

Sont représentés au conseil de rédaction de MedActuel DPC



L'Association des médecins de langue française du Canada



La faculté de médecine de l'Université Laval



Le Collège québécois des médecins de famille

Conseil de rédaction et révision scientifique

Président du conseil

Dr François Croteau



Omnipraticien, hôpital Santa-Cabrine, Montréal;
Membre du Comité de formation médicale continue de l'Association des médecins de langue française du Canada;
Directeur médical du Groupe Santé, Québec, Rogers Média.

Dre Johanne Blais



Membre du Conseil de FMC de la faculté de médecine de l'Université Laval;
Responsable du Comité de FMC du dépt. de médecine familiale de l'Université Laval;
Professeur adjoint de clinique, CHUQ, hôpital Saint-François d'Assise.

Dr Roger Ladouceur



Responsable du Plan d'autogestion de DPC, Collège des médecins du Québec;
Professeur agrégé de clinique du dépt. de médecine familiale de l'Université de Montréal;
Médecin de famille, Hôpital de Verdun du CSSS du Sud-Ouest-Verdun.

Dre Francine Léger



Médecin de famille;
Chargé d'enseignement clinique au département de médecine familiale de l'Université de Montréal;
Service de périnatalité du CHUM.

Dre Diane Poirier



Médecin, M.Sc.;
Chef du service des soins intensifs au CSSS Richelieu-Yamaska;
Professeur d'enseignement clinique au CHUS;
Membre du comité de FPC de l'AMLF.

L'appareil locomoteur au quotidien

L'épaule douloureuse

Par le Dr Cherif Tadros*, MD, FRCS(c)

Une des pathologies les plus fréquemment observées en orthopédie est l'épaule douloureuse. Le diagnostic différentiel de l'épaule douloureuse est vaste et inclut des pathologies telles la bursite/tendinite, la déchirure de la coiffe des rotateurs, la capsulite de l'épaule (*frozen shoulder*), les problèmes acromioclaviculaires et les douleurs associées à l'instabilité. Il faut aussi penser à d'autres pathologies qui peuvent causer des douleurs référées à l'épaule (origine cervicale).

Le lecteur d'une telle introduction se dira: c'est bien compliqué tout ça... je vais tout simplement adresser tous mes patients avec une épaule douloureuse à l'orthopédiste ou au physiatre, et le tour est joué...

Le lendemain, le pauvre patient appelle la secrétaire du spécialiste... Le surlendemain, il réussit à parler à cette charmante secrétaire qui lui répond: c'est complet... Veuillez rappeler dans un an et je serai en mesure de vous donner un rendez-vous un an plus tard... Soudainement, ce n'est plus l'épaule qui fait souffrir le patient mais son doigt à force de pitorner pour trouver un rendez-vous chez un spécialiste!

Le médecin de famille peut aider ces patients et les traiter tout aussi bien que le spécialiste. Voyons voir comment procéder...

Par où débiter?

Dans la grande majorité des cas, un bon questionnaire peut vous mettre sur la piste du diagnostic. Le patient qui vous consulte ne se présente pas pour une tendinite ou une capsulite, il vous décrit ses symptômes.

Le symptôme le plus fréquent est la douleur. On doit préciser les points suivants:

- Localisation de la douleur: une douleur latérale suggère une tendinopathie de la coiffe des rotateurs. Une douleur antérieure peut signifier une instabilité antérieure, ou une tendinite bicipitale.
- Apparition (chronique ou aiguë): une douleur progressive peut suggérer un problème de dégénérescence.
- Une douleur aiguë peut être causée par une luxation, une fracture, une bursite aiguë ou une déchirure aiguë de la coiffe. Une douleur moins

intense est associée aux tendinopathies de la coiffe.

- La douleur matinale accompagnée de raideur est fréquente dans les atteintes arthritiques. Les douleurs de tendinopathies apparaissent et progressent pendant l'activité ou le travail.
- La douleur nocturne est fréquente aussi dans la capsulite.
- La douleur survient au repos ou pendant la nuit: une douleur au coucher sur le membre atteint peut signifier une tendinopathie ou une atteinte acromioclaviculaire.
- La douleur apparaît en effectuant des mouvements répétitifs comme en peinturant: une tendinopathie.
- Finalement, une douleur apparaît en lançant une balle de baseball: une instabilité.
- La douleur associée à une bursite aiguë est de courte durée.
- Les douleurs de tendinopathies peuvent durer quelques semaines, mais aussi se prolonger pendant quelques années.

