

Les atteintes de la longue portion du biceps*

par Jacques Duranceau

LE DIAGNOSTIC DES LÉSIONS de la longue portion du biceps (LPB) est souvent difficile à préciser. La proximité de plusieurs structures dynamiques de l'épaule rend improbable une lésion unique de la LPB, sauf en cas de traumatisme direct. La littérature scientifique ne fait pas consensus sur le rôle du tendon, sa biomécanique, ni sur l'approche chirurgicale des lésions.

Anatomie

La LPB naît à la partie postérosupérieure du bourrelet glénoïdien (figure 1) dans 70 % des cas, avec des attaches au bourrelet antérieur dans 45 % des cas. Elle part de la tubérosité sus-glénoïdienne dans 25 % des cas. Ce tendon mesure environ 9 cm, dont une partie est intra-articulaire et, à sa sortie, il s'accompagne d'une frange de synoviale (figure 2).

Les structures capsuloligamentaires reliées à la coiffe des rotateurs sont responsables du maintien du tendon du biceps dans son siège anatomique. Le ligament coraco-huméral et le ligament glénohuméral supérieur sont les structures de stabilisation les plus importantes. Ils entourent la LPB tout en étant reliés aux tendons sus-épineux et sous-scapulaire (figure 3). Le ligament huméral transverse ne jouerait pas un rôle important dans cette stabilisation (figure 2).

Fonctions

Au coude, la LPB contribue à la flexion et à la supination de l'avant-bras. Son rôle lors du mouvement de l'épaule fait encore l'objet de controverses, mais le milieu médical tend actuellement à reconnaître l'effet stabilisateur de la LPB sur l'articulation de l'épaule. Cette stabilisation serait particulièrement efficace lorsque l'épaule est en rotation externe. Son rôle deviendrait plus important en cas d'atteinte dégénérative de la coiffe des rotateurs.

Le Dr Jacques Duranceau, physiatre, exerce à l'Institut de physiothérapie du Québec et au Service aux étudiants de l'Université de Montréal.

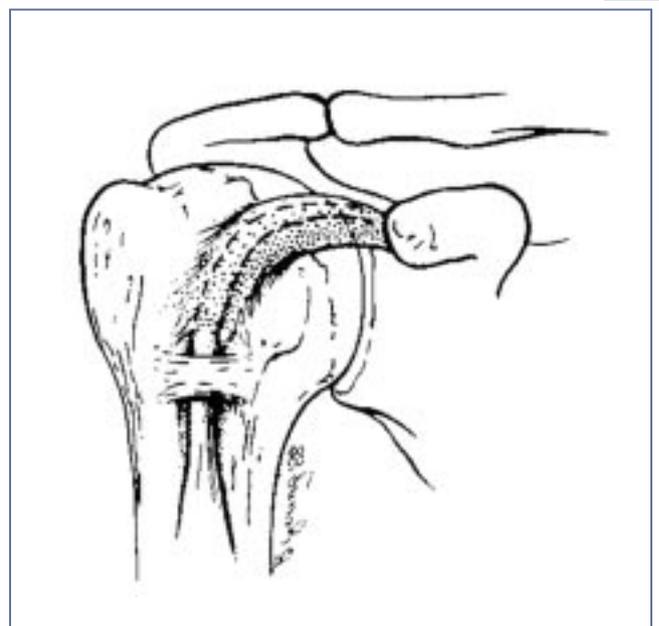


Figure 1. Trajet de la longue portion du biceps.

Physiopathologie

Neer a mieux défini la relation intime entre la coiffe des rotateurs et la LPB. La dégénérescence de la coiffe des rotateurs est la cause la plus fréquente d'atteinte de la LPB provoquant une tendinite ou une téno-synovite.

La subluxation ou la luxation de la LPB est toujours associée à une lésion de la coiffe des rotateurs. Dans les cas de dislocation, Walsh fait état d'une association directe entre une lésion du muscle sous-scapulaire et une luxation complète de la LPB.

* NDLR. Cet article constitue un condensé d'un article original que le Dr Duranceau a écrit pour la rubrique de médecine du travail, mais que *Le Médecin du Québec* n'a malheureusement pu reproduire intégralement faute d'espace. Vous pouvez vous procurer l'article ainsi que la bibliographie complète auprès de l'Association des médecins du réseau public en santé au travail du Québec (AMRPSTQ), a/s du Dr Robert Plante, 2400, boul. D'Estimauville, Québec (Québec), G1E 7G9 ; télécopieur : (418) 666-0684 ; courriel : robert.plante@ssss.gouv.qc.ca.

