

## TENDINITE CALCIFIANTE DE L'ÉPAULE

Par le Dr Eduard Alentorn-Geli

La **tendinite calcifiante** de l'épaule est une pathologie relativement fréquente qui affecte principalement le **sus-épineux**, mais peut également affecter d'autres **tendons** de la **coiffe des rotateurs** tels que l'**infra-épineux** ou le **sous-scapulaire**. Cette pathologie a une cause inconnue, mais elle se caractérise par des **dépôts** ou des **cristaux d'hydroxyapatite de calcium** dans le **tendon** (juste au-dessus, à l'intérieur ou juste en dessous). La pathologie comporte trois **phases** : pré-calcique (modifications internes indolores du tendon), calcium (phase formative, de repos et de résorption) et post-calcique. La phase de résorption du calcium est celle qui cause le plus de **douleur**.

La tendinite calcifiante est un type de **tendinite** qui provoque une douleur très intense, bien plus importante que celle de la tendinite normale. En fait, la douleur irradie souvent vers le coude et parfois même les doigts de la main. Avec la **capsulite rétractile**, la tendinite calcique est l'une des rares pathologies de l'épaule dont la douleur peut irradier vers la **main**, sans affecter la **colonne** cervicale.

Le diagnostic repose sur l'**examen physique** et une **simple radiographie**. L'examen physique ne nous permettra pas de différencier avec une forte probabilité de succès si la tendinite est calcique ou non. La radiographie simple vous permettra de visualiser clairement les dépôts d'hydroxyapatite de calcium, à moins qu'il ne s'agisse d'une phase pré-calcique. Dans tous les cas, il est fortement recommandé de réaliser une **échographie** ou **une IRM** pour mieux localiser la position de la **calcification** par rapport au **tendon**. En effet, il y a des calcifications du côté de la **bourse** (juste au-dessus du tendon sus-épineux) qui seront plus faciles à enlever en cas de chirurgie, sans qu'il soit nécessaire d'ouvrir le tendon.

Le **traitement** initial de choix doit toujours être **conservateur** sans **chirurgie**, non seulement parce qu'il est efficace à de nombreuses reprises, mais aussi parce qu'il existe des calcifications qui peuvent devenir **asymptomatiques** bien qu'elles ne disparaissent pas, et parce qu'un **traitement non chirurgical** ne ferme aucune porte à la chirurgie à l'avenir, s'il n'est pas efficace. La première chose recommandée si le patient est dans une phase de grande douleur est la prescription d'**anti-inflammatoires** par voie orale, **un repos relatif** (l'immobilisation absolue n'est pas nécessaire pour éviter un risque de **raideur**), et une **physiothérapie** basée sur des modalités **anti-inflammatoires** et une **massothérapie** ou un **massage** Un relaxant (pas dans l'épaule) pour traiter les contractures musculaires symptomatiques. Dans le cas où cette thérapie n'est pas efficace, une **infiltration de cortisone** guidée par **échographie peut être effectuée** dans la zone de la **bourse sous-acromiale** et de la **péricalcification** (mais il faut éviter que le médicament ne soit inoculé dans le **tendon**). Une autre option consiste à utiliser des **ondes de choc** focales sur la tendinite **calcique** pour essayer de la décomposer et favoriser sa réabsorption. Dans les cas où la calcification est molle, il est possible d'effectuer une technique d'échographie appelée **barbotage**, qui consiste à identifier la calcification par ultrasons, suivie d'une infiltration d'anesthésique local dans la zone et d'une perforation multiple de la **calcification** avec une **aiguille** de la défaire et ensuite d'essayer de l'aspirer. Cette technique permet souvent d'éliminer la totalité ou la quasi-totalité de la calcification et ainsi d'améliorer les symptômes de la douleur.

Dans les cas où le traitement conservateur échoue ou que le patient s'améliore, mais a reçu une douleur précoce ou répétitive au fil des ans, une **chirurgie** arthroscopique **peut être envisagée** pour enlever la calcification et évaluer si une réparation doit être effectuée au tendon. Dans les cas où la calcification est très superficielle dans le

tendon, il est plus fréquent qu'une fois que la bourse enflammée (bursectomie sous-acromiale) et la calcification ont été enlevées, le tendon n'a pas besoin d'être réparé. Dans les cas où la calcification a un gros composant intratendineux, il est logique qu'une fois enlevée, un défaut reste dans le tendon lui-même. Dans ces cas, une **réparation** arthroscopique peut être choisie pour fermer le défaut, ou s'il est très important, il peut être décidé de réparer et d'ajouter un **maillage de collagène** sur le dessus afin que le tendon finisse par avoir une épaisseur plus similaire à la normale.