

Bonjour à tous !

Comme promis lors des 3^{èmes} journées de l'AFMcK cette première chronique de 2014 est le suivi d'un patient que j'ai reçu au cabinet et que j'ai présenté en vidéo au congrès.

Pour l'occasion j'ai modifié le format du papier qui tient normalement en une page pour que vous ne manquiez rien de cette étude de cas.

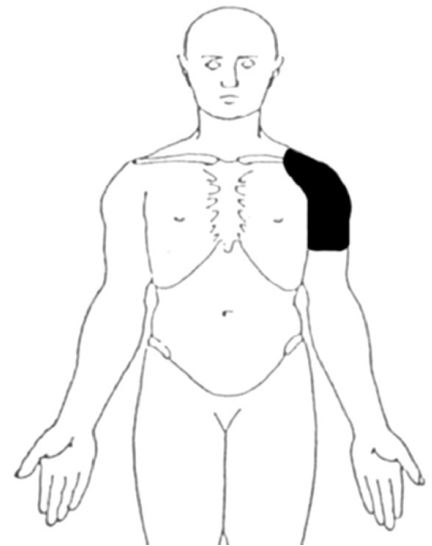
Ainsi vous trouverez le récit chronologique complet qui a pour ambition de vous montrer comment implémenter les données des articles scientifiques en pratique, directement après les avoirs lus de façon critique, bien entendu.

Pour que cela soit authentique, je vous ai également joint la correspondance avec le médecin à qui j'ai référé le patient. Comme vous pourrez le constater j'ai été un peu audacieux... mais qui ne tente rien n'a rien !

Il s'agissait donc d'un patient de 26 ans, footballeur américain, qui venait au cabinet pour une douleur au niveau de l'épaule, qui évoluait depuis 5 mois, intermittente et mécanique cotée de 0 à 8/10 et qui semblait s'empirer avec le temps.

La plainte majeure du patient était qu'il lui était impossible de faire du développé couché même avec une charge minime, et à chaque fois qu'il se tournait sur l'épaule gauche en décubitus la douleur augmentait fortement.

Le test des mouvements répétés a permis d'exclure les cervicales. L'examen des amplitudes passives de l'épaule les révélait toutes libres et indolores, même avec surpression. Les tests résistés étaient également indolores.



Pas de préférence directionnelle au niveau de l'épaule. Nous avons testé l'extension, la rotation interne et l'adduction horizontale sans succès.

A l'interrogatoire, j'ai noté une douleur qui semblait être due aux mouvements répétés de l'épaule lors du développé couché et pas de douleur au delà du coude.

Lors de l'examen des amplitudes articulaires, je n'ai pas retrouvé pas de douleur en abduction passive ni en rotation externe à 90° d'abduction.

A l'examen clinique, les tests de O'Brien, de Cross-arm et de Hawkins-Kennedy étaient positifs et l'interligne de l'articulation acromio claviculaire était très sensible à la palpation.

L'« équation clinique » se formant dans ma tête, j'ai écrit un mail et un courrier à destination du médecin à qui je réfèrais le patient.

Je vous laisse découvrir tout ceci plus bas...

L'email le jour de l'examen clinique – Le 6 janvier 2014

Bonjour R.,

Je t'ai adressé un patient, Mr A., 26 ans, footballeur américain, pour une plainte au niveau de l'épaule. Je lui ai écrit une lettre à te transmettre, que je mets également en pièce jointe.

Suite à l'examen que j'ai fait, son cas est très évocateur d'un syndrome AC qui serait susceptible de répondre très favorablement à un bloc anesthésique (ou infiltration) de l'AC en référence à l'article que je te joins (Cadogan et al. 2013).

D'après les données de cet article, les patients qui présentent 4 des 5 signes à l'interrogatoire ont une probabilité 5x plus importante d'être soulagé d'au moins à 80% par un bloc anesthésique de l'AC.

Dans le cas de Mr A., à l'interrogatoire (4/5):

- début des douleurs en lien avec activité répétée (bench press)
- pas de douleur sous le coude
- pas de douleur passive en abduction
- pas de douleur en rotation externe à 90° d'abduction

+

à l'examen clinique (4/4), comme je t'indique dans le courrier :

- cross body arm positif
- O'Brien positif
- Hawkins-Kennedy positif
- douleur localisée sur l'acromio-claviculaire

Suite à ces observations et dans un but pédagogique pour nos étudiants au cab je lui ai demandé si l'on pouvait filmer cet examen et Thomas a tenu mon i-phone pour refaire l'examen.

En accord avec ton examen clinique, si tu souhaites infiltrer et si tu souhaites participer, il serait super que tu puisses te faire filmer, notamment le geste infiltratif, voire avoir une image à l'échographie pendant... J'en demande peut être beaucoup.

Si le résultat s'avère positif, ce qui semble très probable sur le papier, et avec l'accord du patient bien sûr, je rédigerai un article où j'aimerais que toi et Thomas soyez co-auteurs.

