



formation continue

La médecine des arts de la scène

CAROLINE, une altiste de talent qui n'avait jusqu'alors jamais éprouvé de problèmes physiologiques liés à la pratique de son instrument, ne s'en préoccupait pas outre mesure jusqu'au jour où elle ressentit une douleur subtile, ou plutôt la sensation d'un « léger picotement dans le coude droit » s'intensifiant. Elle décida alors de consulter un médecin, et quelle ne fut pas sa surprise de constater l'ignorance relative du milieu médical en ce qui a trait à la pratique musicale. « Vous n'avez qu'à changer de main », lui a-t-on rétorqué.

Cette ignorance est encore plus surprenante si l'on considère l'incidence élevée des affections du membre supérieur chez les musiciens. Une étude effectuée au milieu des années 80 auprès de 250 musiciens révèle qu'environ la moitié d'entre eux auraient eu des symptômes de trouble de l'appareil locomoteur et une autre, regroupant 900 musiciens cette fois, indique que de ce nombre, près de la moitié éprouvent de la douleur lorsqu'ils jouent de leur instrument.

Cette situation paradoxale mérite que l'on aborde, dans une perspective de prise en charge de première ligne, les principales affections musculo-squelettiques du membre supérieur susceptibles d'affecter le musicien.

Facteurs de risque^{1,2}

Il est communément admis que, dans le domaine musical, l'entraînement assidu et régulier est gage de succès. Il comporte également des risques physiologiques lorsqu'il devient trop

La D^e Emmanuèle Boissé-Rheault est résidente en médecine familiale au CLSC des Faubourgs, à Montréal. M. Pierre Bouthillier est journaliste et musicien.

Quand la clé de sol vous fait une clé de bras...

*par Emmanuèle Boissé-Rheault
et Pierre Bouthillier*

Dans son autobiographie (1839), le pianiste et compositeur Robert Schumann avouait avoir du mal à bouger certains doigts et, plus près de nous, Max Weinberg, batteur de Bruce Springsteen, a longtemps été victime d'une tendinite de l'avant-bras.

Depuis Schumann, on peut donc se demander si le milieu médical s'est intéressé aux musiciens qui sont victimes à un moment ou à un autre de ce genre de problèmes.

fréquent ou trop intensif. Comme dans le domaine sportif ou dans d'autres types d'activités professionnelles impliquant des mouvements répétitifs, la pratique intempestive d'un instrument musical peut engendrer de sérieuses affections de l'appareil locomoteur. Aussi, un mode de vie sédentaire et le fait que la plupart des musiciens ne font pas de réchauffement ni d'étirements avant de jouer sont autant d'éléments propices au déclenchement de phénomènes pathologiques. Enfin, de par leur conception, plusieurs instruments entraînent des risques physiques particuliers, ne serait-ce qu'à cause de leur poids ou de la posture qu'impose leur pratique.

L'épaule³⁻⁶

Les troubles de l'appareil locomoteur affectant l'épaule sont courants

chez les musiciens, particulièrement chez ceux qui jouent des instruments à cordes et à vent. L'épaule étant une articulation des plus mobiles, elle est soumise de façon prolongée à de lourds stress statiques et (ou) dynamiques. Il y a, par exemple, les mouvements répétitifs et rapides nécessaires à la manipulation d'un archet. Ou encore l'immobilisation du bras en tension soutenue pour porter un violon ou tenir un accord sur un manche de guitare. Les problèmes les plus souvent rencontrés sont : la tendinite aiguë de la coiffe des rotateurs avec ou sans phénomène d'accrochage, la tendinite calcifiante de la coiffe des rotateurs, la bursite sous-acromiale ou sous-deltaïdienne, la tendinite bicipitale, la capsulite adhésive, la bursite scapulothoracique ainsi que l'ostéoartrrose glénohumérale et acromioclaviculaire.

Un mode de vie sédentaire et le fait que la plupart des musiciens ne font pas de réchauffement ni d'étirements avant de jouer sont autant d'éléments propices au déclenchement de phénomènes pathologiques.

