

Sémiologie de l'épaule

I - Rappel anatomique :

L'épaule est un complexe articulaire formée de 5 articulations biomécaniquement dépendante:

3 articulations principales :

- LA GLÉNO HUMÉRALE (scapula / humérus) → la principale articulation
- LA STERNO CLAVICULAIRE
- L'ACROMIO CLAVICULAIRE

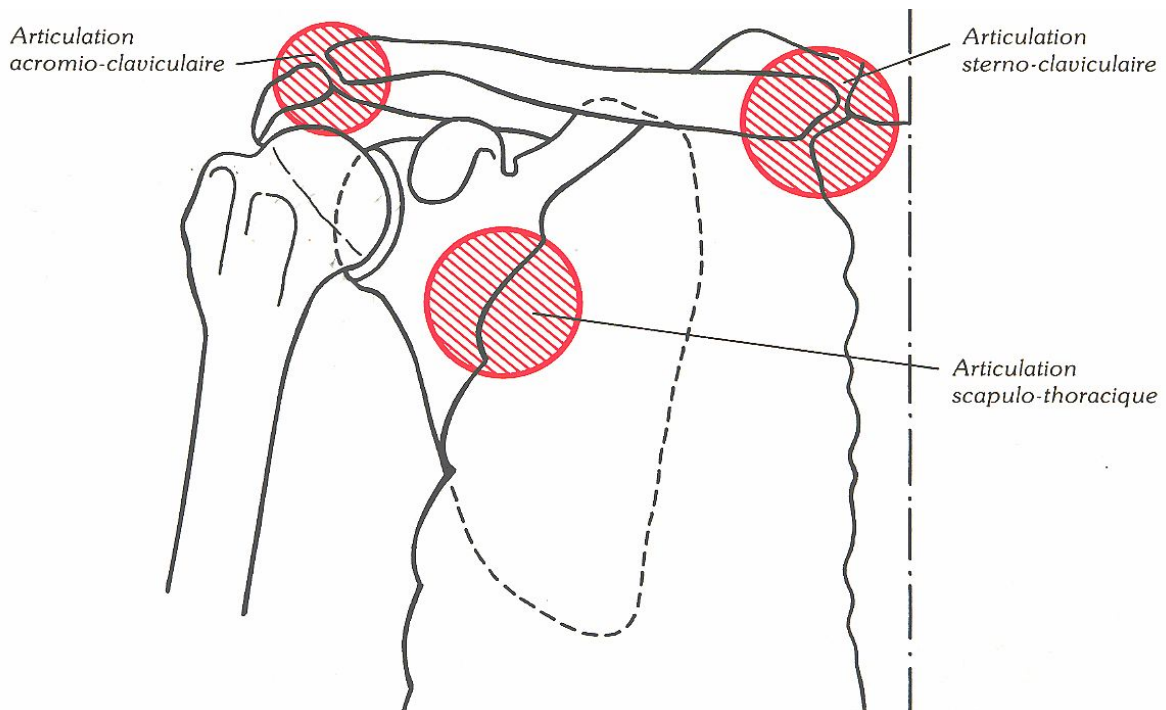
2 articulations secondaires (de glissement) :

