

# L'acromion : anciens paradigmes et nouveaux concepts

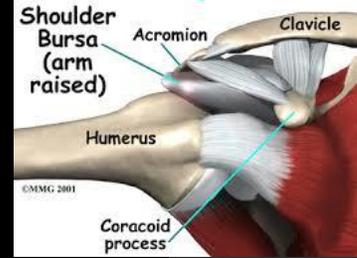
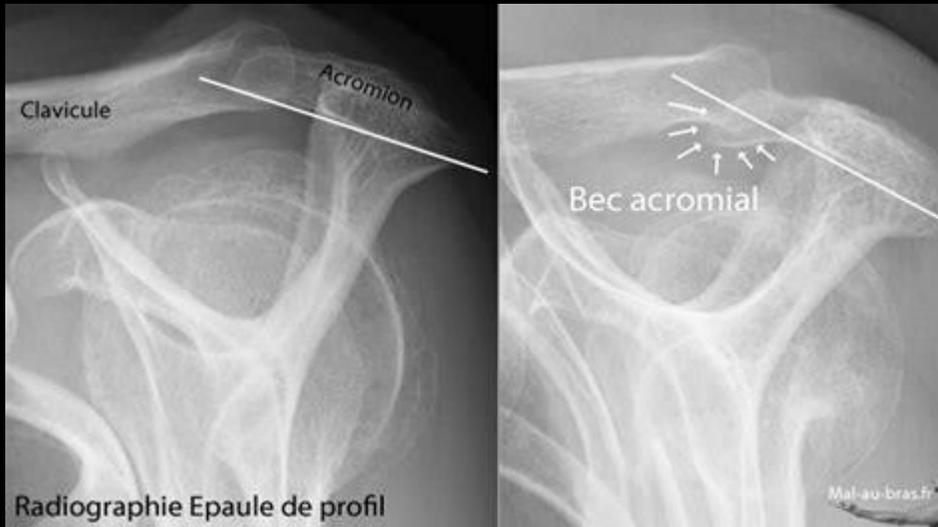


Dr Rémy OUICHKA

Rhumatologue - Thionville

# L'acromion : petit bout d'os mais gros dégâts

- Apophyse osseuse de la scapula
- Auvent acromial : bord supérieur du défilé sous-acromial
- **Facteur extrinsèque du conflit sous acromial** (Neer, 1972)
- Analyse radiologique : face et profil de coiffe

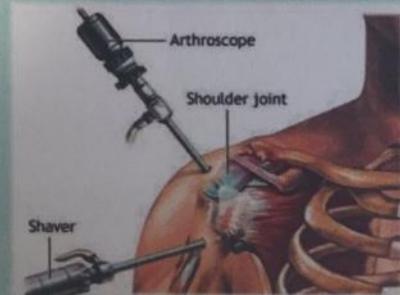


There is an assumption the acromion is causing the damage and the pain is coming from the tendon tear

*"Your acromion is causing the pain by ripping into tendon"*

*"The symptoms are coming from your tear"*

*"If we don't operate on the small tear it will get to big and we wont be able to repair it"*



# Rupture de coiffe il ne fait pas bon vieillir

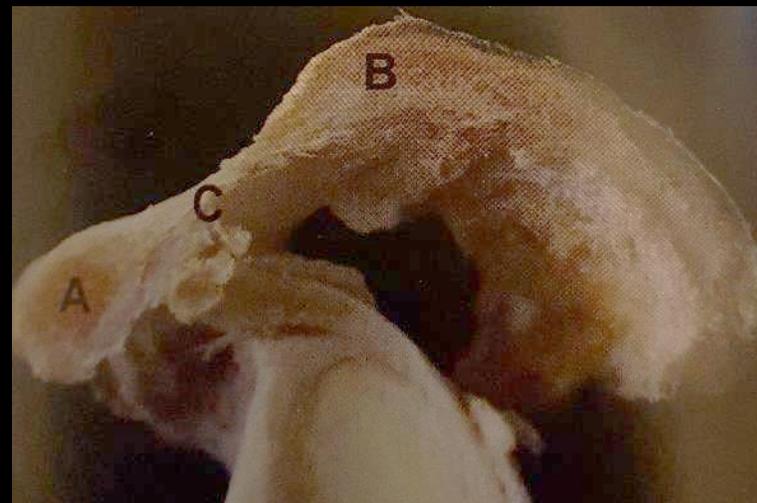


- Après 65 ans :
  - 22% de rupture transfixiante de coiffe
- Age moyen des tendinopathie de coiffe :
  - Sans rupture : 49 ans
  - Rupture transfixiante unilatérale : 59 ans
  - Rupture transfixiante bilatérale : 68 ans
- Facteurs favorisants :
  - Fonction : **port de charges lourdes au dessus de la tête**
  - Anatomiques : **morphologie acromiale**,  
arthrose acromio-claviculaire,  
instabilité scapulo-thoracique (cyphose dorsale)
  - Génétiques : polymorphisme des défensines



