

LOCOMOTEUR

## Vignette #2 : Douleur à l'épaule

Melody Zuo ; Martin Lamontagne, MD, FRCPC, Dip. Méd. Sport ; Alec Gazeryan et Camille Sugère.

### CONSIGNES GÉNÉRALES

- Durée recommandée : 10 minutes.
- Sexe du patient : Homme
- Si une information n'est pas présente, cela signifie qu'elle n'est pas pertinente pour le cas ou que la réponse est "non".
- *L'information en italique est adressée à l'acteur du patient.*

### PRÉAMBULE

- Raison de consultation : « Je n'arrive plus à lever mon bras et ça fait très mal ! »
- Contexte : Salle d'urgence d'un hôpital
- *Consignes au patient : Souffrant, prostré, se tient le bras droit proche de son corps. Sinon stable, alerte et coopératif.*

### ANAMNÈSE

#### Identification

- Âge : 23 ans
- Occupation : Étudiant
- État matrimonial : Non marié
- Situation domiciliaire : Habite en colocation avec sa copine

#### Antécédents

- Médicaux : asthme
- Chirurgicaux : amygdalectomie à l'âge de 4 ans
- Psychiatriques : TDAH
- Familiaux : aucun
- Allergies et réactions : allergie saisonnière (pollen)
- Vaccins : à jour

#### Habitudes de vie

- Tabac : Jamais
- Alcool : 3 bières/semaine
- Drogues : Jamais
- Café : 2 cafés/matin

- Alimentation : équilibré, 3 repas/jour
- Sommeil : 7-8h/jour
- Activité physique : très sportif, joue au soccer et fait du jogging
- Activité sexuelle : avec sa copine depuis 2 ans

#### **Médicaments et produits naturels**

- Médicaments : pompe CSI pour maîtrise asthme
- Observance : très observant
- Produits naturels : aucun

### **HISTOIRE DE LA MALADIE ACTUELLE**

#### **Raison de consultation (question ouverte)**

« Je conduisais vers l'épicerie il y a environ 30 minutes quand une autre auto m'est rentrée dedans. Là j'ai vraiment mal au bras et à l'épaule droite, et j'ai comme une bosse sur mon épaule. »

#### **Attributs du symptôme principal : Douleur à l'épaule**

- **Localisation et irradiation** : « Ici » (le patient pointe l'articulation acromio-claviculaire droite). Pas d'irradiation.
- **Qualité** : comme un élancement
- **Intensité** : 7/10
- **Circonstances d'apparition** : accident d'auto mineur
- **Temporalité** :
  - Depuis quand? Depuis l'accident il y a 30 minutes.
  - Évolution? Douleur pire juste après l'accident (9/10), depuis s'est un peu amenuisée.
  - Première fois? Oui, première fois « que je ressens ce type de douleur ».
- **Facteurs déclencheurs/aggravants** : pire à la mobilisation, surtout lorsqu'il essaie de lever son bras droit.
- **Facteurs soulageants** : n'a rien pris pour se soulager.

## REVUE DES SYSTÈMES

### Rhumatologie

1. Arthralgie centrale : **X**
2. Arthralgie périphérique : oui
3. Gonflement articulaire : bosse à l'épaule D
4. Rougeur articulaire : oui, à l'épaule D
5. Raideur matinale : **X**
6. Phénomène de Raynaud : **X**
7. Myalgies : **X**

### Neurologie

1. Dominance manuelle : Droitière
2. Paresthésies **X**
3. Parésie **X**
4. Céphalée **X**
5. Vertiges/étourdissements **X**
6. Perte de conscience/syncope **X**
7. Convulsions **X**
8. Amaurose fugace **X**

### Symptômes systémiques

1. Fatigue : **X**
2. Fièvre : **X**
3. Perte de poids/d'appétit : **X**
4. Sudation nocturne : **X**

### PICA

- Préoccupations : « J'ai peur que mon bras soit handicapé pour toujours. »
- Impact : « Je ne suis plus capable d'utiliser mon bras droit! »
- Croyances : « Je pense que je me suis cassé des os. »
- Attentes : « Je veux que vous répariez mes fractures. »

## EXAMEN PHYSIQUE

### CONSIGNES GÉNÉRALES

- **L'examen DE L'ÉPAULE doit être exécuté par l'étudiant médecin.**
- *Les examens physiques en italiques doivent être mentionnés par l'étudiant médecin, mais ne nécessitent pas d'être effectués. Le résultat sera fourni directement par l'acteur/évaluateur.*
- Si une information n'est pas présente, cela signifie qu'elle n'est pas pertinente pour le cas ou que la réponse est "non".