Merci pour ta réponse

Amitiés,

Flavio

Courrier écrit le 6 janvier à l'issue de la consultation

Centre Kiné & Sport Paris 5

Flavio BONNET

MKDE, Master Recherche

4 Rue Edouard Quénu

75005 PARIS

Tel : 09.83.70.03.83.

www.bonnet-regnier.web-kine.com

flavio.bonnet@gmail.com

Le 6 janvier 2013

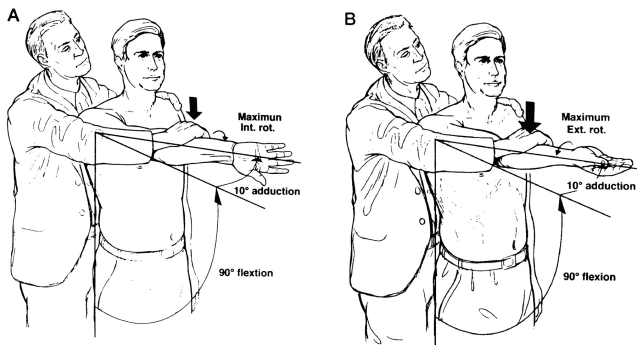
Cher Docteur B.,

J'ai reçu ce jour Mr A., 26 ans, pour une plainte au niveau de l'épaule suite à un effort de développé couché haltères, depuis 5 mois et qui semble s'empirer.

A l'examen on retrouve des amplitudes passives libres et indolores, les tests résistés sont également indolores, palpation également et les cervicales ne sont pas incriminées. Radios et Echo ne montrent rien.

Cependant à l'examen nous avons :

- une douleur localisée sur l'AC
- Palpation de l'interligne douloureuse
- Signe d'O'Brien positif
- Signe de Hawkins Kennedy positif
- Cross arm en rotation neutre positif



Ce qui laisse suggérer un syndrome AC de Stade 1. M. A. a déjà pris des AINS pendant 4 semaines sans effet, c'est pourquoi je lui parlais éventuellement en accord avec votre examen, d'une infiltration.

Je reste à disposition pour tous renseignements complémentaires,

Très cordialement,

Flavio BONNET

Réponse par mail du Docteur B. le 31 janvier 2014

Salut Flavio,

Je te remercie avant tout pour les patients que tu as eu la gentillesse de m'adresser, et te prie de m'excuser pour le délai de réponse, j'ai été assez débordé ces derniers temps...

J'ai donc bien reçu M. A., dont le diagnostic était en effet une arthropathie acromio-claviculaire, avec une présentation clinique typique. Je lui ai effectivement proposé une infiltration cortisonnée sous contrôle échographique, qui est un traitement performant dans ce genre d'indication en parallèle du repos et de la modification des activités sportives. J'avais noté ta volonté de faire filmer éventuellement la chose, mais cela n'a pas été faisable techniquement. Mais il s'agit là d'un geste assez banal et que je réalise assez régulièrement pour ce type de lésion. Je te tiendrai au courant si j'en ai d'autres prochainement si cela t'intéresse d'y assister.

R.

Résultats

J'avais donc vu le patient le 6 janvier, il était allé consulter le médecin le 14, l'infiltration a eu lieu le mardi 21 janvier, mon suivi téléphonique s'est fait le lundi 3 février (à J+ 2 semaines).

Au téléphone le 3 février, le patient me dit qu'il n'a « plus de douleur », durant la nuit ni au retournement sur l'épaule gauche (0/10), il ressent encore un « petit picotement » lorsqu'il fait du développé couché avec une charge de 70kg dans ses séries. Avant la blessure le patient soulevait 120 kg par série avec un max à 170kg. Sur les consignes du médecin et de moi même il incrémente graduellement la charge à chaque entraînement de musculation pour retrouver progressivement ses performances.

Discussion

Il est important de noter que le patient était représentatif des patients qui composaient l'étude sur laquelle je me suis basé pour faire prendre cette décision. C'est très important à vérifier parce que parfois, on veut extrapoler les résultats d'études à certains patients mais ils peuvent nettement différer de l'échantillon qui a été étudié.

Dans le cas de ce patient qui présentait 4 items positifs de l'interrogatoire sur 5 qui composaient le modèle, les données de l'article donnaient une spécificité de 95%. C'est à dire que pour un patient qui avait les 4 items sur 5 il était quasiment certain que le patient soit au moins soulagé de 80% par une injection. En parallèle de cela, il avait 4 tests cliniques positifs sur les 4 du modèle statistique. Ce qui d'après l'article montrait une spécificité de 99%...

La prévalence des syndromes acromio-claviculaires soulagés d'au moins 80% par une injection est de 14% (en consultation de première intention). C'est faible, c'est pour cela que ces règles de prédiction statistique sont le futur de l'examen clinique. Ce sont des outils pour nous aider à prendre des décisions, au quotidien.

Flavio Bonnet, Responsable de la Commission Recherche de l'AFMcK.