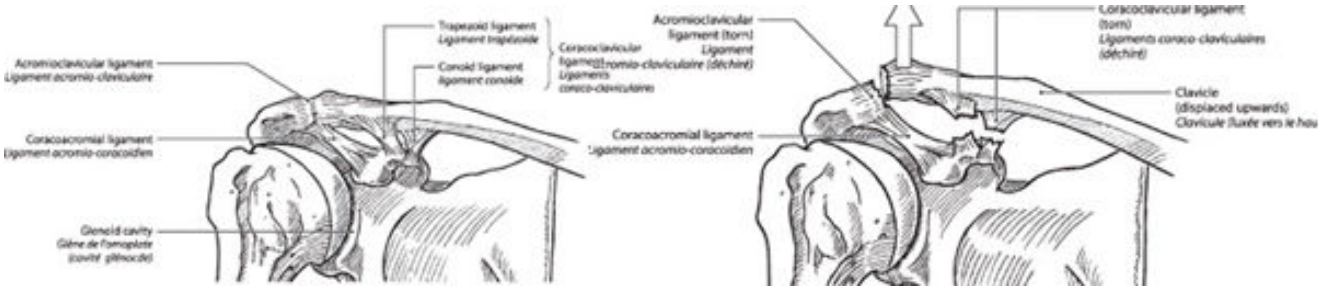
# LESIONS ACROMIO-CLAVICULAIRES

**Qu'est-ce que l'articulation acromio-claviculaire ?**

Il s'agit d'une articulation saillante sous la peau en avant (donc vulnérable), reliant l'extrémité de la clavicule à l'omoplate et permettant des mouvements de faible amplitude (elle est surtout sollicitée quand la main se situe au-dessus du plan de l'épaule).

Sa stabilité est assurée par 3 systèmes qui, à la faveur d'un traumatisme, peuvent être lésés de manière croissante :

- Le système propre à l'articulation : ménisque unissant les 2 surfaces articulaires et renforcements ligamentaires
- Les ligaments coraco-claviculaires (conoïde et trapézoïde), unissant la clavicule à l'apophyse coracoïde
- Enfin, la chape musculaire delto-trapézienne qui stabilise cette articulation par ses insertions en éventail




**Comment se présente la pathologie acromio-claviculaire ?**

Deux grands cadres :

- Après un traumatisme : les entorses et luxations acromio-claviculaires sont fréquentes et concernent le plus souvent des sujets jeunes après une chute directe avec abaissement brutal du moignon de l'épaule (Rugby, judo, ...). On distingue 4 stades de gravité croissante :

**Stade I**

Entorse acromio-claviculaire simple avec distension sans rupture des ligaments acromio-claviculaires. Pas d'instabilité.

**Stade II**

Subluxation acromio-claviculaire avec rupture des ligaments acromio-claviculaires, les ligaments coraco-claviculaires étant distendus mais non rompus. Petit bâillement de l'articulation (discrète mobilité de haut en bas) sans mobilité anormale antéro-postérieure.

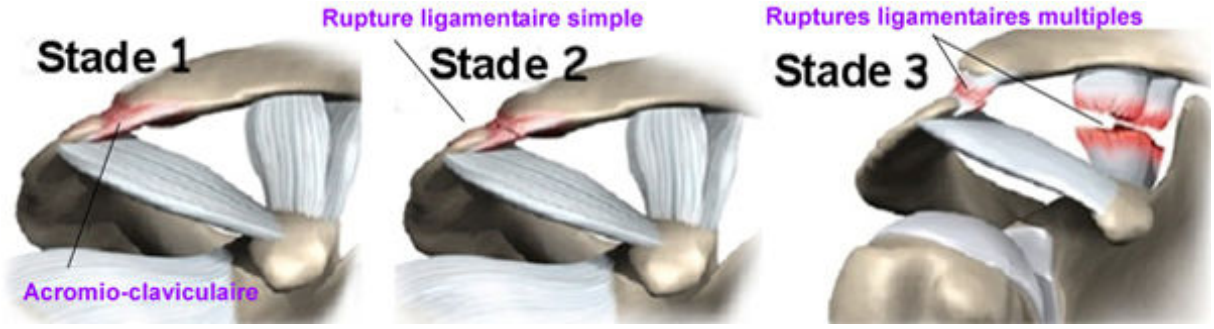
**Stade III**

Luxation acromio-claviculaire complète par rupture complète des ligaments acromio-claviculaires et coraco-claviculaires. Déformation visible avec saillie de l'extrémité externe de

la clavicule pouvant être réduite par simple pression (touche de piano). Il existe en outre une mobilité antéro-postérieure (tiroir antéro-postérieur).