### Apparence générale

Souffrant et prostré, se tient le bras droit proche du corps, mais sinon stable, alerte et coopératif.

### Signes vitaux

- Fréquence cardiaque : 85 /min
- Fréquence respiratoire : 17 /min
- Pression artérielle : 115/65 mm Hg

- Température buccale : 37.1 °C
- Saturation en oxygène : 98% à l'air ambiant
- Indice de masse corporelle : 22 kg/m<sup>2</sup>

### Examen de l'épaule [À EXÉCUTER – VOIR ANNEXE]

1. **Inspection** [*dénuder L'ENSEMBLE DE L'ÉPAULE, incluant l'articulation sterno-claviculaire*] :
  - a. Tuméfaction de l'articulation acromio-claviculaire
  - b. Érythème le long de la clavicule droite jusqu'au rebord acromial
  - c. Déformation avec saillie à l'extrémité distale de la clavicule
2. **Amplitude des mouvements** :
  - a. Flexion : 180°, douloureux.
  - b. Extension : 45°, douloureux.
  - c. Abduction : **Active** : Normal à G, max 90° à D (limité par la douleur)  
**Passive** : Normal à G, max 90° à D (limité par la douleur)
  - d. Adduction : 45°, très douloureux.
  - e. Rotation externe : 80°, non-douloureux.
  - f. Rotation interne : Pouce jusqu'à la crête iliaque, limité par la douleur.
3. **Palpation** : douleur à la palpation de l'articulation acromio-claviculaire.
4. Manœuvres spécifiques :
  - a. *Examen de la coiffe des rotateurs* [ne pas exécuter] : Normal
  - b. *Recherche d'un syndrome d'accrochage sous-acromial* [ne pas exécuter] : Normal
  - c. **Examen de l'articulation acromio-claviculaire (manœuvre du foulard)** : douleur à droite, normal à gauche.

### Examen des articulations adjacentes

- Examen du coude : Sans particularité

### Examen neurovasculaire du membre supérieur

- Pouls périphériques : 2+ partout
- Forces segmentaires : 5/5 partout
- Réflexes ostéo-tendineux : 2+ partout
- Sensibilités : Normales

### QUESTIONS SUPPLÉMENTAIRES (9<sup>E</sup> MINUTE)

#### 1) Quel est votre diagnostic ?

Luxation acromio-claviculaire grade 3 (surélévation de l'extrémité latérale de la clavicule en « touche de piano »)

#### 2) Justifiez votre diagnostic (au moins 3 éléments).

- Douleur et tuméfaction au niveau de l'articulation acromio-claviculaire après trauma
- Déformation en saillie à l'extrémité distale de la clavicule (« touche de piano »)
- Mobilisation active limitée surtout en abduction au-dessus de 90°

**3) Quel est votre diagnostic différentiel ? (au moins 3 éléments)**

- Fracture de la clavicule
- Fracture de la grosse tubérosité
- Luxation glénohumérale

**4) Quelle serait votre prise en charge?**

- Radiographie pour s'assurer qu'il n'y a pas de fracture de la clavicule associée. (N.B. On ne fait pas la radiographie avec les poids, car ça n'apporte pas grand-chose de plus).
- Envisager une évaluation en chirurgie orthopédique (risque intermédiaire, grade 3, sûrement pas besoin d'être opéré)
- Anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) pour soulager la douleur et l'inflammation (car il y a généralement une synovite associée).
- Immobilisation avec écharpe (3-7 jours) pour le confort.

**POUR ALLER PLUS LOIN**

- Voir *Merck Manual*, « Acromioclavicular Joint Sprains », disponible gratuitement [ici](#).
- Voir *Le manuel Merck*, « Évaluation de l'épaule », disponible gratuitement [ici](#).

