

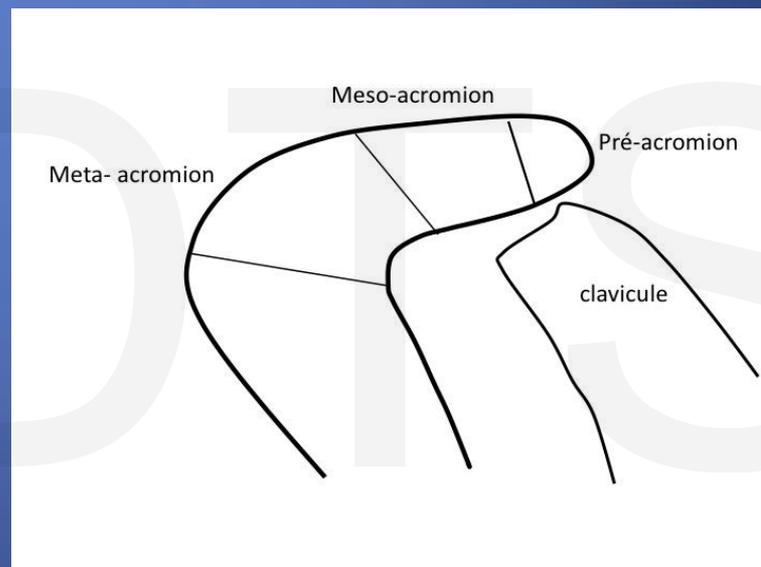
L'os acromial

Une cause de douleur de l'épaule à
ne pas méconnaître ...



Définition

- 1^{re} description : Gruber en 1863.
- Os acromial : c'est un défaut de fusion entre les 3 noyaux d'ossification de l'acromion vers l'âge de 18 ans.
- 3 types :
 - Pré acromion
 - Meso acromion
 - Méta acromion



Épidémiologie

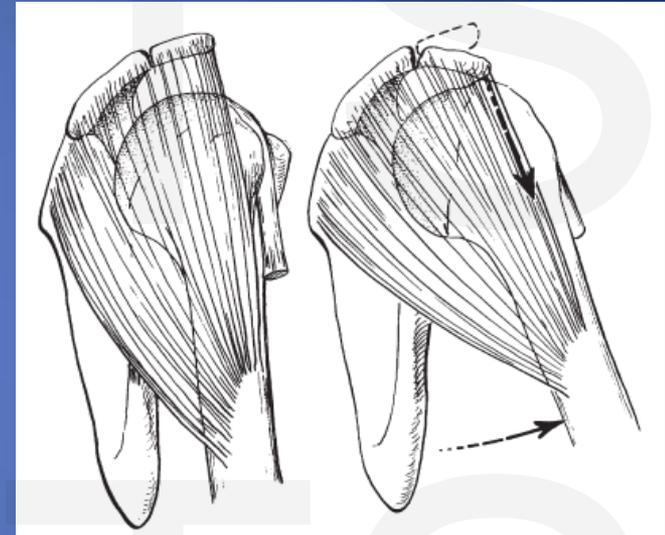
- Fréquence :
 - de 1.3% à 15% de la population selon les séries
 - atteinte bilatérale dans 33.3% à 62% des cas.
- La plupart des cas, sa découverte est fortuite lors d'un bilan radiographique d'épaule asymptomatique.

Mais parfois il peut devenir douloureux ...

Ethiopathogénie

2 théories:

- Pour Gerber, douleur liée à un conflit sous acromial entraîné par la mobilisation de l'os acromial lors de la contraction du muscle deltoïde antérieur et qui favoriserait la survenue de lésion de la coiffe des rotateurs allant de la tendinite à la rupture
- Pour nous, la douleur est en lien directement avec l'os acromial et un os acromial deviendrait symptomatique quand il devient instable