Repère

Tendinite aiguë de la coiffe des rotateurs avec ou sans phénomène d'accrochage

Chez le musicien, la tendinite aiguë de la coiffe des rotateurs survient principalement à la suite de lésions microtraumatiques infligées par une hypersollicitation des muscles de la coiffe des rotateurs. D'autres facteurs, tels la dégénérescence tendineuse, des traumatismes anciens et l'instabilité de l'épaule, peuvent également contribuer à l'avènement d'une tendinite. Une fois les phénomènes inflammatoires installés, la douleur se manifeste à la face supéro-externe de l'épaule et du bras. Présente au repos, cette douleur est souvent exacerbée par les mouvements et gêne de façon importante le musicien dans la pratique de son art. À l'examen physique, on aura recours aux mouvements isométriques contrariés afin de préciser le diagnostic : abduction contrariée (muscle sus-épineux), rotation interne contrariée (muscle sous-scapulaire) et rotation externe contrariée (muscles petit rond et sous-épineux). La tendinite aiguë de la coiffe des rotateurs peut survenir isolément ou en association avec un phénomène d'accrochage.

Le phénomène d'accrochage (*impingement syndrome*) se produit lors de la réduction de l'espace sous-acromial alors que les tendons des muscles sus-épineux et sous-épineux se trouvent comprimés entre la grosse tubérosité de la tête humérale et la voûte acro-

miocoracoïdienne. Lorsque le bras est en position anatomique, le long du corps, peu de symptômes se manifestent, sauf peut-être de la douleur lorsque le patient s'est allongé du côté de l'épaule atteinte pour dormir. Les symptômes surviennent principalement lorsque le bras est placé à plus de 90° d'abduction (pratique du violon, de la flûte traversière etc.). La douleur est présente à l'épaule vis-à-vis de la portion antérolatérale de l'acromion et de la grosse tubérosité humérale, et elle est reproductible pendant l'abduction entre 60° et 120° (arc douloureux). Lorsque la douleur est vive, la mobilité peut être diminuée en force et en amplitude.

Ici, l'efficacité du traitement est directement proportionnelle à la précocité du diagnostic. En plus de prescrire des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) pour une courte durée, le praticien suggérera une diminution de la charge de travail du membre affecté, des exercices visant à renforcer la coiffe des rotateurs ainsi que des exercices d'amplitude permettant de maintenir la mobilité de l'épaule.

Si les symptômes persistent, ou s'il s'agit d'un problème chronique, il est indiqué de faire une radiographie de l'épaule. En outre, une injection de lidocaïne dans l'espace sous-acromial, si elle soulage l'arc douloureux, peut aider à confirmer le diagnostic. On procédera alors (avec les précautions appropriées) à l'injection de corticostéroïdes, en s'assurant que le patient sera

au repos absolu pour une courte période. Dans les cas les plus récalcitrants, on pourrait avoir recours à un traitement chirurgical (acromioplastie).

Tendinite calcifiante de la coiffe des rotateurs

La tendinite calcifiante est fréquente. Les dépôts de calcium se trouvent le plus souvent à l'insertion des tendons sus-épineux et sous-épineux. Elle comporte deux phases : la phase de formation du dépôt de calcium (relativement asymptomatique) et la phase de résorption du dépôt de calcium, où la douleur atteint son paroxysme avec une impotence de l'épaule. Au cours de cette phase, la douleur semble plus importante la nuit et lorsque le bras est en abduction à plus de 90°.

Dans la plupart des cas, le problème se résout spontanément avec le temps. Le traitement vise donc à contrôler les symptômes (AINS, application de glace, injection d'anesthésiques dans l'espace sous-acromial). Pour les rares cas réfractaires, un traitement chirurgical peut se révéler nécessaire.

Bursite sous-acromiale ou sous-deltoïdienne

La plupart du temps, la bursite sous-acromiale ou sous-deltoïdienne est secondaire de l'extension du phénomène inflammatoire et (ou) de la calcification d'une tendinite du muscle sus-épineux. Elle est par conséquent difficile à différencier de la tendinite de la coiffe des rotateurs. Surtout centrée à l'insertion du deltoïde, la douleur est davantage présente en abduction active qu'en abduction passive.

La traitement comprend le repos, l'application de chaleur, les exercices d'amplitude des mouvements, la prise d'AINS et, s'il y a lieu, l'injection de corticostéroïdes.