**Stade IV**

Luxation acromio-claviculaire de stade III compliquée d'une perforation de chape delto-trapézienne par la clavicule se situant directement sous la peau




- Sans traumatisme : il s'agit le plus souvent d'une atteinte dégénérative du sujet mûr, volontiers associée à des signes de souffrance de la coiffe des rotateurs. On parle d'arthropathie acromio-claviculaire. Une forme clinique particulière est représentée par l'ostéolyse micro-traumatique distale, touchant des sujets jeunes portant des poids lourds (travaux de force, haltérophiles +++), où l'articulation est atteinte en fait par des micro-traumatismes répétés.

**Comment évaluer l'atteinte acromio-claviculaire ?**

La localisation douloureuse à la face supérieure de l'épaule permet d'orienter le diagnostic. Les douleurs augmentent en cas de sollicitation de l'articulation (antépulsion au-delà de 90°-main en avant-, adduction-main en dedans-, rétropulsion -main en arrière-). En cas d'atteinte traumatique, une laxité peut être retrouvée. En cas d'atteinte dégénérative, un épanchement de l'articulation peut entraîner une tuméfaction visible. D'autres signes cliniques "de coiffe des rotateurs" sont souvent retrouvés

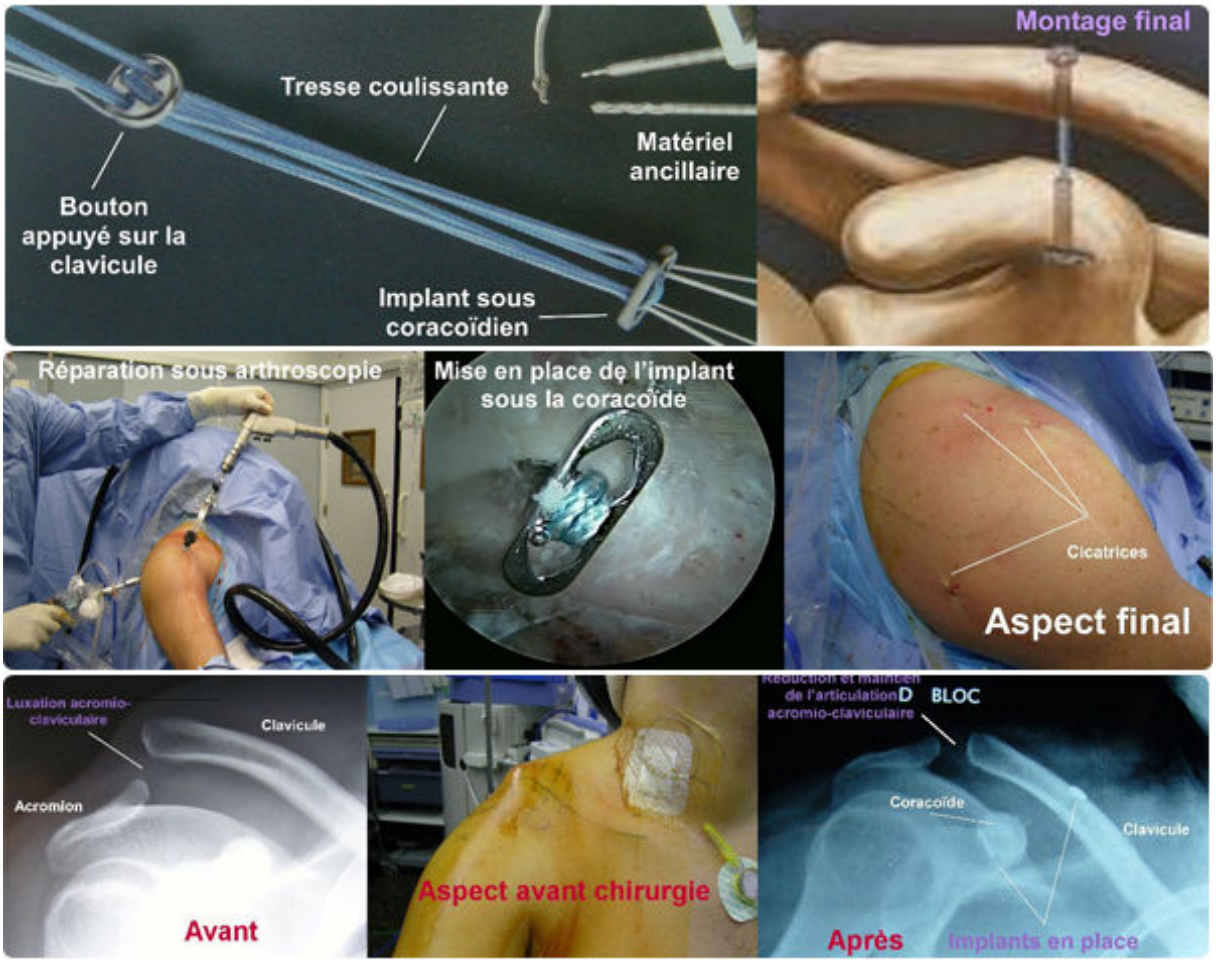
L'imagerie (radiographies comparatives voire IRM selon la pathologie en cause) permet de statuer sur le degré de l'atteinte de l'articulation.