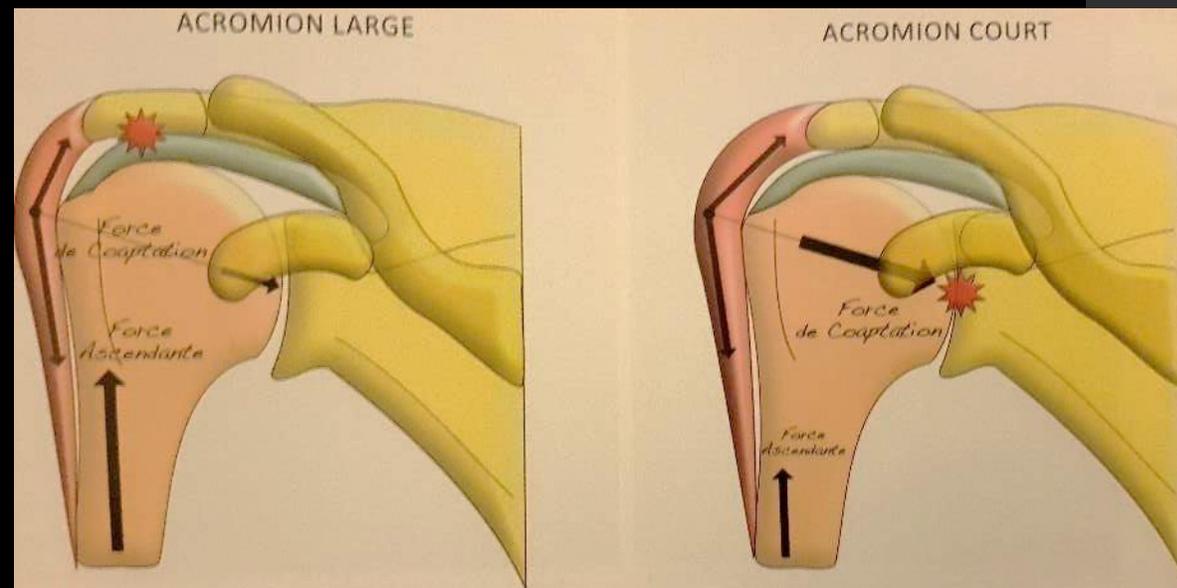
# Biomécanique acromiale

- Auvent acromial :
  - Voûte ostéo-fibreuse : acromion-LAC-coracoïde
  - Opposition à l'ascension de la tête humérale lors de l'abduction
  - Exposition du supra-épineux +++



- Acromion : insertion du Deltoïde  
Lors de l'abduction :
  - Au début : force ascendante
  - Évolution en une force de coaptation

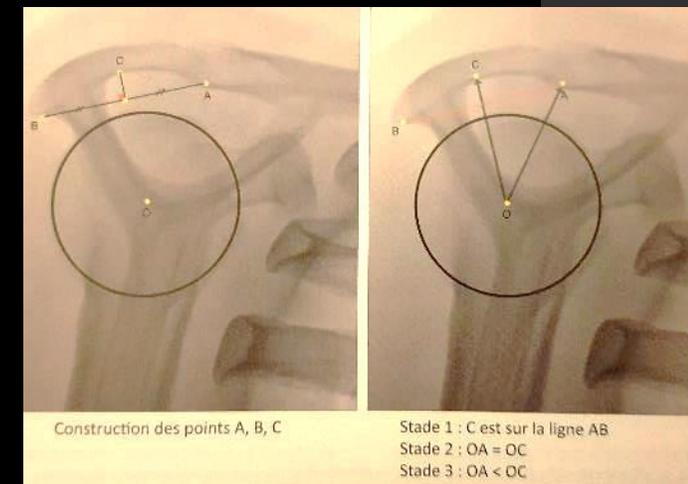
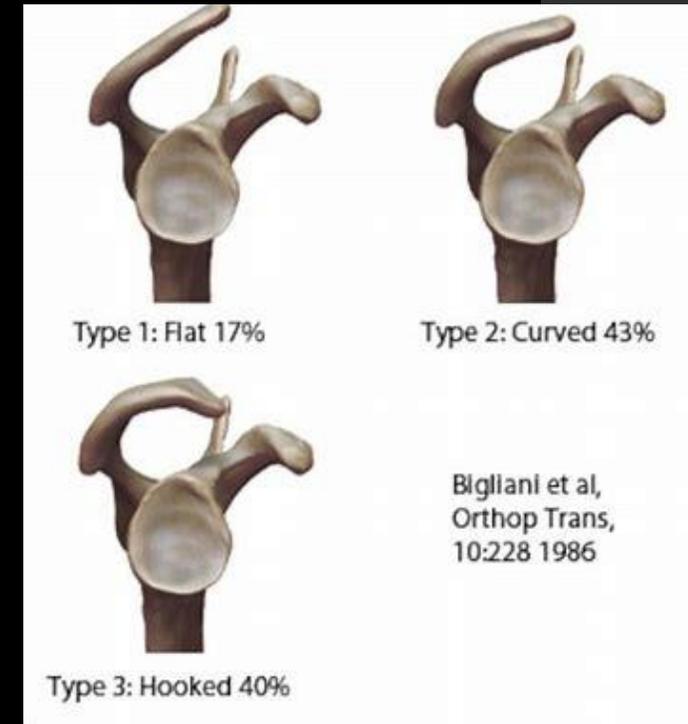
- Corrélation entre débord latéral acromial et force ascendante





