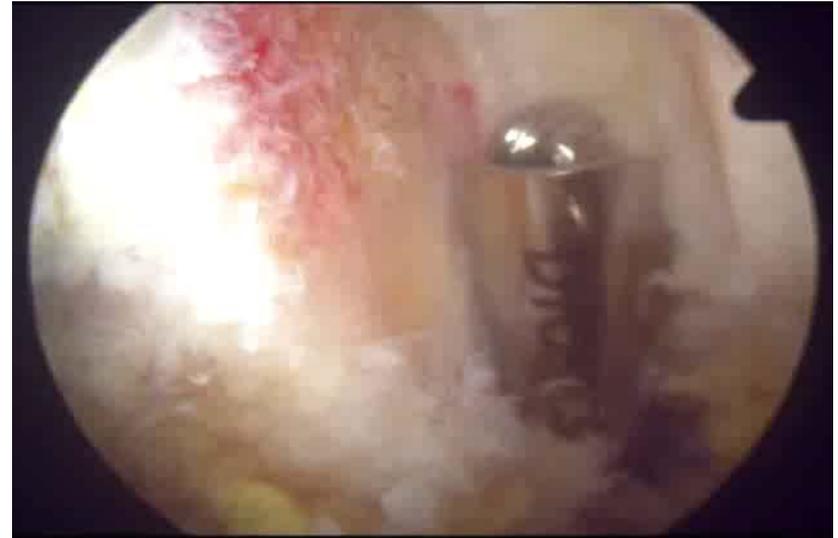


Traitement chirurgical : technique de la résection AC arthroscopique



Traitement chirurgical : technique de la résection AC arthroscopique

- Résultats équivalents sous @ ou à ciel ouvert
- Pour ne pas déstabiliser l'articulation et ne pas laisser de conflit :
 - Résection de 5 à 10 mm
 - Ne pas détruire le ligament AC supérieur



Indications

- Certaines ne posent pas de problème car isolées : arthropathie micro-traumatiques
- Les résultats sont invariablement bons
- D'autres sont plus controversées : en particulier en cas d'association avec une rupture de coiffe

Coiffe et Résection AC

- 2 Méta-analyses à partir de 3 articles coréens de niveau I : Kim et al Arch Orthop Trauma Surg 2011, Oh et al AJSM 2014, Park et al AJSM 2015
 - RCR avec ou sans résection AC
 - Aucune différence sur douleurs, Scores de Constant et ASES
 - Risque d'instabilité AC

Coiffe + Résection AC

- Chalmers et al KSSTA 2015
 - 894 réparations de coiffe isolées sans résection AC : taux de révision pour résection AC = 1,1%
 - **FDR** : douleur AC préop, sexe féminin, côté dominant
 - **Si 3 FDR associés** : 40% de risque de révision pour résection AC

Coiffe + Résection AC

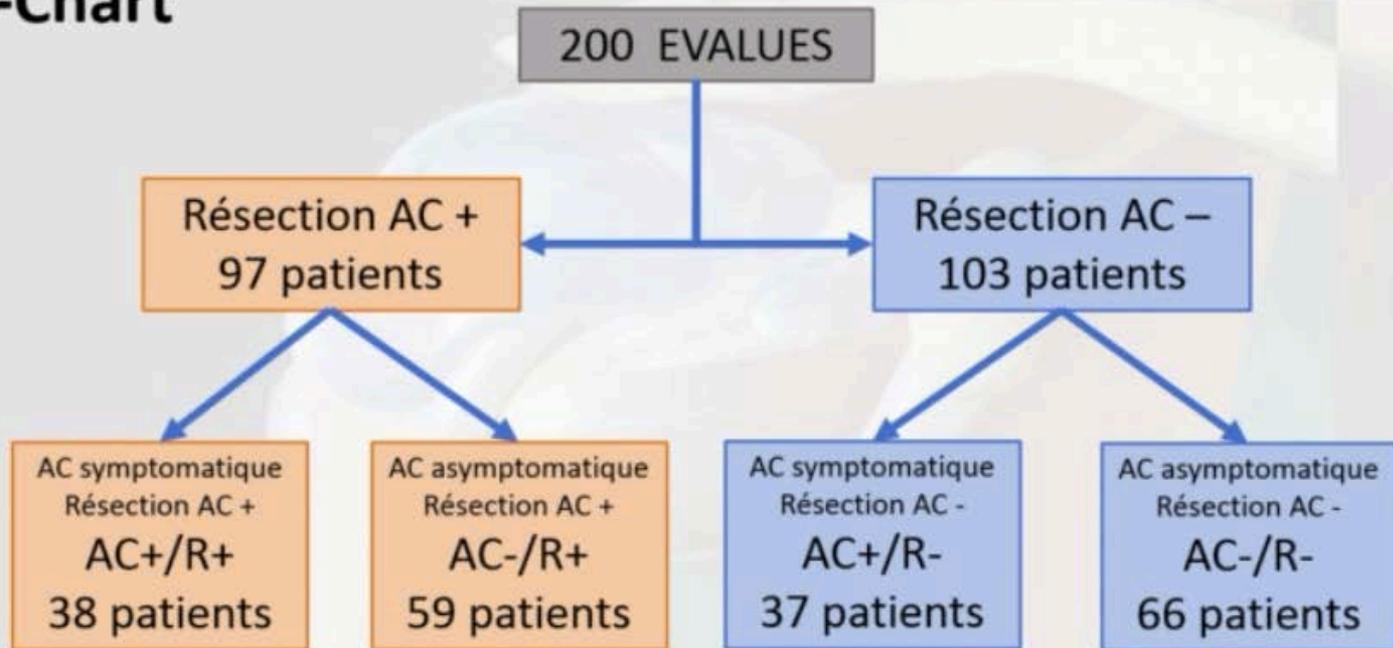
- Impact économique :
 - 15 mn de temps additionnel
 - Estimation de la minute de bloc = 10,8€/mn
 - Coût additionnel = 108 à 162 €

