

FICHE

Prise en charge des tendinopathies de la coiffe des rotateurs

Validée par le Collège le 31 août 2023

Mis à jour en janv. 2024

L'essentiel

- Le traitement principal est médico-fonctionnel : antalgiques, AINS, kinésithérapie, infiltration de dérivés cortisonés, éducation et conseils (dont conseils de prévention individuelle et professionnelle).
- À ce jour, les injections d'acide hyaluronique ou de plasma riche en plaquettes n'ont pas démontré leur efficacité dans le syndrome douloureux sub-acromial.
- La radiographie standard permet d'éliminer un certain nombre de diagnostics différentiels. Elle est indispensable en première intention (après 4 à 6 semaines d'évolution). La prescription de l'échographie ou de l'IRM sera décidée selon la réévaluation clinique.
- Le recours à un médecin spécialiste de l'épaule (rhumatologue, médecin de médecine physique et de réadaptation (MPR), médecin du sport ou chirurgien orthopédique) est utile en l'absence d'évolution favorable des symptômes.
- Dans la tendinopathie non rompue de la coiffe des rotateurs, la chirurgie n'a pas démontré son intérêt dans l'état actuel des connaissances et ne peut se discuter qu'en cas d'échec d'une prise en charge médico-fonctionnelle bien conduite.

Cette fiche concerne la prise en charge des pathologies de la coiffe des rotateurs non traumatiques et non hyperalgiques.

Prise en charge initiale

Maintien des activités tolérables
Antalgiques +/- AINS (en l'absence de contre-indication)
Éducation – conseils, réassurance
Prise en charge de la perte d'autonomie chez le sujet âgé

Évolution favorable

Persistance des symptômes à 4 à 6 semaines

Réévaluation clinique

Radiographies de l'épaule douloureuse (si besoin bilatérales et comparatives), pour éliminer un diagnostic différentiel :

- Face (rotations neutre, interne et externe)
- Faux profil de Lamy

- Adaptation du traitement médicamenteux
- **Masso-kinésithérapie** (bilan et prise en charge)
- Réalisation, si nécessaire et, selon la balance bénéfices-risques, **une à deux infiltration(s) sub-acromiale(s) de dérivés cortisonés** selon une méthode et une procédure choisies par l'opérateur

Évolution favorable

Persistance des symptômes

Réévaluation clinique

OU

Réévaluation thérapeutique et concertation avec le masso-kinésithérapeute

Réévaluation du contexte (professionnel ou autre), recherche d'une perte d'autonomie

Si nécessaire à l'orientation diagnostique ou thérapeutique :

- une **échographie** par un échographiste expérimenté de l'appareil locomoteur **ou**
- une **IRM**

Si besoin :
Avis spécialisé (rhumatologue, MPR, médecin du sport, chirurgien orthopédique)

Selon besoin

Avis spécialisé (dont médecin du travail, gériatre...)

Et/ou prise en charge pluriprofessionnelle dans le cadre d'un exercice coordonné en fonction des ressources

