

Traitement innovant de la capsulite rétractile à l'Hôpital Erasme.

Cas cliniques



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
DE BRUXELLES
ACADEMISCH ZIEKENHUIS
BRUSSEL



Service de Radiologie Interventionnelle

Introduction

La capsulite rétractile, aussi connue sous le nom d'épaule gelée, de capsulite de l'épaule ou encore de capsulite adhésive, est une pathologie affectant entre 2 et 10% de la population (légère prédominance féminine) avec un pic d'incidence entre 40 et 60 ans. Son étiologie peut être multiple, pouvant être soit idiopathique soit secondaires à une pathologie systémique (diabète, troubles hormonaux), à une atteinte extrinsèque (chirurgie mammaire, radiculopathie cervicale, tumeur de la paroi thoracique, AVC ; fracture, arthrose) ou intrinsèque (tendinopathie de la coiffe des rotateurs/ du biceps, conflits, tendinopathie calcifiante).

Les symptomatologies évoluent par phases sur plusieurs mois ou années (jusqu'à 3 ans) et ce selon 3 phases. Au cours de la première phase, la douleur augmente progressivement et n'est associée qu'à une faible limitation de la mobilité. La seconde est la phase « gelée » où la symptomatologie douloureuse reste présente et où la limitation de mouvement se majore pour atteindre un paroxysme. La troisième phase correspond à une récupération progressive la mobilité de l'épaule, la douloureuse restant en second plan.

Introduction

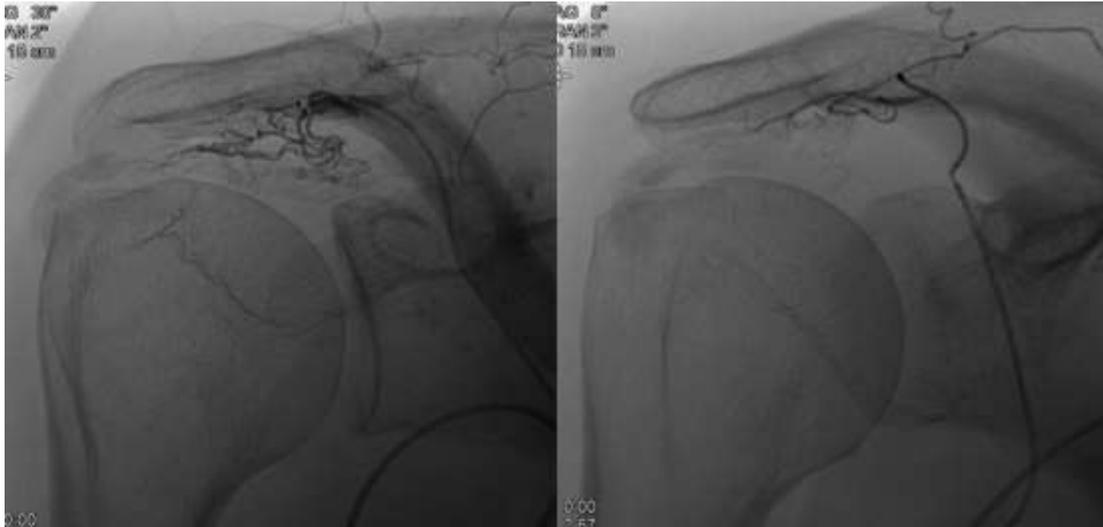
Le diagnostic repose essentiellement sur la clinique et l'anamnèse. L'imagerie pouvant aider au diagnostic par l'existence de quelques signes, visibles selon la modalité utilisée, comprenant : épaissement du ligament coraco-huméral, épaissement capsulaire, distension articulaire faible, anomalie de signal du ligament gléno-huméral inférieur, hypertrophie synovial et présence de tissus cicatriciel. L'imagerie permet également de participer au diagnostic différentiel et à la recherche d'une potentielle étiologie.

La prise en charge actuelle comprend la prise d'analgésiques, de la kinésithérapie, des infiltrations corticoïdes, l'arthrodistension, la libération chirurgicale ou le bloc du nerf suprascapulaire. Malgré cette thérapeutique multimodale, l'évolution de la pathologie peut être lente, entrainer une importante limitation de la qualité de vie et des incapacités prolongées.

Procédure

Depuis quelques années, l'embolisation de capsulite rétractile s'est développée comme nouvelle approche thérapeutique, réduisant l'atteinte inflammatoire en limitant le flux artériel des zones pathologiques. Cette procédure endovasculaire peu invasive se déroule par abord artériel radial avec cathétérisme sélectif des troncs artériels problématiques et injection progressive, en salle d'angiographie sous contrôle scopique, de particules (résorbables ou non). Cela permet de réduire les douleurs et d'améliorer la mobilité de l'épaule dans les mois qui suivent la procédure. Les effets secondaires possibles (hématome, décoloration cutanée transitoire, érythème transitoire, douleurs post emboliques, pyrexie) sont rares, mineurs et transitoires.