Ankylose

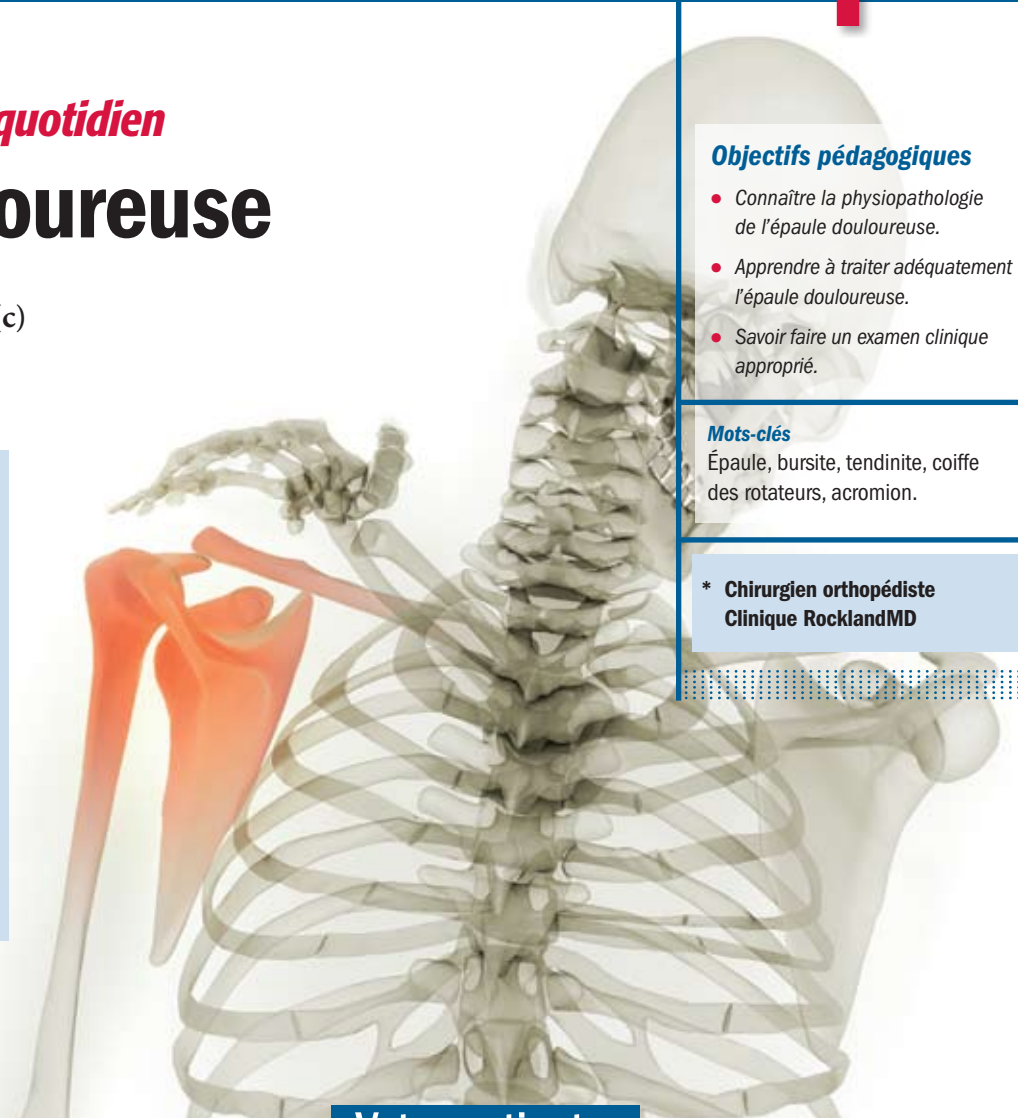
- Raideur secondaire à la douleur = tendinite
- Raideur avec plus ou moins de douleur = capsulite

Instabilité

- Histoire de luxation ou subluxation
- Histoire d'hyperlaxité ligamentaire
- Douleur depuis le jeune âge

Faiblesse

- Faiblesse sans douleur
- Faiblesse avec douleur



Objectifs pédagogiques

- Connaître la physiopathologie de l'épaule douloureuse.
- Apprendre à traiter adéquatement l'épaule douloureuse.
- Savoir faire un examen clinique approprié.