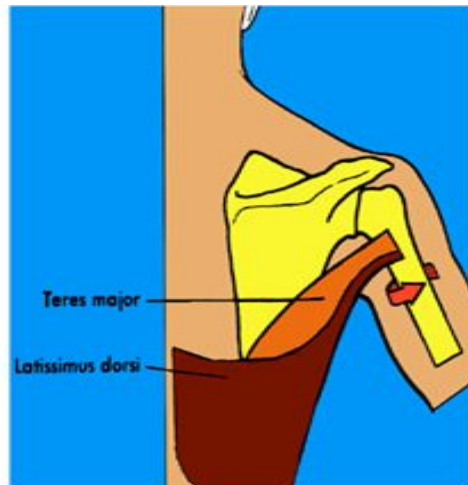
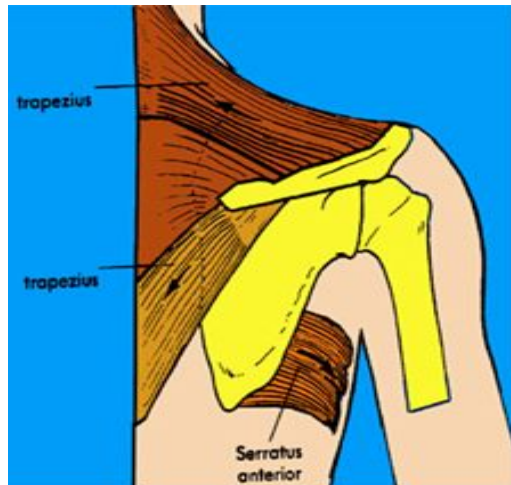
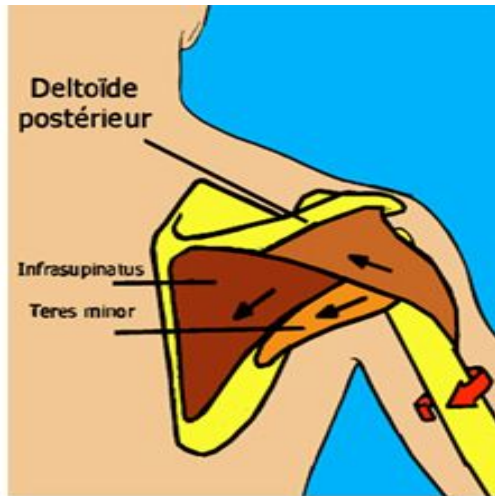
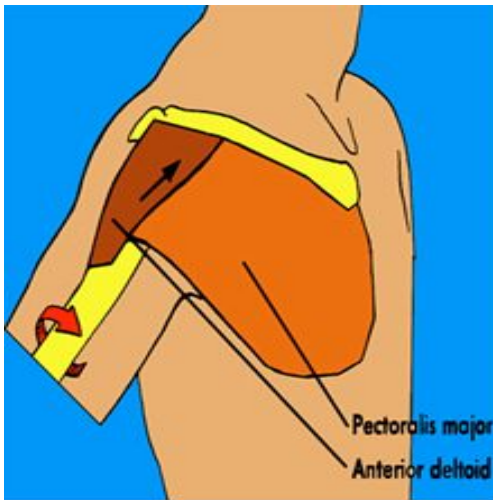
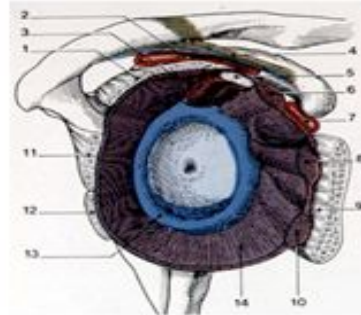
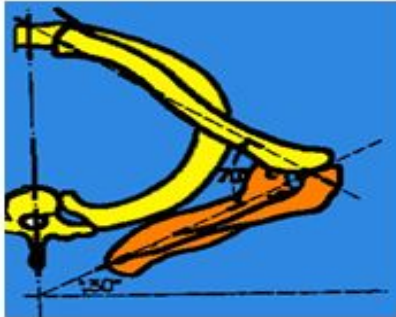
- LA SOUS DELTOÏDIENNE (sous acromiale)
- LA SCAPULO THORACIQUE