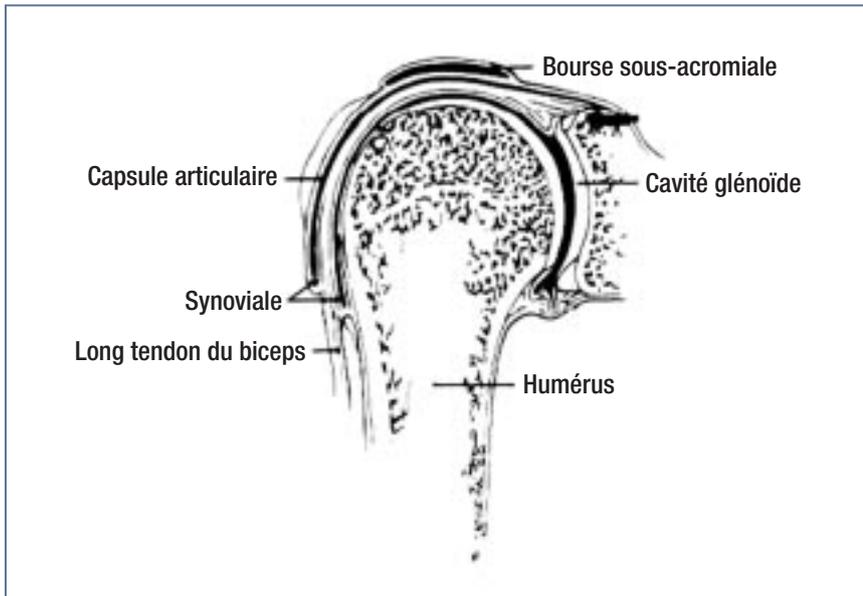


Figure 2. Trajet intra-articulaire de la longue portion du biceps.

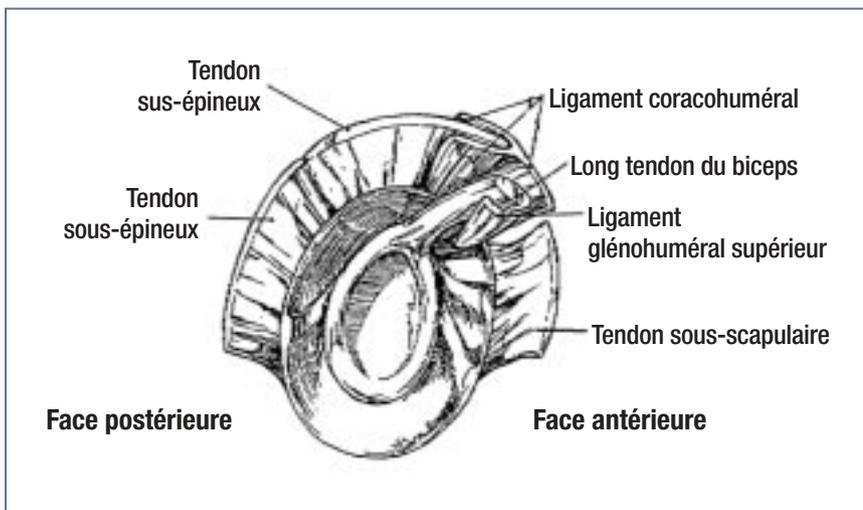


Figure 3. Structures capsuloligamentaires de l'épaule.

Andrews a démontré que le mouvement répétitif de lancer peut causer une atteinte du bourrelet supérieur et postérieur. Après avoir fait passer une arthroscopie à des lanceurs, il a constaté une atteinte associée de la LPB dans plus de 20 % des cas.

Snyder a également approfondi le sujet des lésions du bourrelet supérieur, antérieur et postérieur dues à des chutes ou à des traumatismes. Il a décrit la « SLAP lesion » (*superior labrum anterior and posterior lesion*). Chez les sujets ayant ces atteintes, Snyder a noté une lésion partielle de l'attache de la LPB dans 80 % des cas.

Vu la continuité anatomique de la LPB avec l'articulation glénohumérale, toute atteinte de cette articulation (traumatique ou inflammatoire) peut avoir une incidence sur ce tendon.

Tableau clinique

Le tableau clinique typique d'une atteinte de la LPB est une douleur à la face antérieure de l'épaule. L'irradiation se fait par intermittence vers le biceps. Les activités effectuées avec les mains au-dessus de la tête augmentent les symptômes. Il est difficile à partir des symptômes d'établir avec précision le diagnostic d'une lésion de la LPB parce que le tableau peut ressembler à celui d'une atteinte de la coiffe des rotateurs ou d'une atteinte acromioclaviculaire.

À l'examen objectif, on doit donc examiner toutes les structures de l'épaule.

Objectivement, le signe clinique le plus souvent retrouvé est une douleur palpatoire à la coulisse bicipitale. Lorsqu'on fait faire au patient des mouvements de rotations internes et externes, on fait alors glisser la coulisse bicipitale sous les doigts (**test de De Anguin**). Ce test a une sensibilité élevée, mais une faible spécificité.

Le **test de Yergason** se fait pendant que le patient a le bras le long du corps et le coude à 90 degrés. La supination contre résistance provoque des symptômes à la partie antérieure de l'épaule.

Le test est peu sensible et peu spécifique.