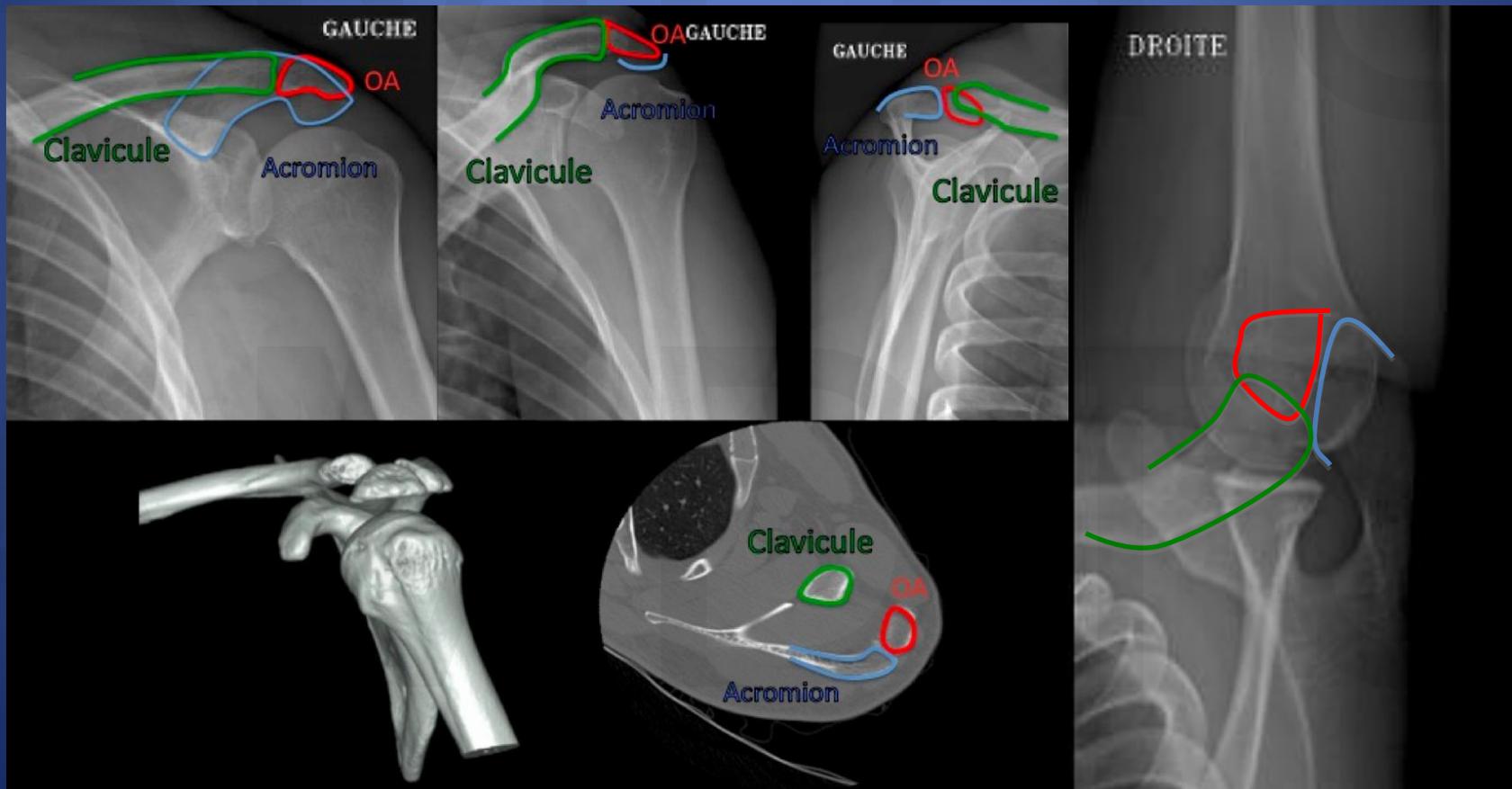
Warner JJP, Iannotti JP, Gerber C. Complex and Revision Problems in Shoulder Surgery. Philadelphia: Lippincott-Raven; 1997