**Quels sont les différents traitements proposés, qu'ils soient médicaux ou chirurgicaux ?**

<u>Entorses et luxations acromio-claviculaires :</u>

En cas d'atteinte traumatique aigue, le traitement conservateur (sans intervention) est souvent le meilleur. On a le choix entre l'abstention et une simple immobilisation en écharpe coude au corps pour soulager le membre supérieur 10 jours à 3 semaines, suivi d'une rééducation spécifique. Les bandages en élastoplast tentant de réduire la luxation acromio-claviculaire sont régulièrement inefficaces car les contraintes musculaires sont trop intenses. Dans les stades I et II, l'évolution est le plus souvent favorable avec peu de séquelles.

Dans les stades III et IV, l'évolution est très variable avec des séquelles éventuelles (saillie inesthétique de l'extrémité distale de la clavicule, douleurs résiduelles, fatigabilité et perte de force du membre supérieur, voire arthrose acromio-claviculaire) et peut justifier d'emblée un traitement chirurgical, surtout s'il existe un gros délabrement de la chape delto-pectorale (nombreuses techniques chirurgicales dont le but est de restaurer les structures ligamentaires, en les protégeant transitoirement par un vissage acromio-claviculaire).



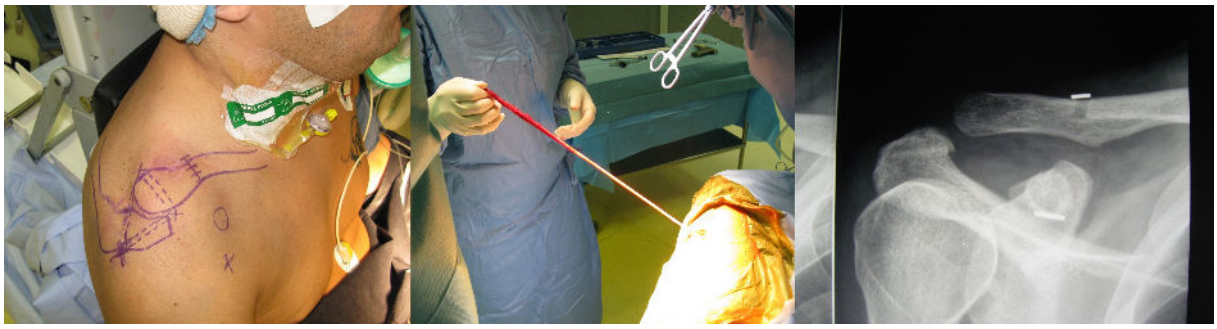

Néanmoins, beaucoup de sujets ont une luxation séquellaire, sans aucune gêne, ce qui explique les difficultés à préconiser un traitement chirurgical (chez le rugbyman par exemple, les séquelles traumatiques acromio-claviculaires sont aussi fréquentes que la fracture du nez chez le boxer...)

*Lien video à mettre en grand :*

https://www.youtube.com/watch?v=gHOi7AOIyL8

Au stade chronique, il faudra choisir entre le traitement chirurgical réparateur (Chuinard, Dewar-Barrington, voire ligamentoplastie moderne avec apport d'un tendon (en cas de laxité

invalidante) ou palliatif avec la résection de l'extrémité distale de la clavicule (1 cm), à effectuer selon les cas "à ciel ouvert" ou sous arthroscopie (cf arthroscopie d'épaule) pour une agression moindre de la chape delto-trapézienne.



Arthropathie acromio-claviculaire :

L'atteinte est rarement isolée et s'intègre volontiers dans un tableau de souffrance de la coiffe des rotateurs avec conflit sous-acromial (cf anatomie d'épaule). L'imagerie montre souvent une saille osseuse inférieure (ostéophyte) frottant la partie supérieure de la coiffe

Le traitement de choix est alors une rééducation patiente de l'épaule, visant à renforcer les muscles abaisseurs de la tête humérale (cf rééducation de l'épaule), ce qui permet d'effacer le conflit et de diminuer la bursite (épanchement sous-acromial). En cas d'échec, une infiltration aux corticoïdes de l'articulation acromio-claviculaire mérite d'être réalisée (sous contrôle radiographique). Ce n'est qu'en cas d'inefficacité de ces méthodes qu'une solution chirurgicale sera proposée, visant à supprimer seulement le conflit acromio-claviculaire (résection distale de la clavicule) ou à supprimer conflit-sous-acromial et conflit acromio-claviculaire (acromioplastie étendue à l'acromio-claviculaire). Ces gestes seront idéalement réalisés sous arthroscopie (cf arthroscopie d'épaule)

**Conclusion**

La pathologie acromio-claviculaire est souvent plus handicapante qu'on ne veut bien le croire. Certaines formes cliniques restent difficiles à traiter.