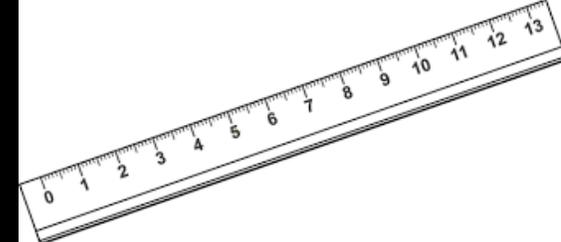
# L'acromion « crochu »

- Classification de Bigliani et Morrison (1986) :
  - Forme de l'acromion
- Classification de Park (2001) :
  - Débord inférieur acromio-claviculaire
- Rupture de coiffe : type 3 > type 1
- Mais :
  - Aspect crochu et ossification LAC quand rupture
  - Mauvaise reproductibilité : **évaluation subjective +++**

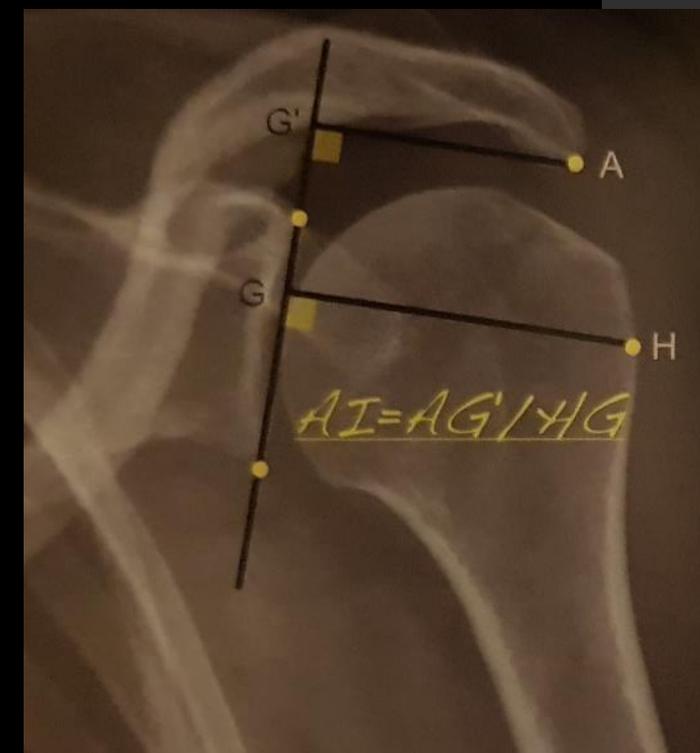


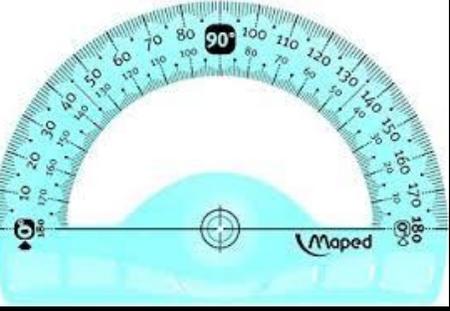


# Analyse radiologique du débord latéral : l'index acromial



- Nyffeler et coll ( 2006)
- Index : « plan glénoïdien-bord latéral de l'acromion » / « plan glénoïdien-bord du tubercule majeur »
- = **mesure du débord latéral de l'acromion**
  
- Cohorte de 102 patient avec rupture de coiffe et omarthrose
  - Index > 0,73 : rupture de coiffe
  - Index < 0,6 : omarthrose
  - Limites :
    - Pas de différence entre omarthrose et témoin
    - Mesure fonction de la taille et de la forme de l'humérus