Examen clinique

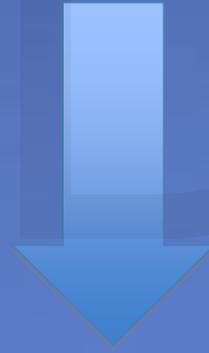
- Scapulalgie d'horaire mécanique ou mixte.
- Notion de traumatisme même mineur de l'épaule ou ATCD chirurgical de l'épaule.
- Douleur à la palpation du bord supérieur de l'acromion +++
- Mobilités +/- conservées mais douloureuses.
- +/- signes de conflit sous acromial
- Pas de signe d'atteinte de la coiffe

Imagerie

Radiographies standards et TDM



Diagnostic positif



Test infiltratif de la néo articulation +++++

+/- associé à un test de Neer

Diagnostic : +/- arthroscopie

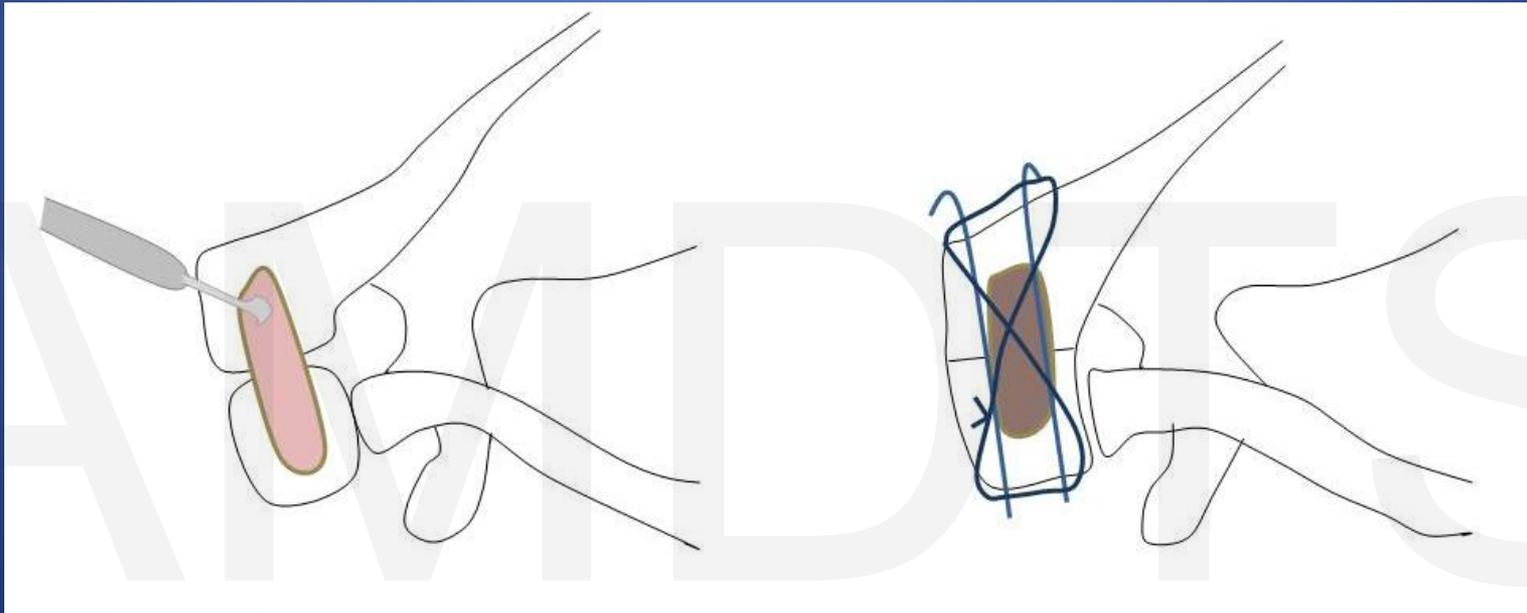


Traitement

- Médical initialement:
 - Antalgique, AINS
 - Repos
 - Infiltration(s)
 - ...
- Si echec du TTT médical bien conduit, TTT CHIRURGICAL.