Les troubles de l'appareil locomoteur affectant l'épaule sont courants chez les musiciens, particulièrement chez ceux qui jouent des instruments à cordes et à vent. L'épaule étant une articulation des plus mobiles, elle est soumise de façon prolongée à de lourds stress statiques et (ou) dynamiques.

Tendinite bicipitale

La tendinite bicipitale est fréquente chez les violonistes, principalement à cause de l'importante contribution du biceps dans les mouvements de flexion et d'abduction de l'épaule ainsi que dans les mouvements de flexion et de supination de l'avant-bras caractéristiques du maniement de l'archet. Souvent associée à la tendinite de la coiffe des rotateurs, la tendinite bicipitale peut néanmoins survenir isolément. La douleur est ressentie directement au-dessus du trajet du tendon de la longue portion du biceps.

À l'examen, on peut reproduire la douleur en palpant la gouttière bicipitale et par des manœuvres de Speed (flexion et élévation du bras en supination contre résistance) et Yergason (supination contre résistance avec coude fléchi à 90°).

Il arrive également que les patients atteints de tendinite bicipitale chronique disent entendre un bruit sec et soudain au niveau du bras suivi d'un soulagement immédiat de la douleur. Ce phénomène signale la rupture du tendon de la longue portion du biceps.

Un traitement conservateur, semblable au traitement recommandé pour les affections précédentes, est de rigueur. En ultime recours, on peut essayer une injection de corticostéroïde dans la région péri-tendineuse.

Capsulite adhésive

La capsulite adhésive survient à la suite de diverses affections de l'épaule (tendinite, bursite, traumatisme, etc.), en association avec certaines maladies systémiques (diabète, maladies thyroïdiennes et cardiovasculaires, etc.) ou spontanément. D'apparition progressive et insidieuse, la capsulite se manifeste d'abord par une douleur à l'épaule qui évolue sur plusieurs se-

maines, pouvant être accompagnée d'un spasme douloureux au trapèze.

Ensuite, la phase d'enraidissement (4 à 12 mois) se caractérise par une limitation à la fois active et passive des mouvements de l'articulation glénohumérale. Enfin arrive la phase de récupération spontanée (6 à 12 mois), où les symptômes régressent.

Le traitement est avant tout préventif et consiste au retour rapide et progressif à la mobilisation par les exercices d'amplitude indiqués après toute affection de l'épaule. Une fois la capsulite installée, il convient de la traiter par la physiothérapie, les AINS, l'injection de corticostéroïdes, les opiacés (si la douleur empêche le patient de dormir). Si après deux mois de ces traitements la raideur persiste, on envisagera une arthrographie distensive, effectuée sous anesthésie locale par un radiologiste, suivie de la prise de corticostéroïdes.

Bursite scapulothoracique

Fréquemment, les musiciens se doivent de rester assis tout en jouant de leur instrument durant de longues heures consécutives afin de répondre aux exigences des répétitions et des représentations. Ce stress postural peut entraîner l'irritation des bourses scapulothoraciques situées sous l'omoplate entre le muscle sous-scapulaire et le muscle grand dentelé antérieur. Cette douleur à l'épaule, soulagée en position couchée, n'est cependant pas aggravée la nuit lorsque le patient s'appuie sur l'épaule, mais plutôt lorsqu'il est assis, les épaules voûtées vers l'avant. La douleur est également reproductible en appliquant des mouvements de protraction des épaules et diminuée à la rétraction. À l'examen, on peut trouver une sensibilité et un œdème au rebord interne de l'omo-

plate lorsque l'épaule atteinte est en protraction. Des crépitements sont également audibles au cours des mouvements actifs.

Un programme d'exercices visant à renforcer la musculature périscapulaire (rhomboïde, trapèze, etc.) de même qu'une rééducation posturale sont des mesures thérapeutiques essentielles. Pour les cas chroniques, un traitement aux AINS et (ou) une injection de corticostéroïdes peuvent s'avérer utiles. Lorsque l'on n'obtient aucune amélioration malgré une bonne collaboration du patient, on peut avoir recours à la chirurgie (burssectomie scapulothoracique).

Ostéoarthrose glénohumérale et acromioclaviculaire

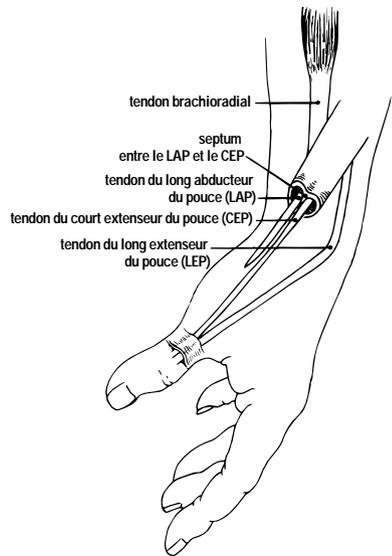
Les articulations glénohumérale et acromioclaviculaire comptent parmi les zones les plus fréquemment atteintes par l'ostéoarthrose au membre supérieur. Le patient présente initialement une douleur diffuse, mal localisée, qui entraîne une faiblesse et une limitation volontaire des mouvements. Par la suite, des changements dégénératifs structuraux affectent la fonction articulaire et, graduellement, des déformations articulaires visibles s'installent, accompagnées d'œdème et d'une douleur accentuée lors des périodes d'exacerbation. Le diagnostic peut être confirmé par la présence des changements radiologiques associés.

Typiquement, l'ostéoarthrose de l'articulation acromioclaviculaire s'exprime par une douleur à la région latérale et supérieure de l'épaule, douleur amplifiée par les manœuvres d'adduction du bras et lorsque les bras sont maintenus au-dessus des épaules (comme le mouvement qu'exige la manipulation d'un archet).

La prise d'AINS *per os* ainsi que

Figure 1

Ténosynovite de De Quervain



Source : Sataloff RT, Brandfonbrener AG, Lederman RJ. *Performing Arts Medicine*. San Diego : Singular Publishing Group, 1998 : 246.

l'infiltration de corticostéroïdes s'avèrent ici très efficaces lorsque les symptômes sont légers ou modérés. Pour les cas graves et persistants, la chirurgie (excision de la clavicule distale) est une option à envisager.

Quand l'atteinte est glénohumérale, le patient se plaint d'une douleur omniprésente lors de tous les mouvements de l'épaule, qui n'est soulagée que par le repos, le bras le long du corps, en position anatomique. Blocage et crépitements articulaires peuvent se manifester dans des cas plus avancés. Le traitement est symptomatique, avec des AINS et (ou) une infiltration. Par ailleurs, il est important de maintenir l'amplitude articulaire ainsi que la force musculaire par des exercices réguliers. En ultime recours, une chirurgie de remplacement avec prothèse est recommandée pour les patients souffrant d'une atteinte fonctionnelle

sérieuse ne répondant pas aux mesures conservatrices.

Le coude^{3, 6-8}

Épicondylite externe

L'épicondylite externe est la plus courante des affections du coude ; elle est plus fréquente chez les percussionnistes. Elle est associée à un usage fréquent et répétitif des extenseurs du poignet dont l'insertion tendineuse, située précisément au niveau de l'épicondyle externe, est le siège d'un processus inflammatoire. La douleur, centrée à la face latérale du coude, peut irradier à la fois au tiers supérieur de l'avant-bras et, au niveau proximal, au bras.

En phase aiguë, cette affection peut compromettre sérieusement le fonctionnement du bras. À l'examen, le praticien trouvera une sensibilité focalisée sur l'épicondyle. De plus, les symptômes pourront être reproduits par une manœuvre d'extension du poignet contre résistance, le coude maintenu en extension.

Chez la plupart des patients, les symptômes régresseront avec le ralentissement des activités, l'application de glace, la prise d'AINS ainsi que le port, pendant les périodes de repos, d'une orthèse empêchant l'extension du poignet. De légers exercices de flexion et d'extension, ainsi que des étirements et des massages peuvent également contribuer à la guérison. Les cas les plus graves bénéficieront d'infiltrations de corticostéroïdes, voire d'une chirurgie (désinsertion des muscles épicondylaires).

Épicondylite interne

Beaucoup moins courante que l'affection précédente, l'épicondylite interne est une inflammation de l'in-

sertion tendineuse des muscles fléchisseurs pronateurs du poignet et peut être associée à une neuropathie du nerf cubital. À la palpation, le praticien découvre une douleur au niveau de l'épicondyle interne (épitrochlée), et peut reproduire les symptômes par des manœuvres de flexion et de pronation du poignet contre résistance.

Les mesures thérapeutiques envisageables sont similaires à celles qui s'appliquent à l'épicondylite externe.

Le poignet^{3, 6, 8, 9}

Ténosynovite de De Quervain

Ce problème est surtout le lot des pianistes, des clarinettes et des hautboïstes, et les femmes sont plus particulièrement affectées que les hommes. Une pianiste signalera des antécédents de douleur aiguë à l'apophyse styloïde radiale survenant lorsqu'elle passe le pouce sous la main jusqu'au cinquième doigt (en flexion/opposition) pour jouer la note suivante. La ténosynovite sclérosante de De Quervain (figure 1) affecte le premier compartiment dorsal du poignet, à l'intérieur duquel sont enchâssés les tendons du long abducteur et du court extenseur du pouce. La douleur est maximale à la face radiale du poignet, mais peut irradier au pouce. Elle est mise en évidence par les trois manœuvres suivantes :

- abduction et extension du pouce contre résistance ;
- flexion palmaire du pouce contre résistance avec poignet maintenu en flexion ;
- signe de Finkelstein : douleur reproduite lorsque le pouce est fléchi dans la paume de la main, poing fermé, et le poignet en flexion cubitale.

Il est ici important de considérer dans le diagnostic différentiel l'ostéoarthrose

de l'articulation carpométacarpienne du pouce (voir plus loin), dont le tableau clinique est analogue.

Dans les cas légers ou modérés, le traitement consiste à se reposer, à porter une orthèse statique d'immobilisation du poignet et du pouce et à prendre des AINS pour une période de deux à trois semaines. Pour les cas plus graves, les corticostéroïdes par voie orale ou en infiltration locale s'avèrent plus efficaces. Si les récurrences sont fréquentes, il faudra songer à la décompression chirurgicale du premier compartiment.

Kyste synovial

De cause inconnue, le kyste synovial (également appelé ganglion synovial) se manifeste fréquemment à la face dorsale du poignet, **mais il peut passer inaperçu à l'examen (kyste occulte)**. C'est une masse caoutchouteuse, fluctuante, le plus souvent indolore, se formant à partir de la capsule articulaire ou de la gaine tendineuse sous-jacente.

Bien qu'habituellement asymptomatique, le kyste synovial peut, pour un musicien, être source d'un malaise certain à cause de l'espace qu'il occupe dans une structure anatomique aussi exiguë que le poignet. Il peut disparaître spontanément et récidiver périodiquement.

La rupture par manipulation externe n'est pas recommandée. Le kyste devrait plutôt être éliminé par aspiration à l'aiguille, puis infiltré avec un corticostéroïde. Pour les cas récidivants et symptomatiques, on peut avoir recours à l'excision chirurgicale.

Tendinites

Les guitaristes et les personnes qui jouent d'un instrument à vent encourrent des risques très élevés d'avoir

au moins une fois dans leur vie de musicien une tendinite d'insertion au poignet.

Les longues périodes de répétition, alliées à une multitude de mouvements répétitifs et de poses statiques prolongées, le plus souvent le poignet en flexion et en déviation cubitale, prédisposent plus particulièrement à cette affection les tendons des muscles fléchisseurs carpicubital et carpiradial et du muscle extenseur carpicubital.

La douleur se limite habituellement au point d'insertion des tendons, et elle est surtout ressentie lorsque les muscles correspondants sont sollicités. À la palpation, la douleur est maximale au sillon distal de flexion du poignet, et elle est mise en évidence par les manœuvres de flexion contre résistance. L'œdème des tendons fléchisseurs est souvent visible au poignet. À cause de la proximité du canal de Guyon et du tendon du fléchisseur carpicubital, la neuropathie distale du nerf cubital est souvent associée à cette tendinite.