Symposium épaule SFA 2019

- 200 patients avec lésion de coiffe stade I ou II
- Etude de niveau 1 :
 - randomisation en simple aveugle : résection (RAC+ 97 patients) ou absence de résection (RAC- 103 patients) : deux groupes comparables
 - Quels que soient les symptômes au niveau de l'AAC

Symposium épaule SFA 2019

Flow-Chart

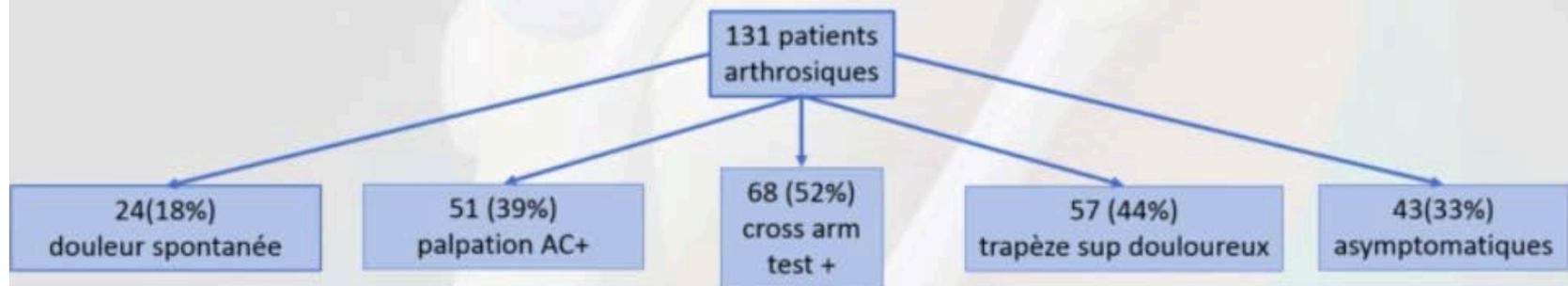


Symposium épaule SFA 2019

Qui a mal à son AC ?

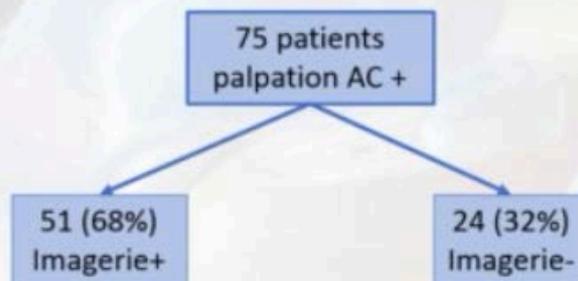
Pas de profil type

Symptomatologie variable :



Symposium épaule SFA 2019

Y-a-t-il une corrélation clinique/Rx Standard ?



Si on a une AC symptomatique, on a 1 chance/3 de ne pas avoir d'arthrose AC !

Si on a une AC asymptomatique, on a 1 chance/1,6 d'avoir de l'arthrose AC !!!

Corrélation clinique-Rx Standard faible

Symposium épaule SFA 2019

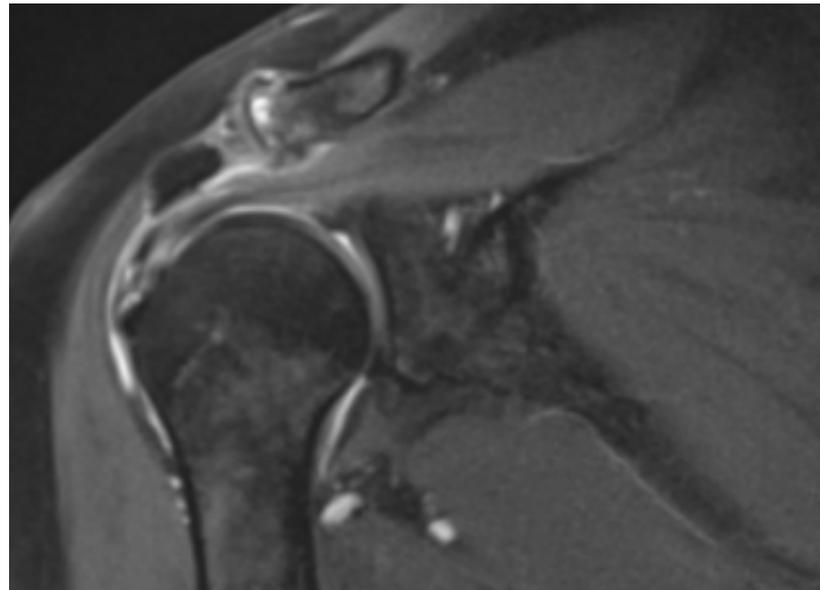
- Si les signes cliniques sont présents, le score de Constant est significativement moins bon
 - - 5 points si douleur à la palpation
 - -7 points si cross arm test + et trapèze douloureux