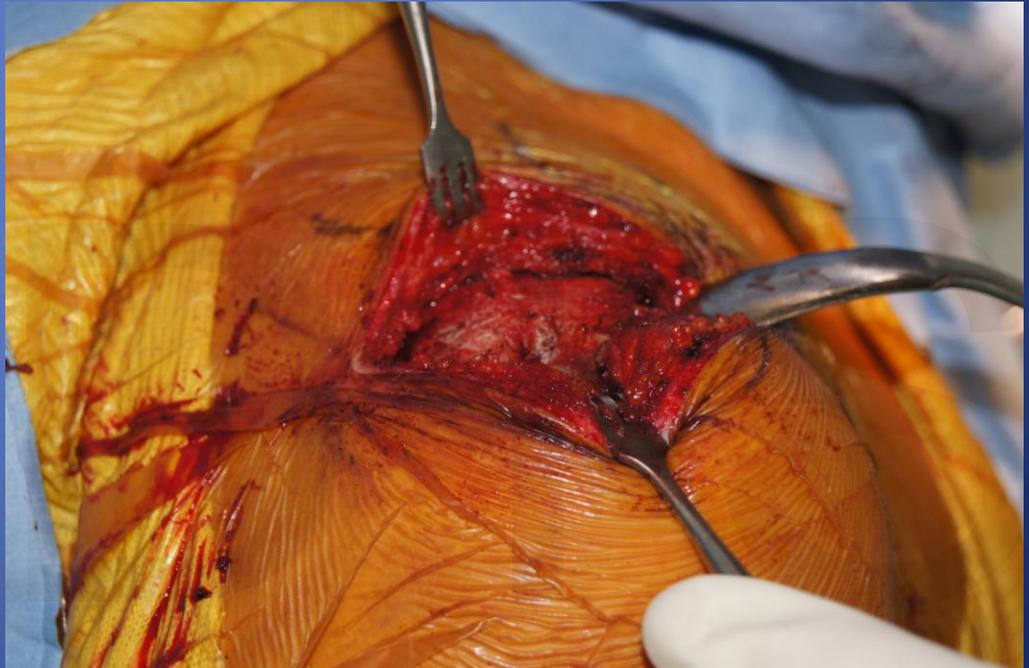
Traitement

1. Ostéosynthèse à ciel ouvert avec greffe iliaque encastrée en sarcophage



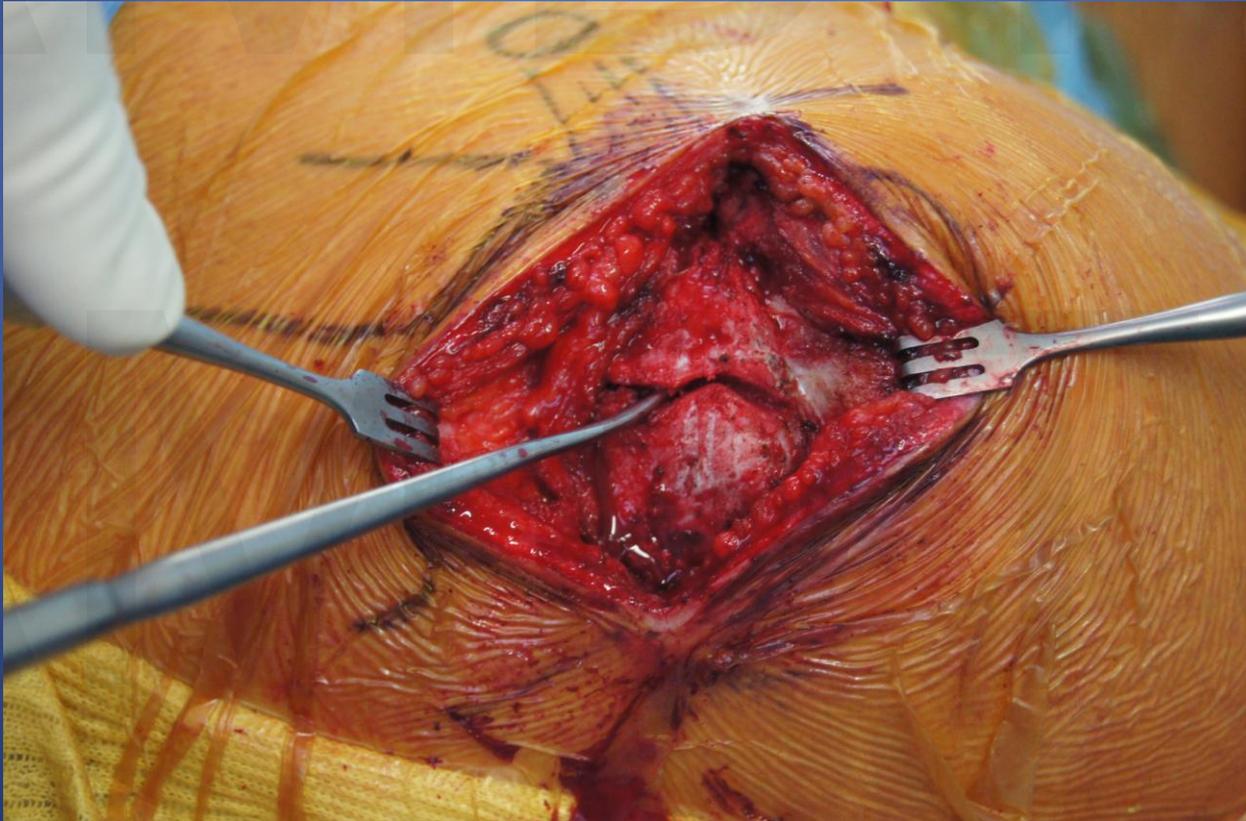
