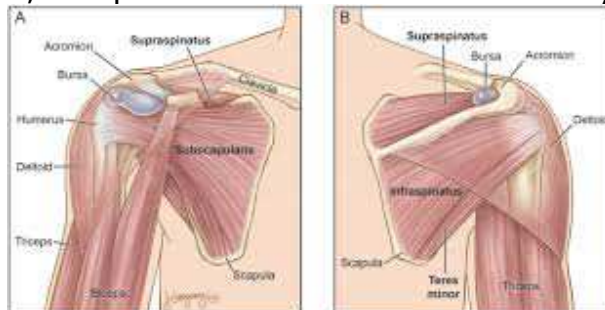


## Les douleurs aux épaules

Par **Dr Guy Hains**, chiropraticien et **Dre Anne-Marie Lamy**, chiropraticienne



Les douleurs aux épaules sont un malaise musculosquelettique très fréquent. Près de 50 % de la population a au moins un épisode de douleur à l'épaule par année.<sup>1</sup>

Une recherche randomisée a été effectuée par les auteurs de cet article<sup>2</sup> chez 59 patients souffrant de tendinite chronique à l'épaule. La durée moyenne de la douleur chez ces patients était de 4½ ans. Ils reçurent 15 traitements et remplirent deux questionnaires standards et validés. Le groupe expérimental a obtenu une diminution très significative de la douleur et une amélioration du fonctionnement de l'épaule (questionnaire SPADI) par rapport au groupe témoin, soit 62 % versus 18 %. Le résultat du questionnaire démontrant le pourcentage d'amélioration perçue par le patient (échelle d'évaluation numérique) fut de 75 % chez le groupe expérimental et de 29 % chez le groupe témoin. De plus, 85 % des patients ont ressenti une amélioration évidente en deçà de six traitements.<sup>2</sup> Les douleurs étaient traitées exclusivement par des pressions avec les pouces (un sur l'autre) sur les points gâchettes localisés dans les muscles, tendons et ligaments de l'épaule impliquée.

Les points gâchettes sont des nodules hypersensibles facilement identifiables avec un peu de pratique. Lorsqu'une pression y est appliquée, le patient reconnaît le mal provoqué comme étant une source importante de son malaise. Une douleur aiguë est souvent ressentie par le patient au début du traitement et il peut réagir à la pression, c'est le « jump sign ». À cause de cette hypersensibilité, le praticien doit être très délicat au début du traitement. La pression de huit secondes sur chacun des PGs est augmentée graduellement tout en restant tolérable par le patient.

### **Les régions de l'épaule où se retrouvent le plus souvent les points gâchettes et méthode thérapeutiques:**

1) Le patient en pronation, sa main du côté impliqué est mise à l'arrière de sa tête. Afin que le patient relaxe complètement son bras, la cuisse du praticien

soutient ce bras pendant le traitement y appliquant une pression légère. Le muscle **sus-épineux (supraspinatus)** localisé à la partie postérieure de la clavicule, le **deltoïde** (latéral, antérieur et postérieur) ainsi que le **sous-épineux (infraspinatus)** doivent être examinés attentivement par des pressions fermes afin d'y trouver les points gâchettes.

2) Le patient en supination, le bras allongé le long du corps, une pression ferme sur l'**acromion** et l'**apophyse coracoïde** mettra en évidence, dans la plupart des cas, des points gâchettes.

3) Afin d'examiner l'**aisselle**, la main du patient est insérée sous sa tête (le patient toujours en supination). L'examen de cette région doit être effectué par-dessus les vêtements, question d'hygiène. Dans environ 50 % des cas, on y trouve des PGs.

Les PGs trouvés seront traités à chacune des visites jusqu'à leur élimination complète. Souvent, les patients se sont fait diagnostiquer une déchirure partielle ou complète (une perforation de bord en bord) de la coiffe des rotateurs. Même si la déchirure semble être une cause importante du mal, ce que personne ne dit, c'est que selon une recherche effectuée en 1995, passé 60 ans, 26 % des gens avaient une déchirure partielle et 28 % avaient une déchirure complète sans ressentir le moindre mal.<sup>3</sup> Pour ce qui est des dépôts calcaires, chez 925 individus symptomatiques, des chercheurs ont trouvé ces dépôts dans 6½ % des cas. Chez 200 individus asymptomatiques, ces mêmes chercheurs en ont trouvé chez 7 % des cas.<sup>4</sup>

À cause de la complexité anatomique et fonctionnelle de l'articulation de l'épaule, les tests orthopédiques servant à en différencier les malaises sont peu spécifiques et fiables.<sup>5</sup> En principe, si le patient souffrant à l'épaule peut lever le bras latéralement (en abduction) et verticalement jusqu'au-dessus de sa tête, on parle de **tendinite**. Si la douleur est très aiguë au moindre mouvement, depuis une semaine, on parle de **bursite** aiguë. Normalement, dans ce dernier cas, le gros du mal disparaîtra par lui-même en deçà d'une semaine. Si le mal est aigu au moindre mouvement et dure depuis des mois, on parle de **capsulite**.

Pour nous, la cause première de pratiquement tous ces malaises, c'est la présence des points gâchettes; et même dans les cas très aigus, ils peuvent être traités par des pressions ischémiques. Le patient doit alors s'agenouiller sur le plancher, perpendiculairement à la table, son front appuyé sur son avant-bras. La main du côté du mal peut alors être remontée et placée sur la tête du patient. Le praticien, soutenant de sa cuisse le bras impliqué, peut alors trouver et traiter les PGs présents. Cette méthode où le patient est à genoux peut être utilisée comme traitement additionnel dans tous les cas, en plus du traitement en pronation. Cette position est excellente pour trouver et traiter les PGs localisés à la partie postérieure du deltoïde ou ceux trouvés au haut du **triceps**. Dans ce

dernier cas, le bras du patient sera étendu sur la table (dans le sens de la longueur) et tourné de façon à mettre le triceps en évidence. Pour ce qui est des névralgies brachiales vertébrogéniques, des irritations myofasciales sont présentes au niveau vertébral et à l'épaule.

S'il y a plusieurs PGs à traiter, une pression de trois à quatre secondes sur chacun sera utilisée, car il y a une limite au mal qu'un patient peut endurer. Il faut être attentif au patient et la douleur doit être raisonnable. Si la sensibilité est très prononcée, le thérapeute n'a que le choix de donner des traitements plus doux. Parfois, surtout dans les cas de capsulites, 20 traitements et plus peuvent être nécessaires. Tant qu'il y a amélioration, cela vaut la peine de continuer.

#### Références:

- 1) Brox JI. *Shoulder pain. Best Prac Res Clin Rheumatol* 2003 ; 1: 33-56.
- 2) Hains G, Descarreaux M, Hains F. *Chronic shoulder pain of myofascial origin. J Manipulative Physiol Ther* 2010;33:362-369.
- 3) Sher JS, Uribe JW, Posada A et al. *Abnormal findings on magnetic resonance images of asymptomatic shoulders. J Bone Joint Surg Am* 1995;77A:10-5.
- 4) Welfing J, Kahn MF, Desroy M et al. *Les calcifications de l'épaule. Revue Rhumatisme* 1965 ; 32:3, 25-34.
- 5) Van der Windt DA, Koes BW et al. *Shoulder disorders in general practice. Br J Gen Pract* 1996 ; 46:5,19-23.

Guy Hains DC  
Anne-Marie Lamy DC