**ANNEXE – CAHIER JAUNE**

**Examen de l'épaule**

<b>(1) INSPECTION</b>
Position du patient : assis ou debout
1. Demander au patient de dévêtir ses épaules
2. Inspecter et comparer les épaules en <b>antérieur</b> , en <b>postérieur</b> et en <b>latéral</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>Gonflement</li> <li>Rougeur</li> <li>Atrophie</li> <li>Asymétrie : hauteur des épaules</li> <li>Déformité</li> <li>Cicatrices &amp; blessures</li> </ol>
<b>(2) PALPATION</b>
1. Se placer face au patient, main D sur l'épaule D et utiliser le pouce
2. Palper à la recherche d'une douleur <ol style="list-style-type: none"> <li><b>Articulation sterno-claviculaire</b></li> <li><b>Clavicule</b></li> </ol>

- c. **Acromion**
- d. **Articulation acromio-claviculaire**
- e. **Grande tubérosité** (insertion supra- & infra-épineux)
- f. **Gouttière bicipitale** (tendon du biceps) ← rotation externe et interne de l'épaule.
- g. **Région sous-acromiale antérolatérale** ← extension de l'épaule

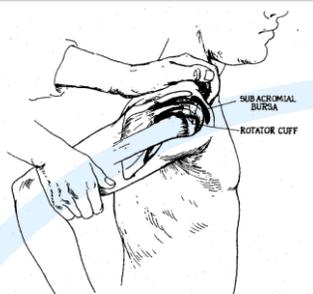
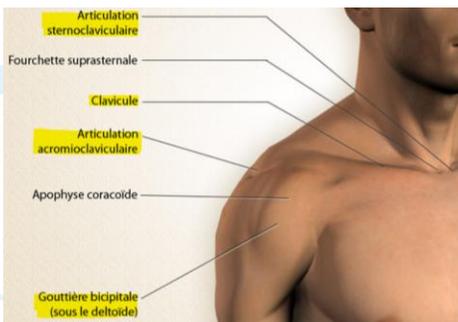


Fig. 29. Passive extension of the shoulder moves the rotator cuff into a palpable position.



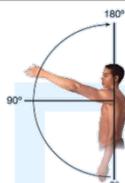
### (3) AMPLITUDE DES MOUVEMENTS

#### Généralités :

- Position du Patient : **debout** (idéal), assis, décubitus dorsal
- Évaluer l'amplitude de chaque mvmt et comparer les 2 épaules
- Pour l'**abduction** et la **flexion**, fixer l'articulation scapulo-thoracique en appuyant la main sur le dessus de l'épaule

#### 1. Flexion (180°)

Anterior deltoid, pectoralis major (clavicular head), coracobrachialis, biceps brachii  
*\*fixer en appuyant la main sur l'épaule lors du mvmt passif seulement*



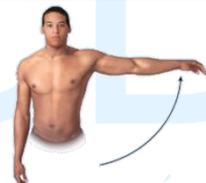
#### 2. Extension (45°)

Latissimus dorsi, Teres major, Posterior deltoid, Triceps brachii (long head)



#### 3. ABduction (180°) 90° GNH, 120° sans rotation externe

Supraspinatus, middle deltoid, serratus anterior  
*\*Douleur entre 60-120° = SD d'accrochage sous-acromial*



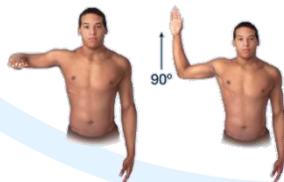
#### 4. ADduction (45°)

Pectoralis major, coracobrachialis, latissimus dorsi, teres major, subscapularis



#### 5. Rotation externe (80°)

Infraspinatus, teres minor, posterior deltoid



#### 6. Rotation interne

Subscapularis, anterior deltoid, pectoralis major, teres major, latissimus dorsi



#### (4) MANŒUVRES SPÉCIFIQUES

##### Manœuvre du foulard

*Examen de l'articulation acromio-claviculaire*

1. Effectuer une **ad**duction horizontale forcée passive de l'épaule (comme si on forçait pour mettre un foulard)
2. Test positif : **reproduction de la douleur au niveau de l'articulation acromio-claviculaire**



# CDM

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL