

L'épaule, évaluation de base

anamnèse ciblée, examen en moins de deux... minutes

par Richard Blanchet

Vous êtes à la clinique sans rendez-vous, un homme de 52 ans consulte pour une douleur à l'épaule, et il y a neuf patients dans la salle d'attente ! Pourrez-vous cibler votre anamnèse en commençant la note au dossier et effectuer l'examen de base en moins de deux minutes, et ce, de façon à obtenir un diagnostic précis et à offrir au patient, ainsi qu'à vous-même, beaucoup plus que la prescription d'un anti-inflammatoire ?

LA CAUSE LA PLUS FRÉQUENTE de douleur à l'épaule est l'atteinte de la coiffe des rotateurs¹. Les problèmes de coiffe des rotateurs représentent la deuxième cause d'invalidité due à des troubles musculosquelettiques après l'atteinte du rachis chez les travailleurs².

Qu'est-ce que le syndrome d'accrochage ?

Syndrome d'accrochage, empiètement, conflit sous-acromial, tendinite de la coiffe des rotateurs et, mondialisation oblige, *impingement* et *abutment* sont tous synonymes. Il s'agit de la compression des structures situées sous l'**arche coraco-acromiale** – formée de l'acromion, du ligament coraco-acromial, de l'apophyse coracoïde et même de l'articulation acromioclaviculaire – lorsqu'on mobilise l'articulation glénohumérale³ (figure 1) en amenant le bras au-dessus de la tête. Mettez l'épaule en abduction à 90 degrés en amenant la grosse tubérosité humérale sous l'arche coraco-acromiale, et vous produirez alors la douleur causée par le conflit sous-acromial. Deux mécanismes favorisent donc l'apparition du conflit sous-acromial :

Le Dr Richard Blanchet, omnipraticien, diplômé en médecine du sport et membre de l'Association québécoise des médecins du sport (AQMS), exerce à la clinique de médecine du sport de l'Université Laval et à la Clinique Médibourg, à Québec.

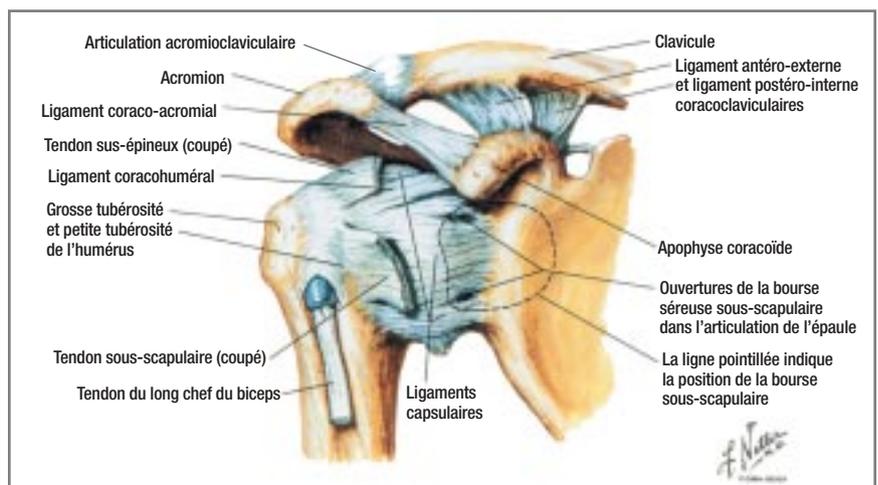


Figure 1. L'arche coraco-acromiale est formée par l'acromion, le ligament coraco-acromial, l'apophyse coracoïde et l'articulation acromioclaviculaire.

- 1) L'augmentation de volume des structures de l'arche coraco-acromiale, du tendon sus-épineux, de la bourse sous-acromiale et de la longue portion du biceps.
- 2) La diminution de l'espace sous-acromial causée par la migration céphalique de la tête humérale, phénomène fréquent dans la tendinite de la coiffe des rotateurs⁴.

La tendinite de la coiffe, avec ou sans calcification, et la bursite sous-acromiale peuvent donc fréquemment produire un syndrome d'accrochage, ou conflit sous-acromial. L'instabilité glénohumérale, surtout chez les patients présentant une hyperlaxité, entraîne une faiblesse progressive des muscles **rotateurs** de la coiffe (sous-scapulaire, sous-épineux et petit rond), provoquant ainsi la migration céphalique de la tête humérale et l'apparition du syndrome d'accrochage.