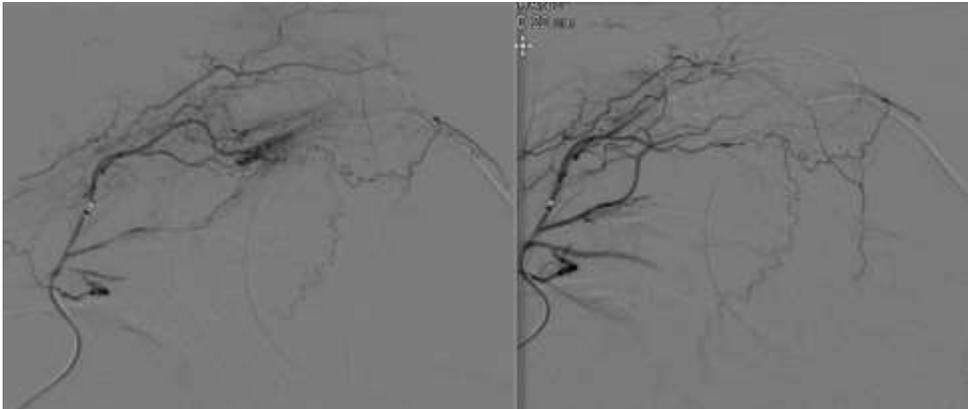
Premier cas clinique



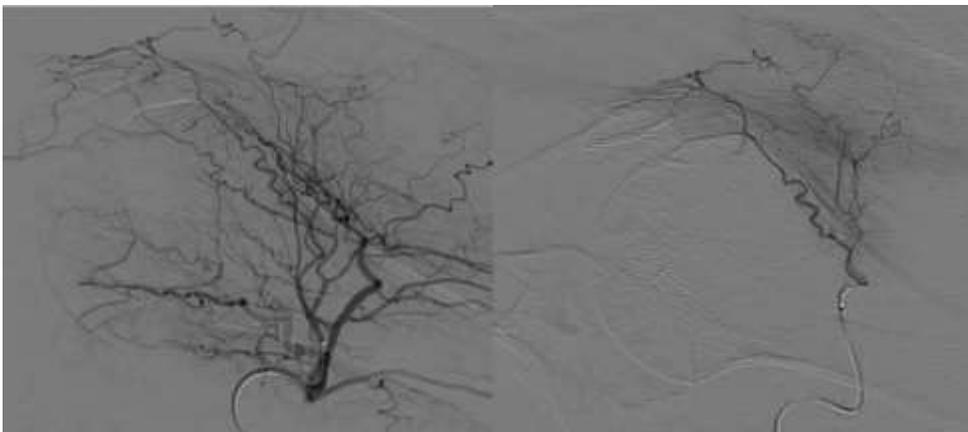
Cathétérisme sélectif de l'artère thoraco-acromiale droite avec graphies en pré et post embolisation.

Patiente de 56 ans présentant une capsulite rétractile depuis près de 2 ans avec douleurs intenses persistantes et limitation de la mobilité. Le traitement jusqu'alors comprenait analgésiques, antidépresseurs, kinésithérapie (plus de 100 séances), infiltrations (plus de 10 infiltrations de corticoïdes, de PRP et de calcitonine de saumon) et 2 arthrodistensions. La symptomatologie persistante justifiait lui proposer cette nouvelle approche thérapeutique. Par abord radial droit, l'artériographie a démontré une néo-vascularisation (« tumor-like » blush) au niveau de la capsule supérieure et un cathétérisme sélectif de l'artère thoraco-acromiale a été réalisé jusqu'en distalité avec embolisation à l'aide particules calibrées non résorbables de 200 microns. Il n'y a pas eu de complications. Le follow-up à 2 ans, montre une disparition des douleurs et une restauration ad integrum de la mobilité scapulaire.

Deuxième cas clinique



Cathétérisme sélectif de l'artère thoraco-acromiale gauche avec graphies en pré et post embolisation.



Cathétérisme sélectif de l'artère et circonflexe humérale postérieure gauche avec graphies en pré et post embolisation

Patiente de 59 ans présentant une capsulite rétractile depuis 4 mois caractérisée par des douleurs intenses associées à une limitation de la mobilité. Le traitement analgésique et kinésithérapeutique ne permet pas de contrôler la symptomatologie en aggravation progressive. La patiente a consulté à sa propre initiative l'équipe de radiologie interventionnelle. L'artériographie par abord radial gauche démontre une néo-vascularisation (« tumor-like » blush) typique au niveau de la capsule supérieur et du périoste huméral. Un cathétérisme sélectif des artères thoraco-acromiale et circonflexe humérale postérieure permet une embolisation à l'aide particules calibrées non résorbables de 200microns. En post-procédural immédiat, la patiente a présenté une décoloration cutanée transitoire ainsi que des douleurs post-embolisations pour lesquelles son traitement par antalgique a été maintenu quelques jours. Sans autre effet indésirable, le follow-up à 15 mois montre une résolution soutenue des symptômes et, à ses dires, une très nette amélioration de sa qualité de vie.

Conclusions

Ces deux cas présentent des résultats encourageants, en ligne avec ceux décrits dans la littérature.

Ce traitement est maintenant disponible à Erasme et des évaluations prospectives sont en cours dans le cadre d'une approche multidisciplinaire entre rhumatologues, chirurgiens orthopédiques et radiologues interventionnels.

VOUS SOUHAITEZ EN SAVOIR PLUS

CONTACTEZ NOTRE SERVICE DE RADIOLOGIE
INTERVENTIONNELLE

coordination.ri@hubruxelles.be

SecMed.RI@hubruxelles.be

H.U.B