Mots-clés

Épaule, bursite, tendinite, coiffe des rotateurs, acromion.

* Chirurgien orthopédiste
Clinique RocklandMD

Votre patient

- Un joueur de hockey de 18 ans qui a heurté la bande en jouant et ressenti un «pop» dans son épaule avec douleur aiguë. Il a effectué un mouvement de l'épaule et a été soulagé... Diagnostic? Il s'agit probablement d'une luxation ou d'une subluxation de l'épaule réduite avec possibilité de lésion de Bankart sous-jacente (détachement du labrum au niveau de la glénoïde).
- Un patient de 45 ans, travaillant chez Poste Canada et qui passe sa journée à trier du courrier... Il accuse une douleur graduelle au niveau de la face latérale de l'épaule droite, augmentant à l'élévation de l'épaule et diminuant au repos... pas d'histoire de trauma... possibilité de tendinite de la coiffe.
- Une femme diabétique de 60 ans, sans histoire de trauma, avec une douleur aiguë de l'épaule, douleur qui diminue, mais raideur importante de l'épaule. Capsulite adhésive.
- Un patient de 70 ans avec douleur chronique à l'épaule avec ou sans trauma significatif. A déjà eu des injections de cortisone. A été soulagé avec récurrence. Déchirure chronique dégénérative de la coiffe.
- Un patient de 40 ans avec douleur sournoise à l'épaule. Pas d'accident. Perte de poids. Possibilité de tumeur maligne osseuse ou pulmonaire.

Autres questions

- Territoire d'engourdissements
- Antécédent personnel de diabète
- Perte de poids récente
- Antécédents de douleur similaires et résultats des traitements

Ces questions simples pourraient déjà nous orienter vers un diagnostic même avant d'avoir examiné notre patient



Pathologies de l'épaule

Syndrome d'accrochage : tendinite de la coiffe, bursite, déchirure de la coiffe

■ Les signes et symptômes

La douleur

Le symptôme principal est une douleur située sur la face antérieure et externe de l'épaule. Cette douleur peut irradier sur la face latérale du bras jusqu'au coude. La douleur augmente à l'élévation du bras et diminue au repos.

À titre d'exemple, les femmes éprouveront de la difficulté à attacher leur soutien-gorge et les hommes, à prendre leur portefeuille de la poche arrière. Le peintre aura de la difficulté à effectuer les mouvements répétitifs au-dessus des épaules et le joueur de tennis, quant à lui, sera incapable de faire son service.

Cette douleur peut être chronique et sourde, ou peut être aiguë et très intense (comme dans le cas d'une bursite aiguë). Le patient souffrant d'une déchirure de la coiffe des rotateurs peut se plaindre de faiblesse ainsi que de douleur nocturne.

► L'examen clinique

- Inspectez le patient pendant qu'il se déshabille pour rechercher des

Tests spécifiques pour faire le diagnostic d'accrochage



Figure 1
Test de NEER



Figure 2
Test de Hawkins

signes de douleur et de limitation de mouvements.

- On peut déceler une atrophie musculaire dans le cas de déchirure chronique de la coiffe au niveau de la fosse sus et sous-épineuse.
- La palpation des muscles de la coiffe peut provoquer un malaise.
- Une douleur acromioclaviculaire peut orienter vers une pathologie de cette articulation.

La douleur peut diminuer les amplitudes articulaires actives, mais le mouvement passif est normal (contrairement à une capsulite de

l'épaule où les mouvements actifs et passifs sont limités).

Il existe des tests spécifiques pour faire le diagnostic d'accrochage, incluant les tests de NEER, de Hawkins et de Jobe (figures 1, 2 et 3). D'ailleurs, le patient ne pourra accomplir un arc de cercle complet (180 degrés) avec l'épaule sans ressentir un blocage ou un accrochage.

La force musculaire est habituellement normale sauf dans le cas de déchirure massive de la coiffe des rotateurs. Le patient ne pourra maintenir son bras en abduction à 90 degrés. Une légère frappe sur ce bras le fera tomber.

► Investigation en imagerie

Une radiographie simple de l'épaule est aussi essentielle chez tout patient se présentant pour une douleur. Bien que cette radiographie soit souvent normale, on peut évaluer la forme de l'acromion, déceler la présence de calcifications, ou même diagnostiquer une tumeur osseuse ou des tissus mous (figure 4).

Une échographie peut éliminer une déchirure de la coiffe. Elle est beaucoup moins coûteuse et plus facile à obtenir qu'une résonance magnétique qui est un peu plus précise, puisqu'elle peut mieux définir

les atteintes des tissus mous, avec moins de faux positifs et de faux négatifs.

► Traitement

Une fois établi le diagnostic d'un syndrome d'accrochage, il faut procéder au traitement approprié. Les AINS sont bénéfiques pour soulager la douleur et sont souvent associés au reste du programme thérapeutique.

Quant à la réadaptation, nous recommandons aux patients un programme spécifique pour la pathologie de l'accrochage. Il s'agit d'un protocole à cinq volets :



Figure 3
Test de Jobe

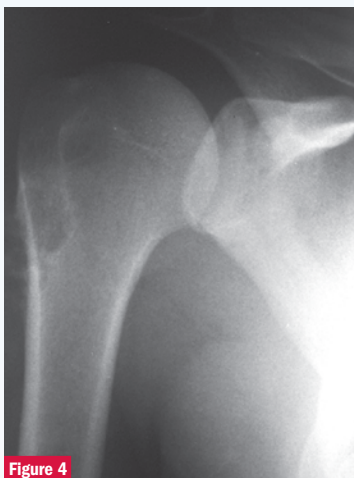


Figure 4
Radiographie d'un chondrosarcome humerus

1. Éviter le mouvement irritant ou reproduisant la douleur

Il est logique de penser qu'un tendon irrité doit être reposé. On recommande aux patients d'éviter pendant quelques semaines le mouvement irritant (travail au-dessus des épaules, service au tennis, classement, etc.).

2. Étirement de la capsule postérieure

Les patients souffrant d'accrochage présentent souvent une contracture

de la capsule postérieure de l'épaule. Nous enseignons aux patients un programme d'étirement en vue d'obtenir une amplitude articulaire complète, condition essentielle pour restaurer une fonction normale de l'épaule.

3. Renforcement musculaire

Une fois l'amplitude articulaire normale, nous entreprenons les exercices de renforcement. Nous visons surtout les rotateurs internes et externes (figures 5 et 6) qui sont des muscles stabilisateurs de l'épaule, la déprimant vers le bas et ainsi diminuant l'accrochage.

4. Aérobic

Les patients souffrant de pathologie de l'épaule sont souvent déprimés, en mauvaise forme physique, gagnent du poids et pratiquent peu d'activité physique.

Nous préconisons donc un programme d'exercices aérobiques journalier. On vise à atteindre progressivement 30 à 40 minutes, 2 à 3 fois par semaine. Le rythme cardiaque correspondra à 60 à 75 % du rythme cardiaque maximal du patient soit : $220 - \text{âge}$. Donc, pour un patient de

Exercices de renforcement musculaire



Figure 5
Renforcement des rotateurs internes

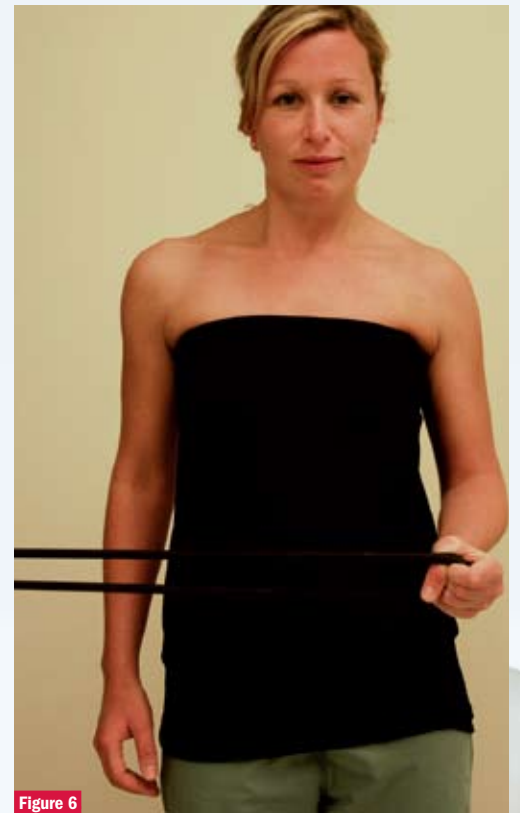


Figure 6
Renforcement des rotateurs externes

Les patients souffrant de pathologie de l'épaule sont souvent déprimés, en mauvaise forme physique, gagnent du poids et pratiquent peu d'activité physique.

50 ans : $220 - 50 = 170$. $170 \times 60/100 = 102$ battements/minute. Cet exercice a pour effet d'améliorer la forme physique, d'augmenter le seuil de douleur et de stimuler la sécrétion d'endorphine, ce qui leur procure un effet de bien-être.

5. Modification du travail ou du sport

Le but du programme décrit ci-haut est de faire en sorte que le patient retourne à son occupation ou à son sport initial.

Il faut quelquefois examiner la position adoptée lors du travail ou du sport et essayer de la modifier si possible. À titre d'exemple, il est simple de demander à une secrétaire de surélever son siège pour éviter une position horizontale des épaules quand

elle travaille sur son clavier, ou de modifier la technique de service d'un joueur de tennis.

Les personnes qui occupent un emploi exigeant des mouvements intenses et répétitifs exécutés au-dessus des épaules peuvent bénéficier d'une réorientation de carrière s'il y a échec du traitement conservateur.

Nous préférons « modifier le travail avant de modifier l'acromion ».

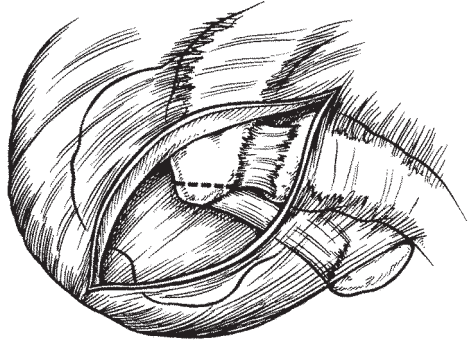
Ce programme se poursuit durant six semaines. S'il n'y a pas d'amélioration après cette période, on peut tenter une infiltration de corticostéroïdes dans l'espace sous-acromial avec des résultats souvent satisfaisants.

Il faut aussi éliminer une déchirure de la coiffe par un bilan radiographi-



Figure 7

Illustration d'une acromioplastie ouverte.



que approprié ou une échographie ou une résonance magnétique.

L'écho est moins dispendieuse, mais requiert un radiologiste formé pour décoder ces déchirures.

L'IRM est plus coûteuse, donc moins accessible, mais donne moins d'erreurs d'interprétation.

Si l'investigation est négative, nous continuons le traitement conservateur durant six mois avant d'envisager l'acromioplastie (figure 7).

Cette intervention qui consiste à amincir l'acromion peut se faire par voie ouverte, mais la tendance actuelle est de procéder à l'acromioplastie par arthroscopie qui produit de bons résultats.

Si l'investigation révèle une déchirure de la coiffe, nous discutons avec le patient de la possibilité d'une acromioplastie suivie d'une réparation de la coiffe. Il faut réparer la déchirure de la coiffe chez les patients actifs.

En conclusion, le syndrome d'accrochage est une pathologie très fréquente qui peut être traitée de façon très satisfaisante si le diagnostic est bien posé et si un protocole thérapeutique bien établi est bien observé.

La capsulite

La capsulite est une ankylose de l'articulation glénohumérale, aussi appelée *frozen shoulder*.

- Il s'agit d'un phénomène qui peut survenir spontanément.
- Plus fréquente entre 50 et 70 ans.
- Femmes plus que les hommes.
- Plus fréquente chez les patients diabétiques et peut être bilatérale.
- Atteint plus souvent le membre non dominant.
- Peut survenir aussi suite à un traumatisme de l'épaule (fracture ou chirurgie ou simple contusion).
- Peut survenir suite à une chirurgie à un autre site (abdominale ou autre).
- Peut faire partie d'un syndrome épaule-main (alygodystrophie réflexe).

► Les symptômes

- La douleur
La douleur survient surtout initialement et diminue par la suite.
- L'ankylose
Douloureuse initialement, mais moins par la suite.

► L'examen clinique

- Amplitude articulaire diminuée (active et passive).
- Mouvement scapulothoracique augmenté (compensation) mouvement entre l'omoplate et la cage thoracique.
- Signes de dystrophie réflexe (pilosité diminuée, coloration bleutée, froid, transpiration).



Figure 8

Test d'appréhension

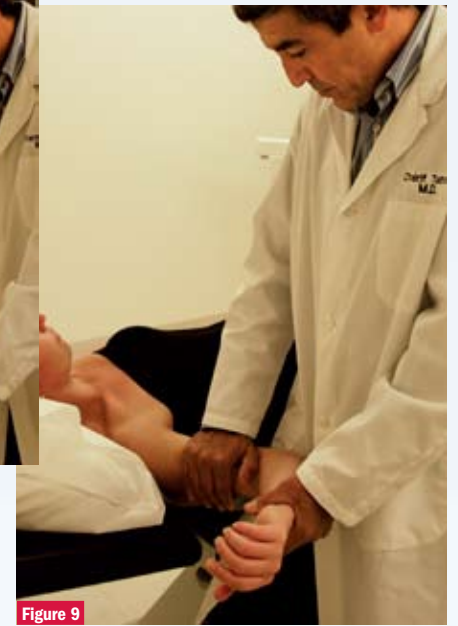


Figure 9

Test de relocation

■ Traitement

Il s'agit d'une pathologie qui se résout spontanément dans la majorité des cas. L'amélioration de l'amplitude articulaire se fait progressivement, mais l'ankylose peut durer 12 à 18 mois.

Le traitement conservateur inclut la médication et la physiothérapie. L'arthrographie distensive suivie d'une infiltration cortisonnée peuvent être répétées jusqu'à trois fois avec un intervalle de six semaines entre chaque intervention.

Quand il y a persistance de l'ankylose (plus de six mois), un traitement plus dynamique peut être suggéré.

La manipulation de l'épaule sous anesthésie générale suivie de physiothérapie peut donner de bons résultats, mais n'est pas sans risque (fracture de l'humérus) et inconfort pour le patient.

L'arthrolyse par arthroscopie est une technique chirurgicale plus contrôlée, puisqu'on relâche la capsule sélectivement, mais comporte aussi des risques de lésions nerveuses et de récurrence.

L'instabilité de l'épaule

- Histoire de luxation traumatique ou de subluxation (moins évidente).
- Instabilité multidirectionnelle chez les patients hyperlaxes.
- Penser à cette possibilité chez le patient jeune (moins de 40 ans) avec des symptômes d'accrochage (instabilité sous-jacente frustrée).

► L'examen clinique

- Sulcus
- Appréhension (figure 8)
- Relocation (figure 9)
- Hyperlaxité généralisée

► Traitement

- Luxation récidivante de l'épaule : adresser en chirurgie.
- Instabilité multidirectionnelle : réhabilitation+++
- Renforcer les rotateurs interne/externe de l'épaule.

Quand il y a échec de ce traitement (six mois), adresser en orthopédie.

Autres pathologies de l'épaule

Pathologie acromioclaviculaire

En haut, à droite, la clavicule; à gauche, l'acromion.

- Douleur à la palpation
- Proéminence douloureuse de l'articulation
- Douleur à l'adduction contre résistance.
- Signe du foulard positif. (figure 10)
- Patient amène son épaule en adduction contre résistance, provoquant une douleur à l'articulation acromioclaviculaire.

Lésion SLAP

Signifie *Superior labrum antero-posterior* (figure 11)

Il s'agit d'un détachement du labrum supérieur (insertion du long tendon du biceps sur la glénoïde). Souvent associé à une déchirure du sous-scapulaire.

- Diagnostic plus difficile.
- Y penser quand le traumatisme s'est fait par traction ou chute sur le bras en extension.
- Accidents d'auto avec rétentement de la ceinture de sécurité.
- Aussi, chez les lanceurs et les nageurs.

Figure 10
Signe du foulard

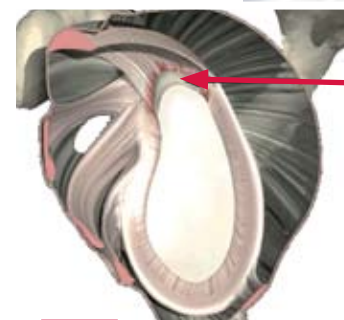


Figure 11

Lésion SLAP

► Examen clinique

- Douleur au niveau de la gouttière bicipitale
- Speed-O'Brien
- Diminution de la rotation interne avec test speed positif qui persiste avec quelques traitements de physiothérapie.

Conclusion

Un questionnaire ciblé, un bon sens de l'observation et un examen clinique approprié vous aideront à arriver à un bon diagnostic différentiel. La clé du succès du traitement réside dans un diagnostic précis. Un traitement conservateur sera souvent suffisant pour contrôler la majorité de ces affections. Trop souvent, on oublie la réadaptation des structures blessées par la physiothérapie. Conséquences : récurrences et douleurs chroniques. ■