# Un nouveau concept: l'angle critique de l'épaule



- « **Critical Shoulder Angle** » (Moor et coll, 2013)
- Angle entre plan glénoïdien et bord latéral de l'acromion
- Excellente reproductibilité inter- et intra-observateur
- Indépendant de la forme et de la position de l'humérus
  - Rupture de coiffe : angle 38°
  - Omarthrose : 28°
  - Témoins : 33°
- **CSA > 35° : rupture de coiffe et < 30° : omarthrose**



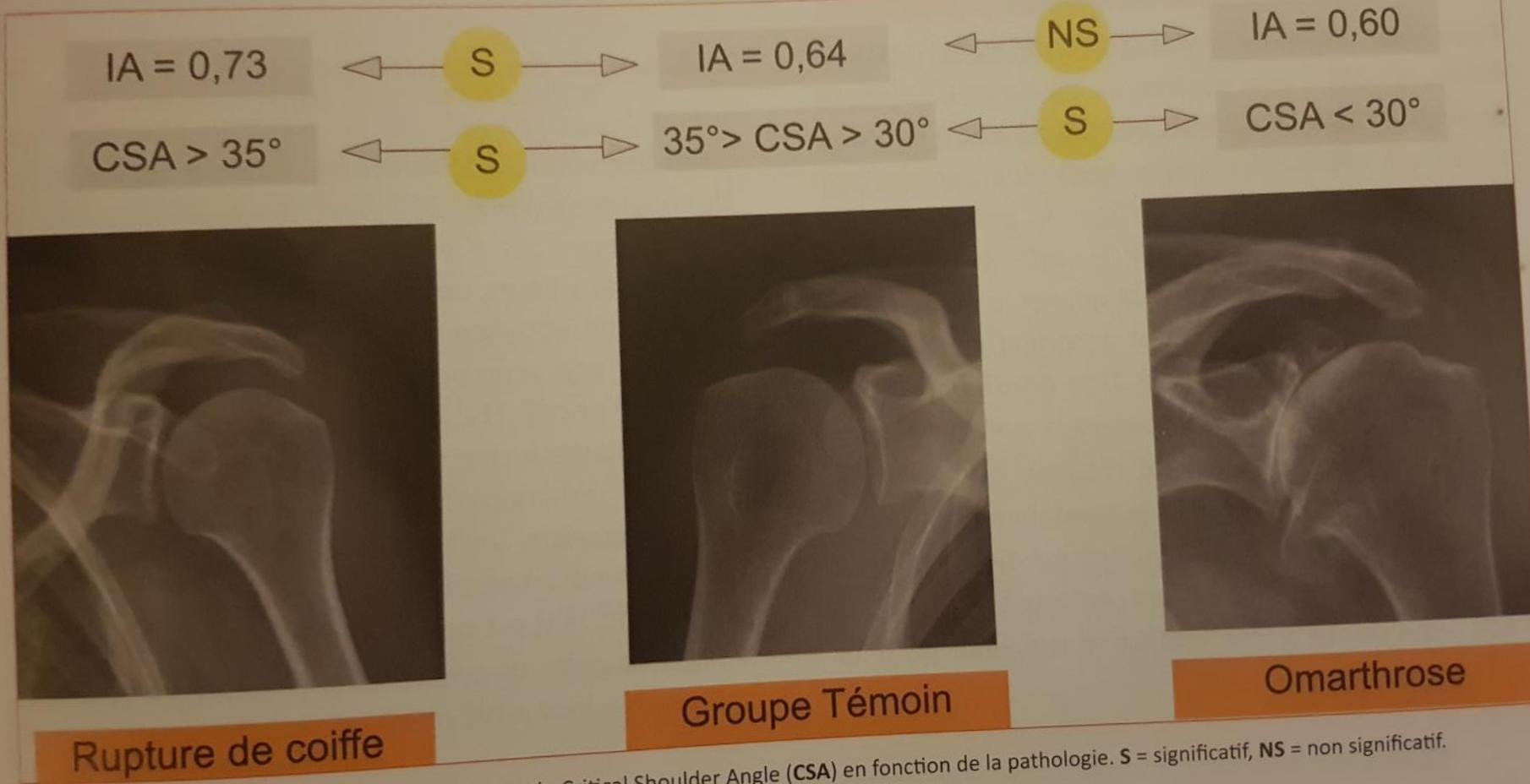


Fig. 8 : Valeur de l'index acromial (IA) et du Critical Shoulder Angle (CSA) en fonction de la pathologie. S = significatif, NS = non significatif.

# Take home messages

- Acromion crochu :
  - Agressif pour la coiffe
  - Mesure subjective
- Débord latéral acromial :
  - Meilleure explication physiopathologique pour la rupture de coiffe
  - Mesures objectives : index acromial ou angle critique de l'épaule

Merci de votre attention