

10 Douleur à l'épaule

Instructions au candidat

Voici Monsieur Jean Dallaire qui se présente à votre bureau pour une douleur à l'épaule

Au cours des 10 minutes qui suivent vous devez questionner le patient sur sa douleur et procéder à un examen de l'épaule. Il vous est demandé d'indiquer votre diagnostic et un diagnostic différentiel.

À 2 minutes de la fin de la station, il vous sera demandé une consigne en regard du traitement.

N'oubliez pas de décrire verbalement les manœuvres et examens auxquels vous procédez.

#10 Douleur à l'épaule

Instructions au patient

Raison de consultation pour débiter l'entrevue:

"J'ai mal à l'épaule docteur, je me demande si vous pouvez m'aider"

Scénario

Vous êtes professeur dans une école secondaire
Vous n'avez aucun antécédent médical, ni chirurgical
Vous n'avez jamais souffert d'arthrite ni arthralgies

Maladie actuelle

Vous consultez pour une douleur qui est apparue à l'épaule droite suite à une randonnée en ski
Vous êtes droitier

Suite à un faux mouvement la douleur est apparue, au début vive mais elle s'est estompée graduellement pour devenir sourde. Présentement la douleur est surtout présente au mouvement abduction et de rotation interne. Parfois elle irradie à la partie moyenne de l'humérus au point d'insertion du deltoïde. Ceci ne vous empêche pas de dormir. Vous n'avez rien tenté pour calmer la douleur sauf éviter les mouvements qui l'aggrave. La douleur vous empêche d'aller chercher certains articles dans les armoires et vous rend difficile vous habiller. Vous n'avez pas noté de gonflement au site de la douleur mais vous la sentez enflée.

11 ya 2-3 sem

Vous n'avez aucun symptôme systémique tel que la fièvre ou manifestation extra-articulaire tel que l'atteinte oculaire, cutanée ou pulmonaire.

La douleur est située à l'articulation acromio-claviculaire et la région sous-acromiale.

Examen

Inspection

On ne note aucune asymétrie, sauf peut-être une légère rotation interne de l'épaule atteinte.

On ne note aucun signe inflammatoire

Palpation

La palpation de la coiffe des rotateurs élicite une légère douleur

Mouvements actifs et passifs

L'abduction active occasionne une douleur entre 60 et 120 degrés

⊕ hame

Manœuvres spécialisées

L'abduction résistée provoque une vive douleur

A la manœuvre de Jobes, ceci évoque une douleur mais sans faiblesse

Le signe de la chute est négatif

À deux minutes de la fin

À deux minutes de la fin de la station vous demanderez au candidat d'indiquer son diagnostic ainsi qu'un diagnostic différentiel.

Immédiatement après vous aviserez le candidat qu'il s'agit d'une tendinite de la coiffe des rotateurs.

Vous lui demanderez alors de procéder comme s'il allait faire une infiltration de corticostéroïdes en décrivant le plus précisément sa technique.

Le candidat sera appelé à décrire les repères, la médication et la technique à l'aide d'une seringue munie d'une aiguille sous capuchon

#10 Douleur à l'épaule

Grille de notation

Questionnaire

1. Début soudain ou progressif de la douleur
2. Traumatisme
3. Occupation, loisirs et sports
4. Site de la douleur, type de douleur et irradiation
5. Limitations occasionnées par la douleur
6. Autres atteintes articulaires
7. signes inflammatoires de l'articulation
8. Facteurs aggravants de la douleur
9. Maladie systémique

rotation interne
active des limites

Examen

1. Recherche de : déformation, gonflement, rougeur, atrophie musculaire
2. Palpation : la palpation débute au niveau des articulations sterno-claviculaires, la clavicule est palpée sur toute sa longueur à la recherche d'une douleur ou d'une déformation. L'articulation acromio-claviculaire et la région sous-acromiale sont ensuite examinées. L'examen se poursuit en plaçant l'épaule en extension et légèrement en rotation interne. Finalement la gouttière bicipitale et le tendon de la longue portion du biceps sont palpés.
3. Mouvements actifs et passifs : l'examinateur se place devant le patient et demande à ce dernier de lever simultanément les bras au-dessus de la tête (abduction et élévation). Ensuite l'examinateur demande au patient de placer les mains derrière la tête pour évaluer la rotation externe. Finalement il demande de porter les mains derrière le dos et de toucher l'angle inférieur de l'omoplate contralatérale. Ensuite l'examinateur poursuit en évaluant les mouvements passifs
4. Manœuvres spécialisées :
 - a) Manœuvre contre résistance
Tendon du sus-épineux : abduction 30 degrés contre résistance
Tendon du sous-scapulaire : rotation interne contre résistance
Tendon du petit rond et sous-épineux : rotation externe contre résistance
 - b) Manœuvre de Jobes (évalue principalement sus-épineux) → force vers le haut et interne max
Bras en abduction à 90 degrés et 30 degrés vers l'avant. Le test est considéré positif si le patient est incapable de maintenir son bras activement en abduction (déchirure du sus-épineux) ou si CLR lors de la manœuvre
 - c) Manœuvre de Yerguson

bras plié 90°

longe le corps

supination contre résistance

si CLR course bicipitale = flexion bicipitale

Supination contre résistance de l'avant-bras et de la main avec le coude à 90 degrés (tendon de la longue portion du biceps)

- d) Signe de la chute → peu vérifié si rupture complète (différotat).
Méd tient le bras du pt ABN 90° et lui demande de le hausser tranquillement vers lui.
Le patient est incapable de maintenir activement son bras en abduction.
Test P : si incapable de l'amener doucement vers lui en direction impaire.
- e) Arc douloureux et manœuvre d'accrochage

Douleur entre 60 et 120 degrés d'abduction active. La manœuvre d'accrochage consiste à amener le bras passivement en élévation. Une douleur sera produite quand la grande tubérosité viendra appuyer sur l'aspect antérieur de l'acromion.

⊕ si dln à l'épaule

5. Examen neurologique

- Cervicale
- Coude.

Technique d'infiltration

Pré-requis : 2 ml d'acétate de cortisone

Aiguille no 22 longueur 1 1/2

1. Approche antérieure

Technique : 1. Localiser l'apophyse coracoïde sur la face antérieure de l'épaule

2. Positionner l'aiguille près de l'apophyse à un angle de 30 degrés de la peau

3. Introduire l'aiguille jusqu'à ce qu'elle touche la tête humérale

4. Avant d'injecter, vérifier la position de l'aiguille en retirant une petite

quantité de liquide synoviale.

2. Approche postérieure

Technique : 1. Localiser l'apophyse coracoïde et l'angle acromial postérieur

2. Dessiner une ligne entre ces 2 points de références

3. Positionner l'aiguille 1.5 cm en bas de l'angle acromial postérieur, près de

L'apophyse coracoïde. Insérer l'aiguille jusqu'à la tête humérale

4. Avant d'injecter vérifier la position de l'aiguille en retirant une petite

Quantité de liquide synovial