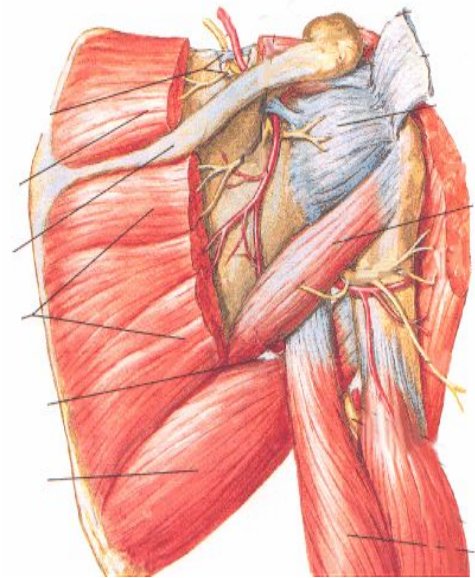
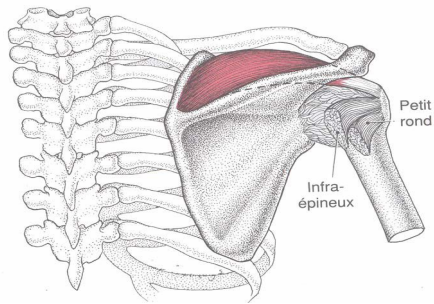
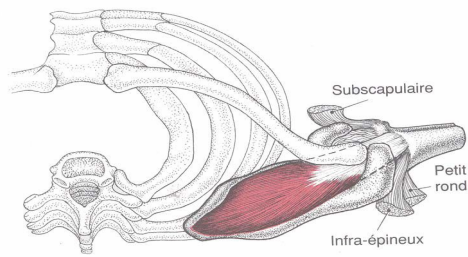
La pathologie de l'une entraîne un excès de sollicitation de l'une voire les autres articulations.

Deux caractéristiques biomécaniques:

- Mobilité : dépend de 4 articulations : gléno-humérale, sterno-claviculaire, acromio-claviculaire, scapulo-thoracique.
- Instabilité : dépend des muscles de la coaptation de la tête humérale dans la glène (coiffe des rotateurs) :
 - ◆ Sus-épineux (élevateur)
 - ◆ Sous-épineux, petit rond (rotateurs externes)
 - ◆ Sous-scapulaire (rotateur interne)
 - ◆ Long biceps par son tendon intra-articulaire.



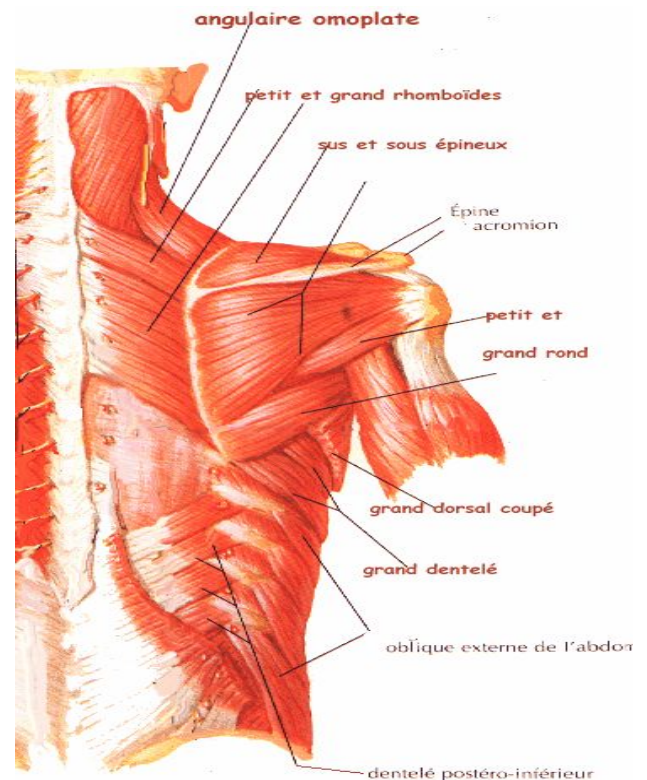




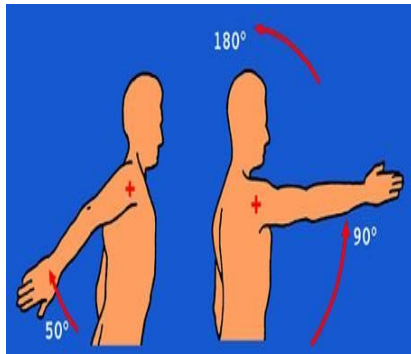
La “coiffe des rotateurs” :

La coiffe des rotateurs est composée de la convergence des tendons de quatre muscles :

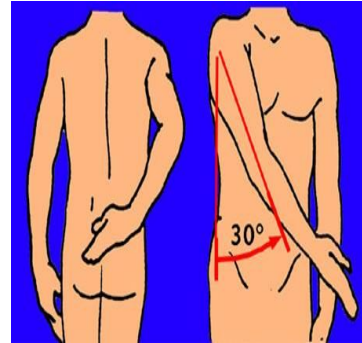
- ❖ un rotateur médial (ou interne) :
 - le muscle subscapulaire, sous-scapulaire ou encore subscapularis ;
- ❖ deux rotateurs latéraux (ou externes) :
 - le muscle infra-épineux ou infraspinatus,
 - le muscle petit rond ou teres minor ;
- ❖ un abducteur :
 - le muscle supra-épineux ou supraspinatus.



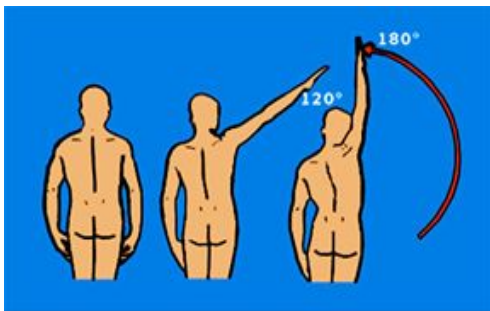
II - Amplitudes de mouvements :



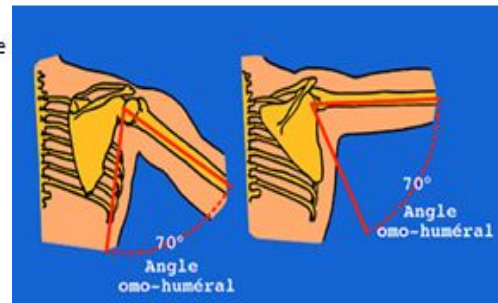
Antépulsion :180°
Rétropulsion: 50°



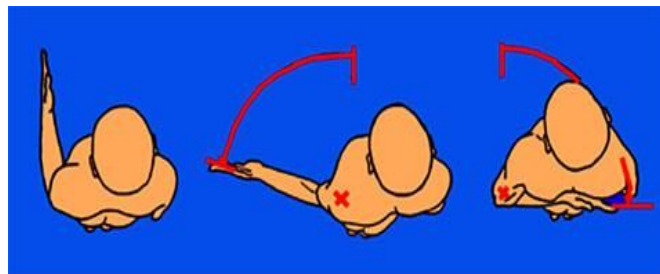
Adduction: 30°



L'abduction complète n'est possible qu'en rotation externe

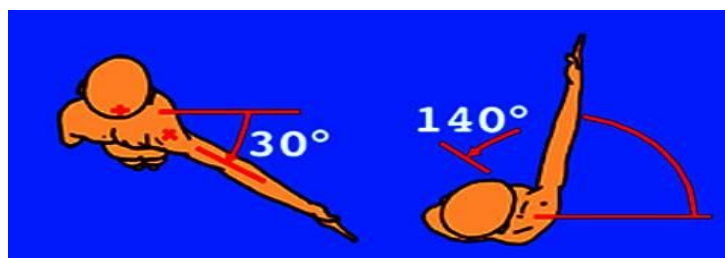


La scapulo-thoracique est sollicitée à partir de 70°



LA ROTATION AXIALE :

Dans la position de référence, le coude est fléchi à 90° et l'avant-bras est dans le plan sagittal.
La rotation externe est de 80°, la rotation interne est de 95°, la main doit passer derrière le tronc



Rétropulsion + Abduction: 0 à 30° **Antépulsion + Abduction : 0 à 140°**

III - EXAMEN CLINIQUE :

1 - INTERROGATOIRE :

- Antécédents traumatiques (micro traumatismes,traumatisme important) atteinte du rachis cervical
- Antécédents sportifs tennis volley ball hand ball)
- Antécédents familiaux et personnels notamment diabète hyper-uricémie autres troubles métaboliques...
- Puis On fera préciser la nature des troubles fonctionnels:
 - DOULEURS : caractéristiques, horaires, localisation survenue (arc douloureux, mouvements algiques)
 - INSTABILITÉ : le geste qui entraîne cette instabilité
 - GÊNE FONCTIONNELLE LIMITATION DOULOUREUSE OU NON DOULOUREUSE et dans quel secteur de mouvement cette gêne ou cette limitation surviennent

2 - EXAMEN PHYSIQUE :

a/ Inspection :

- comblement sillon delto-huméral
- épanchement
- Muscles (amyotrophie)
- Se fait comparativement de face, de profil et de dos

b/ palpation : recherche des points douloureux

c/ Etude des mouvements :

- ACTIFS⇒orientent : se base sur l'os, et les ligaments
- PASSIFS⇒précisent : se base sur les muscles (tendons)
- CONTRAIRES⇒analysent

Amplitudes:

- ☐ Elévation antérieure : 180°(Gléno-humérale: 70°)
- ☐ Elévation latérale : 180°(Gléno-humérale: 90°)
- ☐ Rotation externe : 80°
- ☐ Rotation interne : 95°
- ☐ Adduction :30°
- ☐ Élévation post :50°

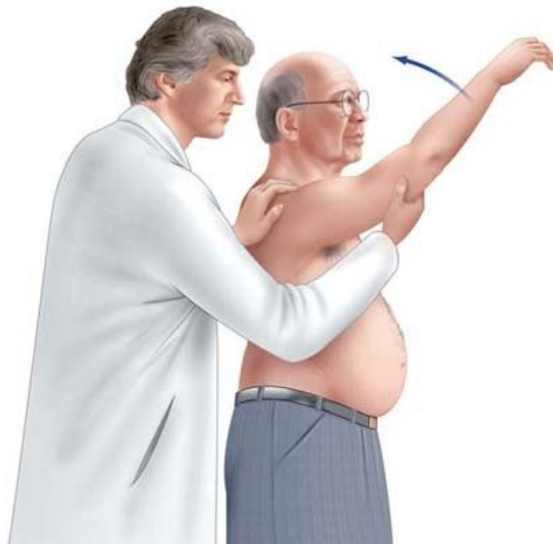
Étude des mobilités passive et active

1/ Les manoeuvres de mise en évidence d'un conflit sous-acromial :

Test de NEER :

C'est un test passif qui met en évidence une sensibilité sous-acromiale.

L'examineur bloque l'omoplate en la maintenant fermement pour éviter sa rotation pendant qu'il fléchi vers l'avant avec force (dans le plan sagittal) le bras porté en rotation interne maximale ce qui réveille la **douleur** à partir de la 60^{ème} degré.



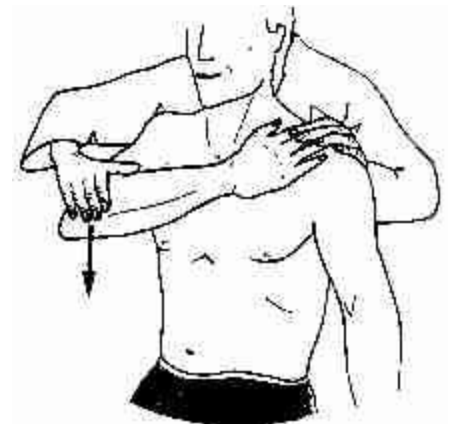
Test de YOCUM :

Signe un problème de la fossette sous acromiale.

Il met en évidence un syndrome d'accrochage entre les muscles de la coiffe des rotateurs et l'arc coraco-acromial. C'est un test actif.

La main du sujet est posée sur l'épaule saine. L'examineur demande au sujet de soulever le coude fléchi et provoque la douleur par conflit d'abord entre trochiter et ligament acromio-coracoïdien, puis avec l'articulation acromio-claviculaire en résistant à l'élévation du coude.

Le test est dit positif s'il y a apparition d'une douleur à l'épaule.



Le test de HAWKINS :

La coiffe est comprimée sous le ligament acromio-coracoïdien (scapulo-claviculaire). Cette manœuvre met en évidence un conflit sous acromiale. c'est un test passif.

Le bras en élévation antérieure (flexion) à 90°, coude fléchi à 90°. La mise en rotation interne réveille une douleur en cas de conflit antéro-supérieur ou antéro-interne.



2/ Étude de la coiffe et de la musculature :

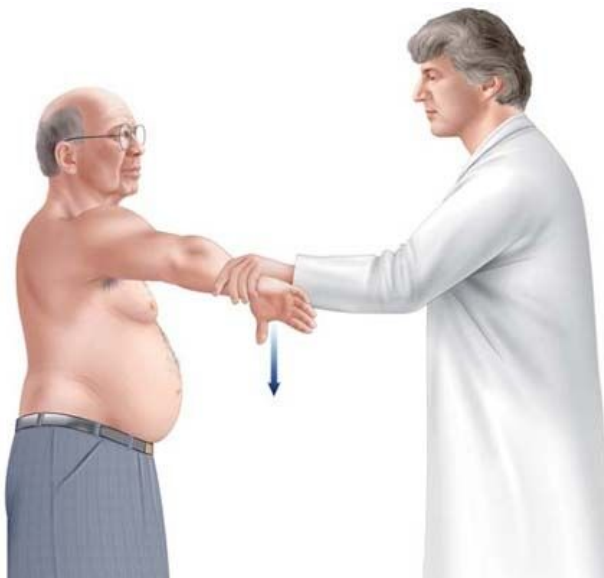
2.1 Sus-épineux :

Test de JOBE :

Le muscle sus-épineux est le principal abducteur du bras.

Il s'agit d'un testing musculaire. L'examineur place le bras en abduction 90° dans le plan de la scapula et en rotation interne. Il demande alors au patient de résister à la pression et apprécie la force musculaire du supraspinatus. La douleur empêche souvent de réaliser correctement ce test, ceci indique une faiblesse du muscle.

C'est un test actif.



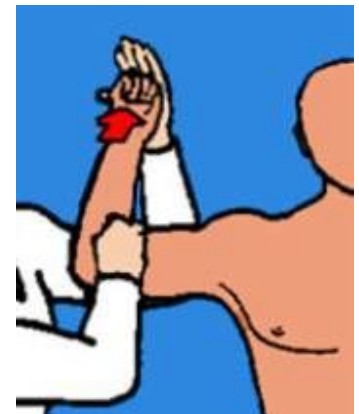
2.2 Sous-épineux :

Test de PATTE :

L'infra-épineux est responsable de la rotation externe.

L'examineur soutient le bras examiné en abduction de 90°, dans le plan de la scapula, coude fléchi à 90°, et s'oppose à la rotation externe demandé au sujet. Le test est positif quand il dévoile un déficit de la force musculaire.

C'est un test actif qui visualise le degré d'amyotrophie

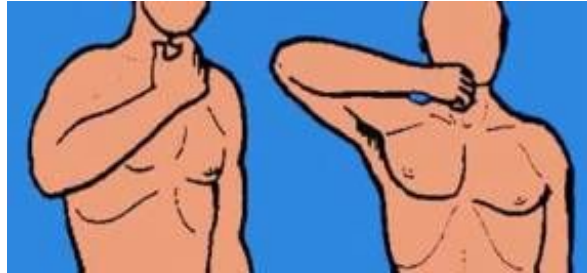


2.3 Petit rond :

Test de CLAIRON :

Il est demandé au sujet de mettre sa main à la bouche. Le signe est positif quand le sujet est obligé, suite à la *défaillance des rotateurs externes (infraspinatus et teres minor)*, de lever son coude plus haut que la main ou lorsque le patient est incapable de porter le bras en rotation externe à partir de la position d'élévation (90°).

Donc, la distance main bouche = 0 oriente vers un déficit des rotateurs externes.