Traitement

1. Ostéosynthèse à ciel ouvert avec greffe iliaque encastrée en sarcophage



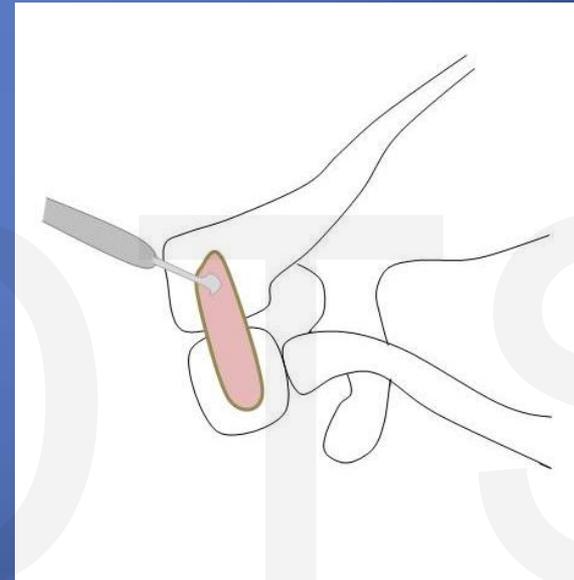
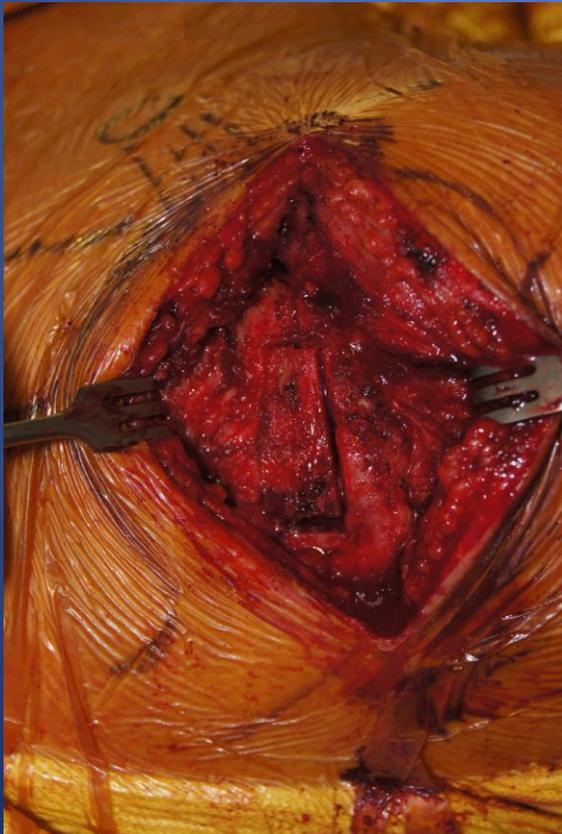
Traitement

1. Ostéosynthèse à ciel ouvert avec greffe iliaque encastrée en sarcophage



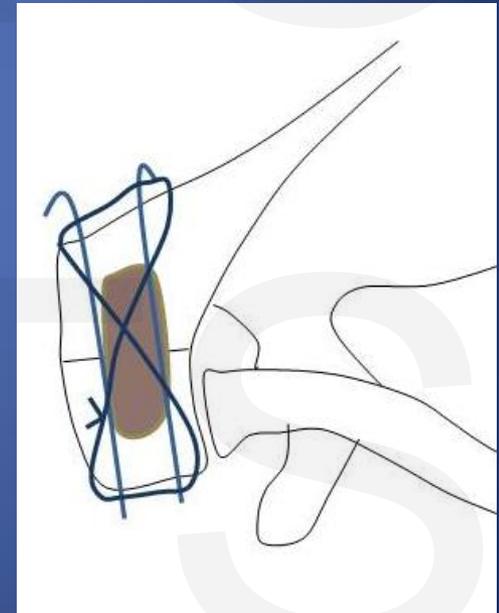
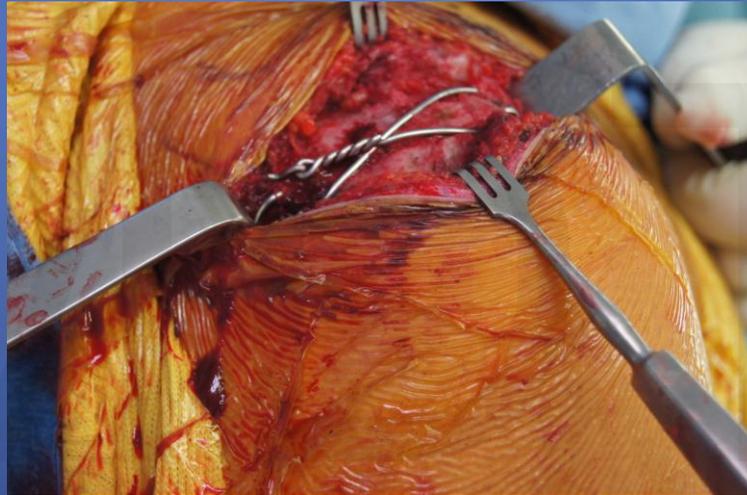
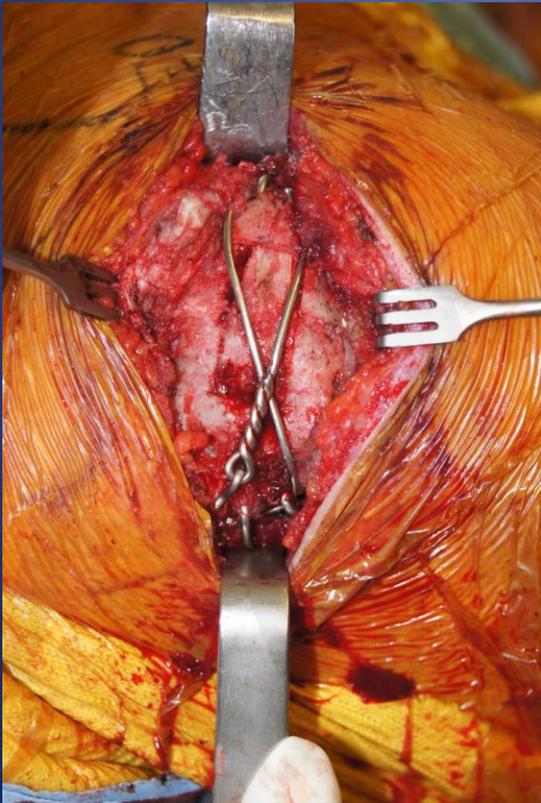
Traitement

1. Ostéosynthèse à ciel ouvert avec greffe iliaque encastrée en sarcophage



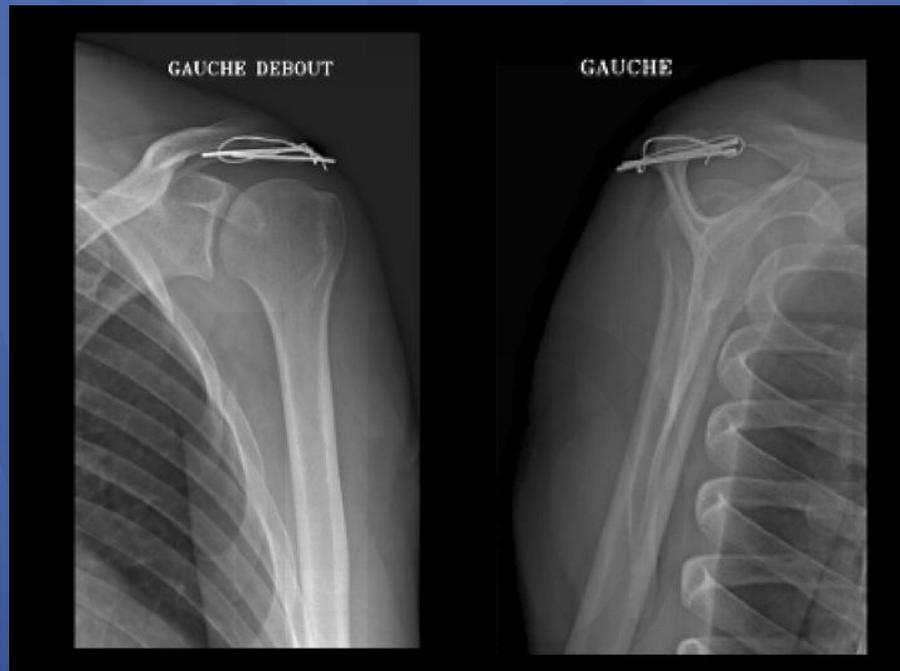
Traitement

1. Ostéosynthèse à ciel ouvert avec greffe iliaque encastrée en sarcophage



Traitement

1. Ostéosynthèse à ciel ouvert avec greffe iliaque encastrée en sarcophage



Suite : immobilisation dans une attelle thoraco brachial 4 semaines puis rééducation

Notre série: patients

10 patients : 7 H / 3 F, âge moyen = 43,3 ans (17 à 65 ans).

ATCD:

- AT/MP= 3
- traumatisme à l'origine des douleurs de l'épaule = 3
- ATCD d'acromioplastie décompressive = 3.

Examen cliniques:

- Douleurs + symptomatologie de conflit sous-acromial = 10
- Test infiltratif + = 8 / 8
- Score de constant moyen = 53,4.
- Mobilités actives limités par la douleur

EAA moyenne = 144,5° (85°-180°),
ELA moyenne = 131° (90°-180°),
RE moyenne = 61° (20°-90°).

Rx / TDM : méta-acromion =6 / méso-acromion = 4

Notre série: résultats

Recul moyen = 47.9 mois (min. –max., 6- 124 mois)

Ablation du matériel = 8/10

Satisfaits = 100 %.

Temps de récupération subjectif = 9.5 mois

Score fonctionnel moyen : bons

Quick Dash = 20,61 (min.-max., 0 – 61,4)

Score STT = 8.9 (min.-max., 4-12).

Score clinique de Constant moyen = 82.2 (min.-max., 40-100)

Avec un gain moyen = 33,1 points.

Douleurs résiduelles = 5 patients

Signes de conflit sous acromial = 1 patients.

Mobilités améliorées dans tous les plans de l'espace :

- EAA moyenne = 161° (min.-max, 120°-180°),

- ELA moyenne = 163° (min.-max, 150°-180°),

- RE moyenne = 64,5° (min.-max, 50°-85°).

Rx / TDM: 100 % de consolidation osseuse.