Pour l'**épreuve de Speed**, le patient a le coude en extension et l'avant-bras en supination. Dans cette position, on lui demande de faire une flexion antérieure de l'épaule contre résistance. Le test est peu sensible et peu spécifique.

Pour le **test de Ludington**, le patient a les mains placées derrière la tête. On lui demande de faire une contraction isométrique du biceps. Il s'agit d'un bon test pour voir des déformations apparentes du biceps. Ce test est donc utile pour diagnostiquer les ruptures de la LPB. Il est cependant peu spécifique, car dans cette position, la coiffe des rota-

teurs se trouve sous l'acromion. La douleur provoquée ne vient donc pas nécessairement de la LPB.

En clinique, on emploie souvent un test à la Xylocaïne® pour exclure une atteinte de la coiffe des rotateurs. L'exclusion de cette composante sémiologique peut permettre de mieux circonscrire une atteinte de la LPB.

Imagerie médicale

Radiographies simples : les tendons du biceps ne sont pas perceptibles. On peut cependant évaluer l'insertion de la coiffe et l'articulation acromioclaviculaire.

Échographie : l'examen n'est pas effractif. C'est à notre avis l'examen de choix, car il permet des épreuves dynamiques. En plus d'exclure les syndromes d'accrochage sous l'acromion ou sous le ligament coraco-acromial, cet examen permet de faire une bonne analyse du tendon du biceps. La qualité de l'examen dépend souvent de la qualité de la formation sur l'appareil locomoteur de celui qui l'exécute.

Compte tenu de son potentiel diagnostique et de son coût minimal, cet examen, lorsqu'il est disponible, devrait être privilégié avant l'imagerie par résonance magnétique.

Imagerie par résonance magnétique : elle permet une excellente évaluation du bourrelet supérieur et de la LPB, avec une forte spécificité et une forte sensibilité. Les coûts de l'examen sont par ailleurs élevés.

Arthroscopie : permet l'évaluation directe.

Traitements

Tendinite de la LPB : le traitement conservateur consiste en une association de repos, de glace et d'anti-inflammatoires. On doit éviter la physiothérapie en phase aiguë. Les infiltrations de produits à base de cortisone, lorsqu'elles sont faites avec compétence, sont un excellent traitement anti-inflammatoire d'une lésion de la longue portion du biceps. Certains auteurs suggèrent de procéder d'emblée à l'infiltration glénohumérale. Cette infiltration peut en effet diffuser jusqu'à la synoviale qui entoure la LPB. Cette technique permet d'éviter les injections locales, qui entraînent

un risque plus élevé de lésion au tendon. On peut également procéder à l'infiltration locale de la gaine. Il est recommandé d'effectuer ces infiltrations sous imagerie.

Instabilité de la LPB : l'instabilité de la LPB est souvent liée à une atteinte de la coiffe des rotateurs. Le traitement conservateur doit être orienté vers la coiffe des rotateurs.

Rupture de la LPB : la tendance actuelle semble être de ne pas faire de chirurgie aux gens peu actifs. Les ruptures isolées sont rares (moins de 5 % des cas). On réserve la réparation de la LPB aux gens très actifs.

Dans les cas de lésions du bourrelet glénoïdien et de la coiffe des rotateurs, il est indiqué d'évaluer la LPB et de procéder à une réparation, si besoin est. La ténodèse systématique est maintenant rare depuis que la communauté scientifique chirurgicale admet que la LPB a un rôle de stabilisateur.

LA CLEF D'UN BON TRAITEMENT des atteintes de la LPB repose sur la capacité de l'examineur d'évaluer toutes les structures dynamiques de l'épaule. Comme les tendinites de la LPB sont à 95 % liées à une atteinte dégénérative de l'épaule, il est fréquent que le traitement soit orienté vers la coiffe des rotateurs.

À l'examen clinique, il ne faut jamais oublier d'évaluer l'articulation acromioclaviculaire qui, par sa triple innervation, peut donner des irradiations qui s'apparentent aux symptômes d'une atteinte de la LPB. Une synovite de l'articulation glénohumérale peut également donner un tableau clinique d'atteinte de la LPB.

Dans la plupart des cas, l'échographie s'avère l'examen de choix. Cette technique permet de faire des évaluations dynamiques qu'on ne peut obtenir avec l'imagerie par résonance magnétique.

On peut envisager une arthroscopie exploratrice lorsqu'un traitement conservateur de trois mois n'a pas donné de résultat. La tendance actuelle est de ne pas faire d'opération agressive sur ce tendon à cause de son effet stabilisateur sur la capsule de l'épaule. ☘

Grâce à votre don, Centraide aide des gens qui aident des gens



Au terme du résultat final de la collecte de fonds de la campagne 2002, les Centraide du Québec remercient les membres de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec de leur grande générosité et de leur appui très solidaire. Cet appui profitera à 1500 organismes communautaires du Québec qui fournissent de l'aide à plus d'un million de personnes dans le besoin.