Lorsque les symptômes se manifestent au moindre geste routinier, le traitement consiste en une immobilisation du poignet quasi continue pour une période d'environ deux ou trois semaines, mais jamais davantage pour un musicien. Par la suite, on préconise un retour planifié et progressif à l'activité. Les AINS peuvent être ajoutés à ce traitement et, en cas d'échec, on peut envisager la prescription de corticostéroïdes par voie orale ou en infiltration. Exceptionnellement, la chirurgie s'avère nécessaire.

La main^{3,6,8,10}

Ténosynovite des fléchisseurs, ou doigt gâchette

Phénomène fréquent chez les mu-

siciens, la ténosynovite des fléchisseurs est aussi associée à des maladies systémiques telles que le diabète, l'arthrite rhumatoïde et la goutte. Le pouce, le majeur et l'annulaire sont les doigts les plus affectés par ce problème.

Au début, l'affection se manifeste par une raideur matinale, une douleur aux articulations interphalangiennes proximales (IPP) des doigts et une hyperextension douloureuse des articulations métacarpophalangiennes (MCP). Plus tard, on note de l'œdème et une amplitude articulaire diminuée à l'IPP. Si l'œdème péri-tendineux devient trop gros et qu'il y a sténose de la gaine tendineuse et (ou) formation d'un nodule à la surface du tendon à la base du doigt, on assiste au phénomène du « doigt gâchette » (doigt à ressort).

L'artiste signale alors une flexion normale des doigts accompagnée d'une sensation croissante de blocage en extension. Lorsqu'il force l'extension au-delà du blocage mécanique, il se produit un claquement sourd, signe de la réintégration soudaine du tendon dans sa gaine. L'extension est parfois si douloureuse que le patient évite d'effectuer ce mouvement, ce qui peut entraîner une réduction permanente de la longueur du tendon. À l'examen, le nodule et le phénomène « gâchette » sont facilement palpables à environ 1 cm au-dessus de l'articulation MCP. En demandant au patient de fermer le poing et de l'ouvrir rapidement, on voit les doigts atteints, qui traînent derrière les autres ou sont bloqués en flexion.

Avec des AINS et du repos, l'infiltration de corticostéroïdes dans la gaine tendineuse (en prenant bien soin d'éviter le tendon lui-même) est le traitement de base. La même zone ne doit pas être infiltrée plus de deux ou trois fois. Pour les cas réfractaires, on peut

Tableau I

Évaluation du musicien

- Histoire détaillée de la maladie actuelle :
 - signes et symptômes
 - progression
- Anamnèse médicale complète :
 - antécédents
 - traumatismes
 - chirurgies
 - affections musculosquelettiques et traitements associés
- Histoire musicale
- Sources de stress professionnel et social
- Examen physique complet
- Examen neuro-musculosquelettique orienté
- Analyse de la posture et de la technique de jeu
 - directe
 - vidéographique

avoir recours à une chirurgie de libération du tendon.

Laxité ligamentaire de l'articulation métacarpophalangienne du pouce

Les violoncellistes et les contrebassistes doivent manipuler un archet en position debout, sur un instrument à corde de taille considérable, et le plus souvent avec une technique de préhension énergique. Toutes ces conditions, alliées à de longues heures de pression longitudinale continue exercée sur le pouce maintenant l'archet en place, impose au ligaments du pouce un stress chronique entraînant un risque élevé de laxité ligamentaire anormale. Le ligament le plus susceptible de subir cette altération est le ligament collatéral cubital de l'articulation métacarpophalangienne (MP) du pouce. Lorsque ce dernier atteint

un degré de laxité élevé, la stabilité dynamique de l'articulation doit alors être compensée par la musculature de l'éminence thénar. Ainsi sollicitée de façon soutenue et prolongée, celle-ci aura des problèmes de fatigue musculaire qui s'exprimeront par de la douleur, des crampes et des spasmes.

Le traitement initial consiste en une immobilisation à court terme et des modifications de la technique de préhension de l'archet. Le ligament atteint retrouve rarement sa consistance d'origine, et pour stabiliser l'articulation de façon définitive, il faut parfois en venir à la reconstruction chirurgicale.

Ostéoarthrose

Tout comme les articulations de l'épaule, certaines articulations de la main sont particulièrement sujettes à l'ostéoarthrose (OA). Ce sont les articulations interphalangiennes des doigts (IPD) et l'articulation carpo-métacarpienne (CM) du pouce.

La plus courante de toutes les formes d'OA, l'OA de l'articulation interphalangienne distale, est plus fréquente chez les femmes et, semble-t-il, au niveau du cinquième doigt des pianistes. La douleur est habituellement intermittente, dure de trois à quatre semaines par attaque, et répond bien aux AINS.

Les cas plus avancés, où il y a perte du cartilage et de la régularité des surfaces articulaires, se manifestent par des déformations externes et des nodosités d'Heberden. Ils peuvent être soulagés par une immobilisation de deux à trois semaines avec port d'une courte orthèse à la face dorsale de l'articulation IPD. En extrême recours, lorsqu'il y a déjà une raideur articulaire importante, on peut envisager l'arthrodèse chirurgicale. Dans les cas où les articulations IPD et IPP (no-

dosité de Bouchard) sont toutes deux dans un processus d'OA, le musicien aura d'énormes difficultés à la flexion, voire une perte totale de mouvement, et il devra conséquemment modifier sa technique.

Les pianistes, les violoncellistes et les contrebassistes sont davantage exposés à l'OA de l'articulation CM du pouce à cause de la technique inhérente à leur instrument (passage du pouce sous la main, pince pouce-index avec tenue d'un gros archet, pouce en flexion et adduction). La grande mobilité de cette articulation l'expose de façon prématurée aux changements dégénératifs. Particulièrement douloureuse, l'OA de l'articulation CM du pouce est une cause fréquente de perte fonctionnelle du pouce. La douleur, ressentie à la face radiale du poignet et à la base du pouce, est amplifiée par l'activité et soulagée par le repos. Initialement, l'articulation est enflammée, douloureuse à la palpation et montre une grande laxité. Par la suite, à mesure que le processus dégénératif progresse, il y aura déformation et raideur articulaire accompagnée de crépitements lors de la manœuvre de compression et de rotation du métacarpe contre le carpe. Le traitement commence par du repos, la prise d'AINS, une brève période d'immobilisation avec orthèse et l'infiltration de corticostéroïdes. De plus, des modifications dans la technique de jeu permettront de réduire les forces de préhension superflues.

A FIN DE TRAITER et de suivre adéquatement le musicien, il est important de recueillir le maximum d'informations pertinentes (*tableau I*). De façon générale, les mesures thérapeutiques de base demeurent les mêmes

pour la plupart des affections traitées ici, c'est-à-dire :

- repos absolu ou relatif (répétitions entrecoupées de pauses fréquentes) ;
- orthèse d'immobilisation (seulement pour de brèves périodes) ;
- application de glace (dans les 72 heures suivant l'apparition des symptômes) ;
- application de chaleur (symptômes persistants) ;
- analgésique/AINS *per os* ;
- infiltration locale (agent analgésique/corticostéroïde).

Cependant, les problèmes musculo-squelettiques qui affectent le musicien s'insèrent dans un système à causalité multifactorielle. Il est alors essentiel d'intervenir dans un contexte plus global et d'envisager les traitements suivants :

- éducation du musicien (anatomie fonctionnelle, *biofeedback*, etc.) ;
- révision des facteurs aggravants **avec le musicien** ;
- réaménagement des périodes de répétition et de repos ;
- correction de la posture et de la technique ;
- programme d'assouplissement et de renforcement musculaire ;
- programme de réchauffement et d'étirement avant et après l'entraînement ;
- physiothérapie ;
- techniques de relaxation ;
- conditionnement physique général.

Enfin, compte tenu des exigences particulières à la pratique d'un instrument de musique, il est nécessaire d'individualiser le traitement pour chaque musicien et de lui fournir des recommandations et un échéancier thérapeutique précis. La clef de voûte de la réussite du traitement dépend essentiellement de la collaboration entre le musicien, son professeur et les mem-

bres de son réseau thérapeutique ainsi que de leur compréhension^{11,12}. □

Date de réception : 14 juillet 2000.

Date d'acceptation : 16 octobre 2000.

Mots clés : tendinite, bursite, capsulite, membres supérieurs, diagnostic, traitement, musicien.

Bibliographie

1. Harman SE. The Evolution of Performing Arts Medicine. Dans : Sataloff RT, Brandfonbrener AG, Lederman RJ, réd. *Performing Arts Medicine*. 2^e éd. San Diego : Singular Publishing Group, 1998 : 7-18.
2. Brandfonbrener AG. The Etiologies of Medical Problems in Performing Artists. Dans : Sataloff RT, Brandfonbrener AG, Lederman RJ, réd. *Performing Arts Medicine*. 2^e éd. San Diego : Singular Publishing Group, 1998 : 19-46.
3. Hoppmann RA. Musculoskeletal Problems in Instrumental Musicians. Dans : Sataloff RT, Brandfonbrener AG, Lederman RJ, réd. *Performing Arts Medicine*. 2^e éd. San Diego : Singular Publishing Group, 1998 : 205-30.
4. Leduc B. L'épaule. Dans : Dupuis M, Leclaire R, réd. *Pathologie médicale de l'appareil locomoteur*. Montréal : Edisem, 1991 : 476-505.
5. Rodineau J, réd. *Pathologie de l'épaule, de la ceinture scapulaire et du coude*. Enseignement de la traumatologie du sport, 18 au 22 novembre 1996, Paris, Hôpital de la Salpêtrière.
6. Barron OA. The upper limb of the performing artist. Dans : Sataloff RT, Brandfonbrener AG, Lederman RJ, réd. *Performing Arts Medicine*. 2^e éd. San Diego : Singular Publishing Group, 1998 : 231-60.
7. Lussier S. Le coude. Dans : Dupuis M, Leclaire R, réd. *Pathologie médicale de l'appareil locomoteur*. Montréal : Edisem, 1991 : 506-21.
8. Moore KL. *Clinically Oriented Anatomy*. 2^e éd. Baltimore : Williams & Wilkins : 501-635.
9. Dupuis M. Le poignet. Dans : Dupuis M, Leclaire R, réd. *Pathologie médicale de l'appareil locomoteur*. Montréal : Edisem, 1991 : 507-49.
10. Boivin G. La main. Dans : Dupuis M, Leclaire R, réd. *Pathologie médicale de l'appareil locomoteur*. Montréal : Edisem, 1991 : 550-88.
11. Norris RN. Applied Ergonomics. Adaptive Equipment and Instrumentation Modi-

Summary

Musician's musculoskeletal conditions of the upper limb. Just like athletic activity, intensive practice of musical instruments can generate serious musculoskeletal disorders. This paper presents an overview of the most common upper limb conditions that can be linked to musical practice (tendinitis of the rotator cuff, adhesive capsulitis, etc.) and their treatments.

Key words: tendinitis, bursitis, capsulitis, upper limb, diagnosis, treatment, musician.

fication for Musicians. Dans : Sataloff RT, Brandfonbrener AG, Lederman RJ, réd. *Performing Arts Medicine*. 2^e éd. San Diego : Singular Publishing Group, 1998 : 261-76.

12. Dommerholt J, Norris, RN, Shaheen, M. Therapeutic Management of the Instrumental Musician. Dans : Sataloff RT, Brandfonbrener AG, Lederman RJ, réd. *Performing Arts Medicine*. 2^e éd. San Diego : Singular Publishing Group, 1998 : 277-90.

59



PROGRAMME D'AIDE AUX MÉDECINS DU QUÉBEC

POUR MÉDECINS ET RÉSIDENTS AUX PRISES AVEC UN PROBLÈME

- DE CONSOMMATION ABUSIVE D'ALCOOL OU DE DROGUES,
- DE SANTÉ MENTALE,
- D'ORDRE SEXUEL DANS LA RELATION MÉDECIN-PATIENT.

Vous êtes aux prises avec un problème de cet ordre?

Vous êtes un membre de la famille, un collègue de travail, un chef de service ou de département, ou le DSP d'un médecin ou d'un résident aux prises avec un de ces problèmes?

Vous cherchez de l'aide?

Communiquez avec le Programme d'aide aux médecins du Québec.

**1 800 387-4166
(514) 397-0888**

Service personnalisé et confidentiel.