Revue de la littérature

Auteur	Date	Nb	Techniques	Résultats
Peckett et al.	2004	26	<ul style="list-style-type: none"> • 2 vis 3.5 mm + hauban • 2 broches + hauban • 1 vis + 1 broche + hauban 	<ul style="list-style-type: none"> • 100% fusion • 100% fusion • 1 échec
Ryu et al.	1999	4	<p>Greffe prélevée sur le trochiter</p> <p>2 Vis 3.5 mm</p>	<p>100% fusion</p> <p>100% satisfaction</p>
Satterlee et al.	1999	6	2 vis canulées de 4.5 mm et hauban	<p>6 fusions, score ASES >90</p> <p>100% satisfaction</p>
Bigliani et al.	1994	10	Ostéosynthèse à ciel ouvert	5 résultats excellents, 2 satisfaits et 3 non satisfait.
Warner et al.	1998	12	2 vis canulées de 4.0 mm (7 cas) ou 2 broches (5 cas) et hauban synthétique + autogreffe iliaque	<p>80% (6/7) fusions avec vis</p> <p>20% fusion avec broches</p>
Simovitch et al.	2006	15	2 vis canulées de 4.0 mm et hauban métallique	13 fusions
Abboud et al.	2006	8	2 vis canulées de 4.5 mm ou 2 broches et hauban	<p>100% fusion</p> <p>38% satisfait (3/8)</p>

Traitement

2. Autres traitements proposés dans la littérature:

a) Acromioplastie décompressive.

b) Excision de l'os acromial

Traitement: acromioplastie

Auteur	Date	Nb	Techniques	Résultats
Wright et al.	2000	13	Acromioplastie arthroscopique étendue.	85% (11) satisfaits avec absence de douleur et pas de signe de désinsertion du deltoïde
Huntchunson et al.	1993	3	Acromioplastie décompressive	Récidives des douleurs dans 100% des cas
Armengol et al.	1994	23	7 arthroscopies, 16 à ciel ouvert	87% résultats satisfaisant
Abboud et al.	2006	11	acromioplastie	69% (7/11) satisfait 100% mauvais résultats en cas d'AT/MP
Jerosch et al. [10]	1994	10	Acromioplastie méso acromion	4 excellent, 3 bons, 2 moyens, 1 mauvais résultats.

Traitement: excision

Auteur	Date	Nb	Techniques	Résultats
Mudge et al.	1984	7	Résection d'un méso acromion et suture du deltoïde à l'acromion.	4 excellents résultats et 3 échecs
Edelson et al.	1993	5	excision et avancement du deltoïde	80% bons résultats
Warner et al.	1998	3	Excision à ciel ouvert et réparation du deltoïde	2 mauvais résultats pour méso acromion et 1 bon résultat pour pré acromion
Armengol et al.	1994	5	Excision du fragment acromial	Aucun résultat satisfaisant
Pignani et al.	2006	9	Arthroscopie avec excision du fragment antérieur	<ul style="list-style-type: none">• 100% retour au sport au niveau antérieur• Pas de perte de force

Conclusion

- Importance du test infiltratif afin de confirmer la pathogénie de l'os acromial dans la genèse des douleurs.
- Le traitement chirurgical par ostéosynthèse d'un os acromial donne un bon taux de satisfaction avec un taux de fusion est élevé.
- Nous ne recommandons pas la réalisation d'une acromioplastie elle n'est pas efficace sur les douleurs en lien avec un os acromial mobile et elle risque de déstabiliser un os acromial non douloureux. L'excision d'un os acromial ne doit pas être réalisée car elle peut entraîner une dysfonction deltoïdienne.

Cas clinique

- Patient de 18 ans.
- Handballeur
- 2009:
 - Scapulalgie de l'épaule droite.
 - Radiographies de l'épaule

Cas clinique

DROITE



DROITE



DROITE



Cas clinique

- Patient de 18 ans.
- Handballeur
- 2009:
 - Scapulalgie de l'épaule droite.
 - Radiographies de l'épaule : os acromial



Test infiltratif efficace
Et soulage le patient
pendant 2 ans

Cas clinique

- Patient de 18 ans.
- Handballeur
- 2011:
 - Récidive des scapulalgies de l'épaule droite.
 - Opéré avec réalisation d'une synthèse de l'os acromial avec greffon iliaque en sarcophage



A M3, disparition des douleurs et reprise du sport

- Merci de votre attention...