		Modalités	Grade
Pre-mière intention	Conseils	Pas d'immobilisation, poursuite des activités tolérables, maintien de l'activité professionnelle en fonction des contraintes et de la limitation fonctionnelle	AE
	Paracétamol associé ou non aux antalgiques de palier 2 selon l'intensité de la douleur	<p>Précautions particulières chez les patients de plus de 75 ans :</p> <ul style="list-style-type: none"> – la dose maximale de paracétamol recommandée est de 3 g/j chez les patients âgés pesant plus de 50 kg. Pour les patients de plus faible poids, la posologie de paracétamol sera ajustée selon leur poids à des posologies inférieures ; – la prescription d'antalgiques de palier 2 doit être faite avec prudence, en raison du risque d'effet indésirable ; – pour limiter le risque iatrogène, un traitement infiltratif peut être préférable à un traitement général dans un contexte de polyopathie. 	AE
	AINS, en cas de douleur aiguë, en association aux antalgiques	<p>À dose anti-inflammatoire, en cure courte, en l'absence de contre-indication, en association avec des IPP si besoin¹</p> <p>Il est indispensable d'évaluer le rapport bénéfices/risques de la prescription des AINS chez les sujets âgés. La posologie doit être adaptée au profil du patient et la plus courte possible. Les infiltrations sub-acromiales de dérivés cortisonés peuvent être préférables chez ces patients.</p>	B
Deuxième intention	Kinésithérapie	<p>Le programme de kinésithérapie nécessite au minimum :</p> <ul style="list-style-type: none"> – un bilan initial (bilan diagnostique kinésithérapique) ; – le recentrage actif de la tête humérale ; – un travail de renforcement progressif de la coiffe des rotateurs et du complexe musculaire de l'épaule (muscles scapulo-thoraciques et deltoïde) ; – un travail de récupération et/ou d'entretien des amplitudes articulaires ; – la thérapie manuelle, en association avec les autres techniques actives ; – un travail de correction de la posture du rachis et de la ceinture scapulaire ; – un travail du schéma sensorimoteur – proprioception ou contrôle neuromusculaire ; – l'apprentissage d'un programme d'auto-rééducation ; – un travail de lutte contre la kinésiophobie et autres facteurs prédictifs d'une moins bonne réponse. <p>Le rythme, la durée et la fréquence des séances sont adaptés à l'évolution des symptômes et réévalués régulièrement. Une amélioration clinique est attendue au bout de 6 semaines à 3 mois.</p>	B
	Infiltration sub-acromiale de dérivés cortisonés	<p>Des radiographies de l'épaule douloureuse doivent être réalisées avant l'infiltration.</p> <p>Le dérivé cortisoné injecté reste au choix de l'opérateur, en respectant les AMM des produits pour une injection péri-articulaire. Le choix de la méthode (voie d'abord, volume injecté, repérage clinique ou par imagerie) revient à l'opérateur. Deux infiltrations doivent être espacées d'au minimum 3 semaines. Un compte-rendu d'infiltration doit être rédigé.</p> <p>Une infiltration sub-acromiale peut être pratiquée sous anti-agrégants plaquettaires et AVK (si INR < 3, à contrôler avant le geste)². Concernant les anticoagulants oraux directs : une fiche de bon usage du médicament propose, lors d'interventions entraînant un risque de saignement mineur, telles que les injections en rhumatologie, d'interrompre le traitement pendant 24 heures avant l'intervention et de le reprendre au moins 6 heures après la fin du geste invasif, en l'absence d'évènement hémorragique particulier³. La collaboration avec le médecin prescripteur de l'anticoagulant est indispensable. D'autres référentiels sur la gestion des anticoagulants oraux directs lors de gestes invasifs ont été publiés, mais sans consensus.</p> <p>Après infiltration de dérivés cortisonés, une surveillance accrue de la glycémie est à prévoir chez les diabétiques.</p>	B

¹ [fiche bum - bon usage des inhibiteurs de la pompe a protons ipp.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-12/fiche_de_synthese_antiagregants_plaquettaires_-_gestes_percutanes.pdf) (has-sante.fr)

² https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-12/fiche_de_synthese_antiagregants_plaquettaires_-_gestes_percutanes.pdf
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2008-09/surdosage_en_avk_situations_a_risque_et_accidents_hemorragiques_-_synthese_des_recommandations_v2.pdf

³ [Fiche bon usage anticoagulants oraux](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-12/fiche_de_synthese_antiagregants_plaquettaires_-_gestes_percutanes.pdf) (has-sante.fr)

Ce document présente les points essentiels de la publication : Prise en charge des tendinopathies de la coiffe des rotateurs, Méthode « Recommandation pour la pratique clinique », août 2023
Toutes nos publications sont téléchargeables sur www.has-sante.fr