	Sensibilité	Spécificité	VPP	VPN
Palpation AC	39%	33%	53%	22%
Cross arm test	51%	45%	68%	37%
Palpation trapèze sup	43%	57%	65%	34%

- En revanche, la présence d'une atteinte radiographique AC n'influence pas le score de Constant

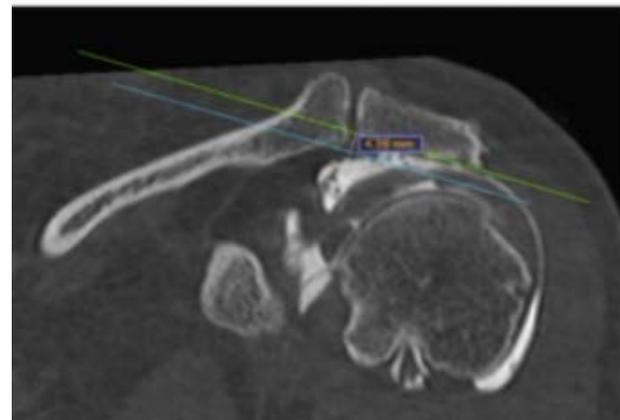
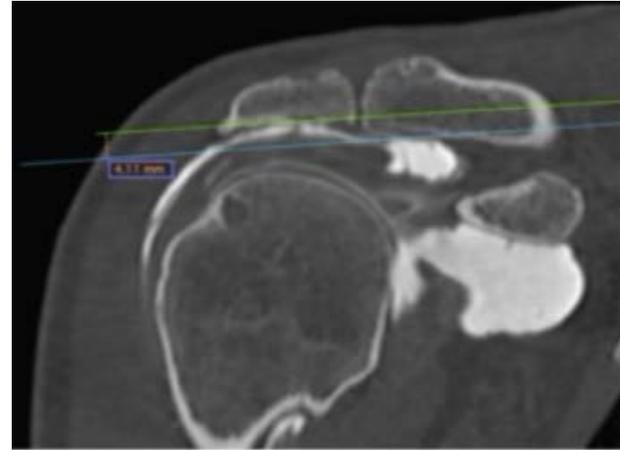
Symposium épaule SFA 2019

- IRM réalisée chez 141 patients :
 - oedème osseux 44%,
 - corrélé au sexe féminin et présence d'une arthrose,
 - pas corrélé aux signes cliniques pré-opératoires
 - Pas corrélé aux résultats cliniques avec ou sans résection



Symposium épaule SFA 2019

- Scanner
 - Angulation entre clavicule et acromion et contact osseux = aucun intérêt clinique
 - Débord inférieur
 - 74% des cas
 - ostéophyte inférieur :
 - 62% des cas
 - Aucune différence de résultat entre patients avec ou sans résection AC



Symposium épaule SFA 2019

- Suivi prospectif à un an.
- Résultats cliniques identiques SAUF
 - Meilleure RE1 dans le groupe non réséqué. (59/56)
 - SSV en faveur du groupe non réséqué(90%/86%)
- Plus de douleurs résiduelles dans le groupe réséqué (37%/22%)
- Plus de douleur quand résection excède 11 mm

	Douleur sup épaule
R+ < 11mm	42%
R+ > 11mm	60%
P	0,01



Symposium épaule SFA 2019

- En cas de palpation AC douloureuse : intérêt : NON : RAC : douleurs dans 23% des cas
- En cas d'AC non douloureuse : SSV moins bons (92% vs 86%) , douleurs plus fréquentes :10% de douleurs résiduelles
- Donc aucun intérêt à un an.

QUE RETENIR ?

- L'atteinte articulaire AC est fréquente et augmente avec l'âge
- Elle n'est pas toujours symptomatique
- Il n'y a pas de signes spécifiques
- Le diagnostic repose sur un faisceau d'arguments
 - Cliniques : douleur localisée + Paxinos + CA test + O'Brien
 - Radiologiques : RX + IRM +/- scanner
 - Et surtout : infiltration bien faite

QUE RETENIR ?

- NE PAS réséquer une AAC asymptomatique
- En cas d'AAC symptomatique : évaluer au cas par cas en privilégiant l'association : douleur AC + sexe féminin + côté dominant car taux de révision pour AAC dans ce cas = 40% (1,1% globalement après RCR)
- Techniquement :
 - Résection entre 5 et 10 mm
 - Respecter ligament AC supérieur