

L'examen clinique

CONCEPTION GÉNÉRALE

L'objectif de cet examen (Cock et Masset 1994) est de proposer des critères standardisés pour diagnostiquer objectivement les troubles musculosquelettiques de la nuque et des membres supérieurs les plus souvent rencontrés. L'esprit a été de limiter le nombre de tests pour qu'il puisse s'intégrer dans un examen médical de routine effectué par le médecin du travail. Un ensemble de critères prédéterminés est présenté pour chaque pathologie. Le diagnostic de la pathologie n'est posé que si l'ensemble de critères est présent. L'examen n'est évidemment pas exhaustif et d'autres pathologies peuvent se présenter. C'est pourquoi une connaissance anatomique et clinique approfondie est nécessaire à l'examineur de façon à effectuer un diagnostic différentiel si nécessaire. Le diagnostic final doit être évoqué par un médecin spécialiste. L'examen clinique est décrit en détails dans la publication de Cock et Masset (1994), on trouvera ci-après un résumé opérationnel.

EXAMEN CLINIQUE DE LA NUQUE

1. La cervicarthrose

(Britz 1988; Hagberg 1987; Hagberg et coll. 1987; Richardson 1975; Viikari-Juntura 1983; Waris et coll. 1979; Waris 1980)

L'ostéoarthrose cervicale est diagnostiquée si:

- la personne se plaint de douleurs dans la nuque irradiant vers les membres supérieurs;
- elle ressent des paresthésies ou des engourdissements dans les bras;
- la mobilité active assistée de la nuque est limitée et douloureuse. La mobilité s'effectue avec l'aide de l'examineur dans les trois axes de mouvement c'est-à-dire la flexion et l'extension de la nuque, les rotations et les inclinaisons latérales.

2. Syndrome tensionnel de la nuque (Tension neck syndrome)

(Britz 1988; Hagberg et coll. 1987; Kroemer 1989; Viikari-Juntura 1983; Waris et coll. 1979; Waris 1980)

Le syndrome tensionnel de la nuque est diagnostiqué si:

- la personne ressent une fatigue ou une raideur dans la nuque;
- elle perçoit des douleurs dans la nuque ou des maux de tête d'origine cervicale;
- à la palpation, l'examineur détecte au moins deux points indurés ou douloureux pour le sujet, au niveau des muscles de la nuque;
- les mêmes muscles semblent contracturés ou tendus lors de la palpation.

3. Syndrome du défilé thoraco-brachial (Thoracic outlet syndrome)

(Britz 1988; Corwin et coll. 1989; Feldman et coll. 1983; Hagberg 1987; Hagberg et coll. 1987; Kroemer 1989; Putz-Anderson 1988; Sällström et coll. 1984; Viikari-Juntura 1983; Waris et coll. 1979; Waris 1980)

Le syndrome du défilé thoraco-brachial est diagnostiqué lorsque:

- le sujet se plaint de douleurs irradiant vers le membre supérieur;
- le sujet se plaint de paresthésies et/ou d'engourdissements;
- le signe de Morley est positif: la compression exercée sur les muscles scalènes lors de la palpation réveille une douleur;
- la manoeuvre d'Adson est positive: l'examineur prend le pouls radial du côté douloureux et amène le membre supérieur à 90° d'abduction, en rotation externe et en extension. Il demande au sujet d'inspirer profondément et de tourner le visage vers le

bras examiné. Le pouls diminue ou disparaît. Ce test peut être positif chez des sujets ne souffrant pas du syndrome.

Une asymétrie dans la position des épaules peut être présente sans être indispensable.

EXAMEN CLINIQUE DES EPAULES

1. Tendinite de la coiffe des rotateurs

(Britz 1988; Caillens et coll. 1975; Hagberg et coll. 1987; Herberts et coll. 1981; Kroemer 1989; Pujol 1993; Viikari-Juntura 1983; Waris et coll. 1979, Waris 1980)

La tendinite du sus-épineux est diagnostiquée lorsque:

- le sujet se plaint, à l'anamnèse, de douleurs à la région antéro-externe de l'épaule;
- la palpation de la coiffe des rotateurs exacerbe la douleur. La palpation s'effectue en dessous du bord antéro-externe de l'acromion lorsque le membre supérieur est placé en légère rétropulsion avec la main du sujet dans le dos. Les muscles sont palpés dans leur ensemble. Il est difficile de distinguer le sus-épineux des trois autres muscles de la coiffe;
- l'abduction contre une résistance appliquée par l'examineur est douloureuse;
- le signe de la chute du bras est positive. L'épreuve, réalisée par la personne, consiste à abaisser lentement le bras préalablement porté en abduction maximale.
- Cette épreuve est positive dans les cas suivants: le sujet ressent une douleur entre 120° et 60°, il est incapable de contrôler ce mouvement et laisse chuter le bras;
- le test de Neer est positif. L'examineur place le bras du sujet à 90° d'antépulsion, coude fléchi à 90°. Il place une main à la face postérieure de l'épaule examinée et grâce à l'autre main déplace passivement le bras horizontalement vers la première main. Cette manoeuvre provoque une douleur s'il existe une tendinite du sus-épineux, par accrochage du tendon sous l'acromion.

2. Ténosynovite du long chef du biceps brachial

(Britz 1988; Caillens et coll. 1975; Hoppenfeld et coll. 1984; Viikari-Juntura 1983; Waris et coll. 1979; Waris 1980)

Une ténosynovite de la longue portion du biceps est diagnostiquée lorsque:

- le sujet se plaint d'une douleur à la face antérieure de l'épaule;
- la douleur est exacerbée par la palpation du tendon dans la gouttière bicipitale. La palpation se fait alors que le bras du sujet est contre le corps avec l'épaule en rotation externe, le coude fléchi à 90° et l'avant-bras en supination.
- Un balayage horizontal de l'avant-bras permet de sentir le déplacement du tendon sous les doigts de l'examineur.
- l'étirement du tendon réveille la douleur. Pour étirer le muscle, l'examineur place le bras en rétropulsion et le sujet étend le coude.
- le signe de Yergason est positif. Ce signe implique les deux actions du biceps sur l'avant-bras, c'est-à-dire la flexion et la supination. Pour l'exécution du test, le coude du sujet est fléchi à 90° et l'avant-bras placé en pronation. L'examineur demande à la personne d'amener l'avant-bras en supination contre la résistance qu'il oppose.
- L'examineur demande également de maintenir la flexion du coude tandis qu'il essaye de l'étendre.

3. L'épaule gelée (Frozen shoulder)

(Caillens et coll. 1975; Hagberg et coll. 1987; Pujol 1993; Viikari-Juntura 1983; Waris et coll. 1979)

L'épaule gelée est diagnostiquée lorsque:

- le sujet se plaint à l'anamnèse de douleurs et d'un enraidissement progressif depuis quelques semaines;

- à l'examen, on observe une limitation dans la mobilité active et passive de l'épaule surtout en élévation, en rotation externe et en abduction.

4. Syndrome de l'articulation acromio-claviculaire

(Herberts et coll. 1981; Pujol 1993; Viikari-Juntura 1983; Waris et coll. 1979; Waris 1980)

Le syndrome acromio-claviculaire est diagnostiqué lorsque:

- à l'anamnèse le sujet se plaint d'une douleur localisée à l'articulation;
- la palpation de la région acromio-claviculaire est douloureuse;
- la percussion de la clavicule est douloureuse. La percussion de la clavicule est effectuée par l'examineur alors que le sujet, bras tendus et verticaux, appuie fortement les mains sur une surface plane. Un test complémentaire de mobilisation de l'épaule peut éventuellement s'avérer douloureux chez certaines personnes. Il consiste à porter le bras en rotation interne forcée ou en antépulsion maximale ou encore en adduction horizontale extrême.

EXAMEN CLINIQUE DES COUDES

1. L'épicondylite (Tennis elbow)

(Kroemer 1989; Kurppa et coll. 1991; Thompson et coll. 1990; Thorson et coll. 1989; Viikari-Juntura 1983; Waris et coll. 1979)

Un tennis elbow est diagnostiqué lorsque le sujet se plaint de douleurs localisées à l'insertion tendineuse et aggravées lors de la palpation ainsi que lors de l'effort en extension du poignet et des doigts.

2. L'épitrôchléite (Golfer's elbow)

(Kroemer 1989; Kurppa et coll. 1991; Thompson et coll. 1990; Thorson et coll. 1989; Viikari-Juntura 1983; Waris et coll. 1979)

Un golfer's elbow est diagnostiqué lorsque le sujet se plaint de douleurs localisées à l'insertion tendineuse et aggravées lors de la palpation ainsi que lors de l'effort en flexion du poignet et des doigts.

EXAMEN CLINIQUE DES POIGNETS

1. Les ténosynovites

(Kroemer 1989; Pujol 1993, Putz-Anderson 1988, Thompson et coll. 1990; Thorson et coll. 1989; Viikari-Juntura 1983; Waris et coll. 1979)

Les critères suivants doivent exister pour diagnostiquer:

1. une ténosynovite:
 - douleur localisée;
 - douleur à la palpation du tendon;
 - douleur lors de mouvements sollicitant le tendon (mouvements simples ou contrariés);
 - tuméfaction locale.
2. un doigt en ressort:
 - les quatre symptômes de la ténosynovite;
 - palpation de nodosités;
 - mobilité active en saccade ou immobilisant le doigt en flexion.
3. Le syndrome de de Quervain:
 - douleur localisée à la styloïde radiale pouvant irradier vers le pouce ou ?l'avant-bras;
 - douleur à la palpation;
 - douleur lors de mouvements du pouce;
 - tuméfaction locale;

- test de Finkelstein positif déterminé comme suit: le sujet fléchit le pouce sur la paume puis les doigts en entourant le pouce; l'examineur effectue passivement une déviation cubitale de la main en tenant le métacarpe de l'index. Le signe de Finkelstein est positif lorsque cette manoeuvre éveille une douleur.
- Des signes, tels que rougeur et chaleur cutanées, ainsi qu'une faiblesse dans certaines prises d'objets entraînant éventuellement la chute de ceux-ci peuvent s'ajouter aux symptômes précités du syndrome de de Quervain sans être indispensables. Ils permettront de confirmer le diagnostic.

2. Syndrome du canal carpien

(Bleecker 1986; Feldman et coll. 1983; Harter 1989; Konz 1990; Kroemer 1989; Pujol 1993; Putz-Anderson 1988; Schenck 1989; Thompson et coll. 1990; Thorson 1989; Viikari-Juntura 1983)

Le syndrome du canal carpien est diagnostiqué lorsque:

- la personne se plaint de paresthésies ou de douleurs dans le territoire cutané innervé par le nerf médian et lorsque ces symptômes réveillent le sujet la nuit;
- la compression du nerf médian appliquée par l'examineur au niveau du canal carpien réveille une douleur ou des paresthésies;
- le test de Phalen est positif: l'hyperflexion des poignets, obtenue en appliquant la face dorsale des mains l'une contre l'autre, maintenue pendant une minute au minimum, réveille des paresthésies dans le territoire innervé par le nerf médian.
- Le signe de Tinel peut également être positif: douleur ou sensation de décharge électrique vers les doigts lors de la percussion de la face antérieure du poignet. Ce n'est cependant pas toujours le cas. Le manque de sensibilité ou une certaine malhabileté ainsi qu'une douleur irradiant vers les coudes ou les épaules peuvent également exister. Ces symptômes ne sont pas déterminants mais confirment le diagnostic.

3. Le syndrome de la loge de Guyon

(Bleecker 1986; Feldman et coll. 1983; Hagberg 1987; Harter 1989; Hoppenfeld et coll. 1984; Kroemer 1989; Pujol 1993; Thorson et coll. 1989; Viikari-Juntura 1983)

Le sujet souffre d'une compression cubitale au niveau du poignet si:

- il se plaint de paresthésies dans les deux derniers doigts de la main (auriculaire et annulaire);
- la compression du nerf est douloureuse et/ou réveille des paresthésies;
- le signe de Tinel est positif. La percussion s'effectue cette fois au niveau de la loge de Guyon.
- Une faiblesse musculaire lors de l'abduction et de l'adduction des doigts peut éventuellement exister.