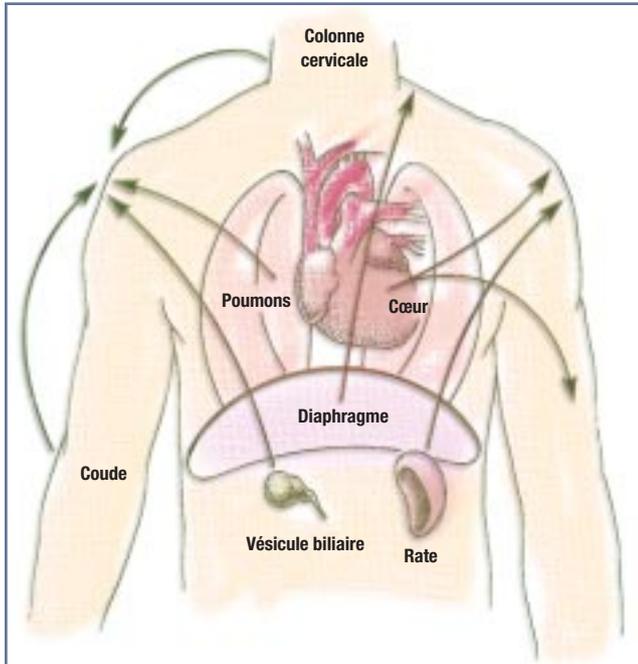


Figure 2. Foyers possibles des douleurs projetées à l'épaule.

Source : Magee DJ. *Orthopedic physical assessment*. 2^e éd. Elsevier, 1992 : 125. Reproduit avec la permission d'Elsevier .

Rappelons-nous que la coiffe des rotateurs est formée par le muscle sus-épineux, responsable des premiers 20 degrés d'abduction et de l'abduction à 90 degrés (associée à une flexion horizontale à 30 degrés avec le pouce vers le bas), par les muscles sous-épineux et petit rond, qui effectuent la rotation externe, ainsi que par le muscle sous-scapulaire, responsable de la rotation interne de l'épaule.

Que rechercher à l'anamnèse ?

On doit d'abord vérifier si la douleur à l'épaule provient bien de l'épaule ou s'il s'agit d'une douleur naissant à la colonne cervicale ou ailleurs.

La douleur provenant de l'épaule (sous-deltoïdienne) est le plus souvent latérale, parfois antérieure ; elle irradie au

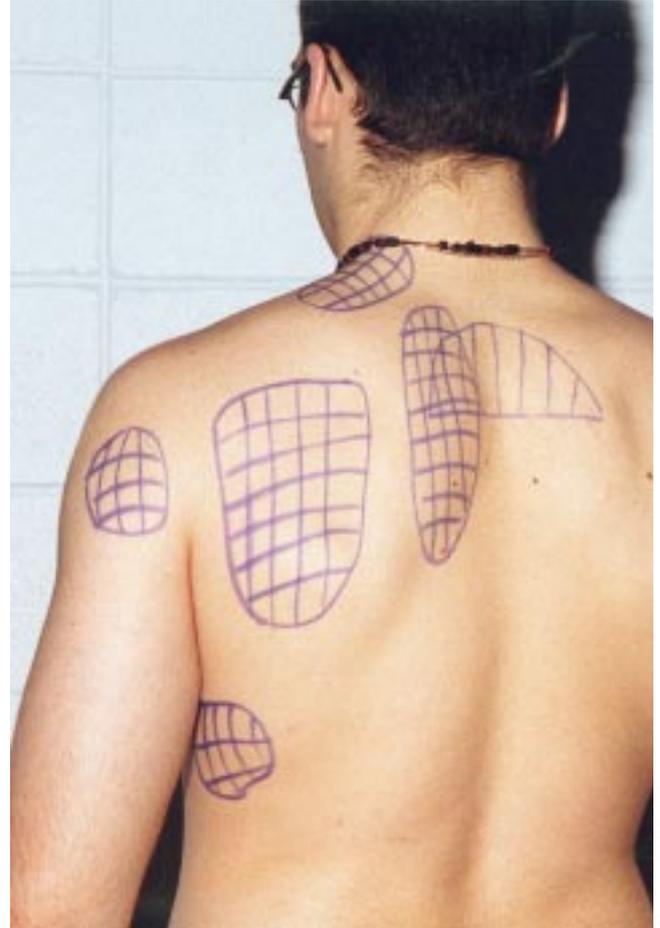


Photo 1. Principales zones de douleurs myofasciales de la région de l'épaule.

deltoïde, n'irradie pas au-delà du coude et est provoquée par les mouvements de l'épaule, particulièrement lorsque le bras est au-dessus de la tête. La douleur d'origine cervicale, quant à elle, est plus souvent postérieure, touche la région du trapèze, peut irradier au-delà du coude, et aucune douleur n'est produite par les mouvements de l'épaule⁵⁻⁷.

La bursite, la tendinite et la rupture de la coiffe engendreront une douleur surtout sur la face latérale, et parfois

Photos : J. Y. Dallaire.

La douleur provenant de l'épaule (sous-deltoïdienne) est le plus souvent latérale, parfois antérieure ; elle irradie au deltoïde, n'irradie pas au-delà du coude et est provoquée par les mouvements de l'épaule, particulièrement lorsque le bras est au-dessus de la tête. La douleur d'origine cervicale, quant à elle, est plus souvent postérieure, touche la région du trapèze, peut irradier au-delà du coude, et aucune douleur n'est produite par les mouvements de l'épaule.

T A B L E A U

Résumé de l'examen de l'épaule en moins de deux... minutes

| | Secondes |
|---|------------|
| 1. Inspection | 0 |
| 2. Colonne cervicale | 20 |
| 3. Test de Neer | 10 |
| 4. Arc douloureux | 10 |
| 5. Patron capsulaire : | |
| Mouvements passifs | |
| ● Rotation externe | 10 |
| ● Abduction (rythme scapulothoracique) | 10 |
| ● Rotation interne | 10 |
| 6. Abduction contre résistance | 10 |
| 7. Articulation acromioclaviculaire | 5 |
| 8. Abduction et rotations | 10 |
| 9. Évaluation spécifique du sus-épineux | 10 |
| 10. Test du sillon (<i>sulcus test</i>) | 10 |
| Total | 115 |

sur la face antérieure de l'épaule. La tendinite bicipitale et l'atteinte acromioclaviculaire produisent une douleur antérieure à l'épaule. L'entorse acromioclaviculaire est surtout causée par un traumatisme direct sur la face externe de l'épaule, et la douleur est reproductible par palpation.

Il faut également garder en tête les autres causes possibles d'une douleur à l'épaule (*figure 2*)⁸.

Les douleurs myofasciales peuvent aussi expliquer les symptômes du patient. Les douleurs étendues du côté vertébral de l'omoplate sont fréquentes. Un foyer douloureux élargi, traversant plusieurs zones anatomiques, est rarement une douleur d'origine organique. La *photo 1* présente les zones anatomiques les plus fréquentes des douleurs myofasciales¹.

donc aucun temps additionnel.

Colonne cervicale : 20 secondes (*photo 3*)

Le patient maintenant debout, on se place derrière lui en faisant l'inspection du thorax postérieur, à la recherche surtout d'une atrophie musculaire, les muscles sus-épineux et sous-épineux étant les plus souvent touchés. L'examen de l'épaule doit toujours comprendre l'examen de la colonne cervicale. On confirmera ici les soupçons que l'anamnèse a soulevés.

Les six mouvements de la colonne cervicale devraient être évalués : flexion, extension, rotations gauche et droite

Suite page 41 >>>

L'examen physique en moins de deux minutes ! Est-ce possible ?

Eh oui ! L'examen physique de base de l'épaule peut être effectué méthodiquement et rapidement (*tableau*). Nous vous expliquerons comment y parvenir dans le texte qui suit et l'illustrerons par une séquence rapide de figures. À vous de jouer !

Inspection : 0 seconde (*photo 2*)

Après avoir fait l'anamnèse, on observe d'abord si le patient a de la facilité à se dévêtir, et on recherche ensuite toute anomalie du thorax antérieur comme une atrophie musculaire, une atteinte des articulations sternoclaviculaire et acromioclaviculaire ou de la clavicule, et l'inégalité de la hauteur des épaules. L'inspection du thorax antérieur se faisant simultanément à la rédaction de la note au dossier, l'examen ne requiert

La manœuvre la plus importante est le test de Spurling, qui consiste en un mouvement combiné d'extension et de rotation du côté douloureux, auquel on ajoute une compression verticale afin de diminuer l'ouverture du trou de conjugaison. Le résultat du test est positif si la manœuvre reproduit la douleur radiculaire du patient ; il confirme l'origine cervicale de la douleur.

L'examen physique en moins de deux minutes

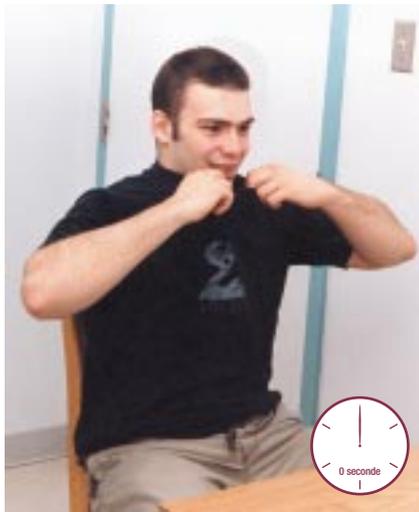


Photo 2. Inspection.

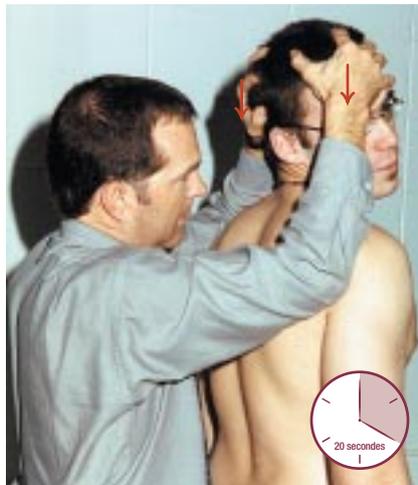


Photo 3. Colonne cervicale. Six mouvements et test de Spurling.



Photo 4. Test de Neer. Manœuvre d'accrochage.



Photos 5 a et b. Arc douloureux. Manœuvre d'accrochage.



Photo 6 a. Rotation externe passive. Premier déficit du patron capsulaire.

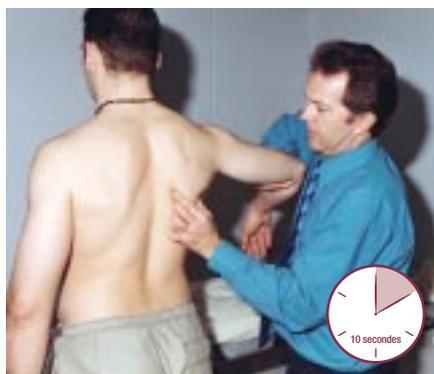


Photo 6 b. Abduction passive. Deuxième déficit du patron capsulaire (rythme scapulothoracique).

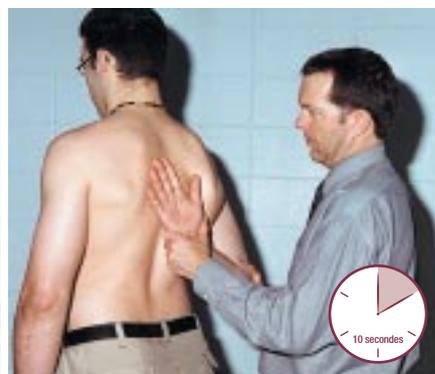


Photo 6 c. Rotation interne passive. Troisième déficit du patron capsulaire.

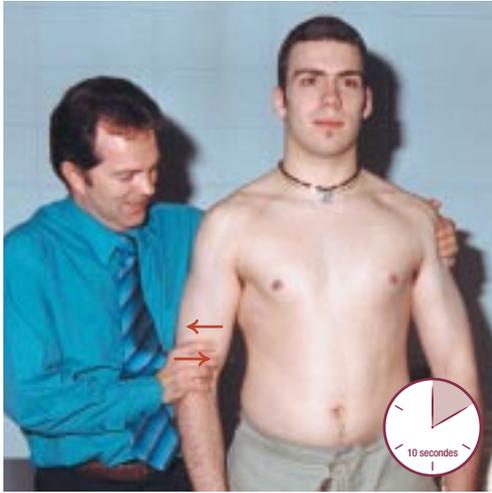
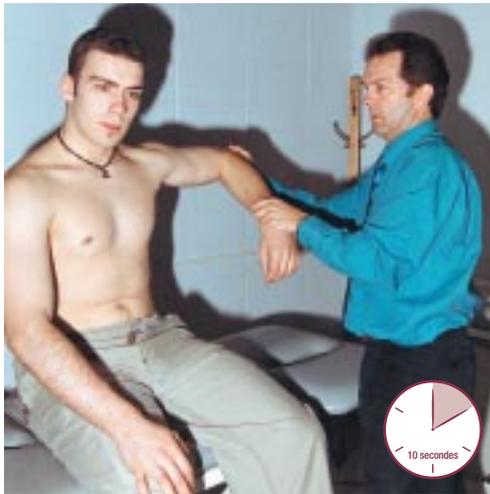
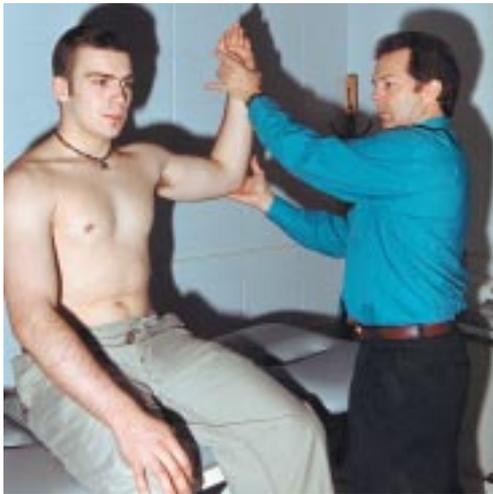


Photo 7. Abduction contre résistance. Évaluation du sus-épineux.



Photo 8. Palpation de l'articulation acromioclaviculaire.



Photos 9 a et b. Abduction et rotations. Manœuvre d'accrochage.

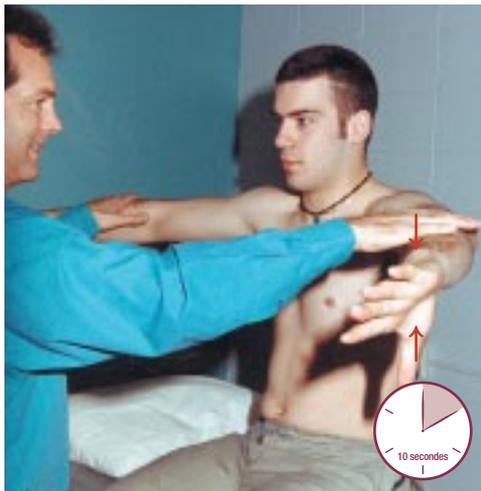


Photo 10. Évaluation spécifique du sus-épineux.

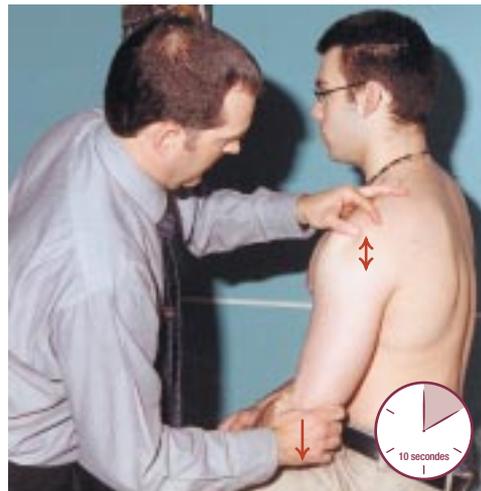


Photo 11. Test du sillon (sulcus). Instabilité multidirectionnelle.

et flexions latérales gauche et droite. La manœuvre la plus importante est le test de Spurling, qui consiste en un mouvement combiné d'extension et de rotation du côté douloureux, auquel on ajoute une compression verticale afin de diminuer l'ouverture du trou de conjugaison. Le résultat du test est positif si la manœuvre reproduit la douleur radiculaire du patient ; il confirme l'origine cervicale de la douleur⁹.

Un examen complet de la colonne cervicale doit être effectué en présence d'une douleur cervicale ou radiculaire.

Soulignons que la rotation associée à l'extension, sans compression, peuvent aussi reproduire la douleur radiculaire. Dans plusieurs cas, cette position doit être maintenue entre 10 et 15 secondes avant de reproduire la radiculalgie.

Test de Neer : 10 secondes (photo 4)

Toujours debout derrière le patient, on effectue une élévation active maximale de l'épaule et on termine cette élévation en augmentant l'amplitude maximale de flexion. Une douleur en fin de mouvement confirme la présence d'un conflit sous-acromial¹.

Arc douloureux : 10 secondes (photos 5 a et 5 b)

On reste debout derrière le patient, et celui-ci effectue une abduction complète. Une douleur présente à entre 60 et 120 degrés d'abduction confirme également un conflit sous-acromial^{1,5-7}. Il faut aussi remarquer le mouvement de l'omoplate pendant cette manœuvre.

Mouvements passifs

Rotation externe passive : 10 secondes (photo 6 a). On reste debout et on effectue la rotation externe passive de l'épaule du patient. Dans le doute, il faut comparer avec le côté sain. La rotation externe normale maximale est de 65 degrés. Une diminution de la rotation externe passive est le signe le plus précoce du « patron » capsulaire, donc le premier signe d'une capsulite (voir à ce sujet l'article du Dr Sylvain Boutet sur l'examen complémentaire de l'épaule).

Abduction passive : 10 secondes (photo 6 b). On reste debout avec le patient et on effectue l'abduction passive de l'épaule jusqu'à 90 degrés d'une main, en retenant la pointe de l'omoplate de l'autre main. L'omoplate ne devrait pas bouger avant d'avoir atteint 90 degrés d'abduction¹⁰, ce qui constituerait un rythme scapulothoracique normal. Si l'omoplate bouge avant d'avoir atteint 90 degrés d'abduc-

tion (avec une rotation externe diminuée), nous sommes en présence du deuxième signe du patron capsulaire. Le traitement devrait inclure ici le renforcement des muscles stabilisateurs de l'omoplate, surtout formés des muscles rhomboïdes et grand dentelé.

Rotation interne passive : 10 secondes (photo 6 c). Toujours debout avec le patient, on évalue la rotation interne passive en notant le niveau le plus élevé de la colonne dorsale que le patient peut toucher. Le patient devrait normalement se rendre vers D5. Soulignons que l'épine de l'omoplate se situe à D4. La diminution de la rotation interne représente donc le signe le plus tardif du patron capsulaire en présence d'une diminution de la rotation externe et de l'abduction.

Abduction contre résistance : 10 secondes (photo 7)

Toujours debout, le patient effectue l'abduction contre la résistance du médecin. Rappelons-nous que les 20 premiers degrés d'abduction sont surtout exécutés par le sus-épineux, qui fixe la tête humérale dans la cavité glénoïde. Une douleur ou une diminution de force orientera notre diagnostic vers une tendinite ou une rupture partielle du sus-épineux.

Articulation acromioclaviculaire : 5 secondes (photo 8)

Le patient maintenant assis sur la table d'examen, on palpe l'articulation acromioclaviculaire.

Abduction et rotations : 10 secondes (photos 9 a et 9 b)

Le patient toujours assis sur la table d'examen, on effectue une abduction passive jusqu'à 90 degrés, accompagnée ensuite de rotations internes et externes. Une douleur signifie qu'un conflit sous-acromial est présent. Ce test constitue une autre manœuvre d'accrochage, une variante du test de Hawkins.

Évaluation spécifique du sus-épineux : 10 secondes (photo 10)

Le patient toujours assis sur la table d'examen, il porte ses bras en abduction à 90 degrés avec une flexion de 30 degrés, de manière à suivre la ligne de l'omoplate, avec une rotation interne, les pouces dirigés vers le sol. On exerce une pression vers le bas. Une douleur ou une diminution de la force indique une atteinte du sus-épineux. Une rupture de la coiffe entraîne l'incapacité de maintenir le bras dans cette position contre une résistance légère ou même sans

résistance (épreuve du bras tombant, ou *drop arm sign*)¹.

Test du sillon (*sulcus test*) : 10 secondes (photo 11)

On exerce ici une traction vers le bas du bras du patient, en vérifiant avec le pouce de l'autre main si l'espace sous-acromial augmente. Cette augmentation indique une instabilité multidirectionnelle, habituellement présente chez les patients ayant une hyperlaxité, donc une instabilité bilatérale¹¹.

CET EXAMEN NON EXHAUSTIF nous permettra d'établir si la douleur du patient provient de l'épaule ou d'ailleurs et confirmera la présence ou l'absence d'un conflit sous-acromial et d'une atteinte de la coiffe. La bursite sous-acromiale engendrera une douleur dans presque tous les mouvements de l'épaule. L'examen de base de l'épaule en moins de deux minutes, c'est réaliste et pratique !

Plusieurs manœuvres particulières permettent d'approfondir l'examen de l'épaule et de préciser le diagnostic lorsque l'examen de base n'est pas concluant. C'est le sujet traité par le D^r Sylvain Boutet dans le prochain article. ❧

Date de réception : 28 mai 2002.

Date d'acceptation : 6 juillet 2002.

Mots clés : syndrome d'accrochage, conflit sous-acromial, examen de l'épaule.

Bibliographie

1. Hawkins RH. Clinical assessment of the shoulder. *Can J CME* décembre 2001 : 87-99.
2. Renaud E. Les maladies courantes de l'épaule. *Le Clinicien* no-

S U M M A R Y

Basic shoulder evaluation: specific questionnaire, exam in less than two... minutes! Shoulder pain is a frequent reason of consultation of general practitioners. This article helps to find a way to identify the origin of shoulder pain and referred shoulder pain. It also contains an example for the physician of a basic rapid and practical exam that can be performed in less than two minutes!

Key words: impingement, shoulder exam.

vembre 2001 : 151-62.

3. Matsen FA, Arntz CT. Subacromial impingement. Dans : Rockwood CA, Matsen FA, réd. *The Shoulder*. Philadelphie : WB Saunders, 1990 ; chap. 15.
4. Wolin PM. Rotator cuff injury: addressing overhead overuse. *Physician Sports Med* 1997 ; 25 (6).
5. Starr M, Kang H. Recognition and management of common forms of tendinitis and bursitis. *Can J CME* juin 2001 : 156-7.
6. Reid DC. Shoulder region. Dans : *Sports Injury Assessment and Rehabilitation*. Philadelphie : Churchill Livingstone, 1992 ; chap. 21 : 905-7.
7. Leclerc S. L'épaule douloureuse. *L'Omni praticien* 19 mars 1998 ; 2 (6) : 9-20.
8. Walsh RM, Sadowski GE. Systemic disease mimicking musculoskeletal dysfunction: a case report involving referred shoulder pain. *J Orthop Sports Physician Ther* décembre 2001 : 31 (12) : 696-700.
9. Nissen SJ, Laskowski ER, Rizzo TD Jr. Burner syndrome: recognition and rehabilitation. *Physician Sports Med* 1996 ; 24 (6).
10. Hoppenfeld S. Physician examination of the spine and extremities. Dans : *Physician Examination of the Shoulder*. Appleton Century Crofts, 1976 : 23.
11. Magee DJ. L'évaluation clinique en orthopédie. Saint-Hyacinthe-Paris : Edisem-Maloine, 1988 ; chap. 4 : 66.

C O U P S D E C Œ U R

Les textes de formation médicale continue du Médecin du Québec sont évalués périodiquement par les membres du comité de rédaction scientifique, qui attribuent pour chaque thème une mention « coup de cœur ». Nous vous invitons à faire de même et à nous indiquer quel est votre article préféré. Les textes porteront dorénavant un numéro. Pour nous faire connaître votre choix, veuillez inscrire le numéro de votre « coup de cœur » à l'endroit approprié sur le coupon-réponse du post-test.