2.4 Sous-scapulaire :

Test de GERBER :

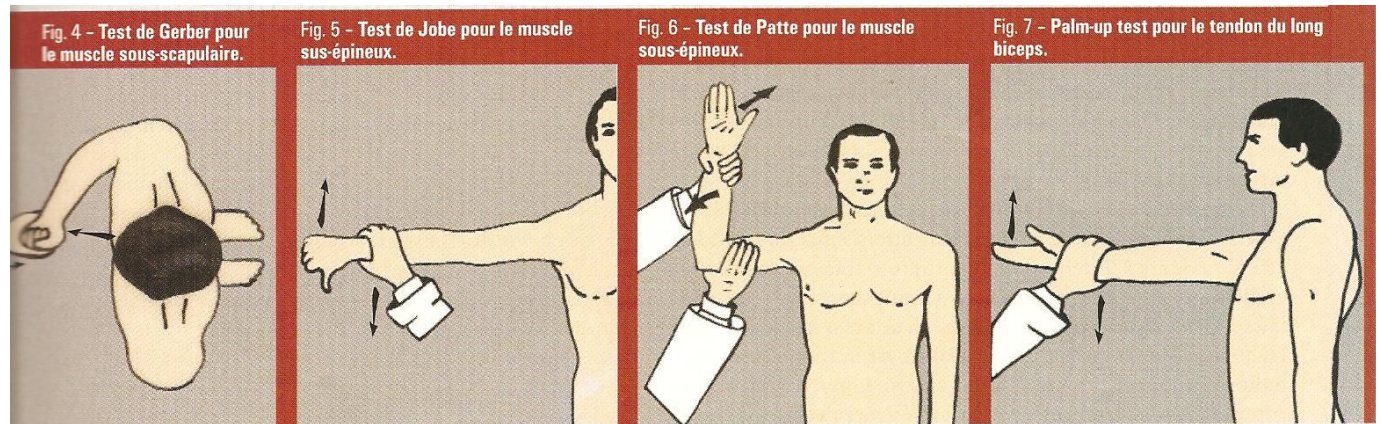
Le subscapulaire est responsable de la rotation interne de la main.

Le test de Gerber est indiqué en cas de déchirure ou lors de la ménopause chez la femme. c'est un test *actif* et de *contrainte*.

Ce test est accompagné de la manoeuvre du "Lift-off" ou appelé "Gerber positif" :

Ce test n'est réalisable que lorsque le patient est capable de développer une rotation interne suffisante pour mettre la main dans le dos avec le coude fléchi à 90°. C'est dans cette position que le muscle subscapularis est le mieux testé et que les mouvements syncinétiques sont les plus faibles. Normalement, le patient peut écartier la main du plan du dos (dans ce cas, l'examineur place sa main sur celle du sujet afin de résister au mouvement de décollement) ; en cas de rupture, la main reste « collée » aux lombes.





3/ Recherche d'une Instabilité :

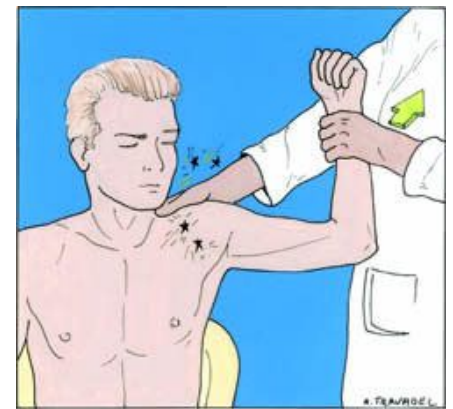
Articulation scapulo-humérale :

En cas de laxité, de déboîtement ou de luxation de l'épaule.

C'est le ligament gléno-huméral inférieur (le plus résistant) qu'il faudrait rechercher en cas de déboîtement.

Appréhension à l'armé du bras : il indique que les ligaments gléno-huméraux supérieur et inférieur sont défailants.

En partant de la position à 90° d'abduction, coude fléchi, le bras est progressivement emmené vers l'arrière. Au-delà d'un certain seuil, le patient résiste par crainte de voir se reproduire l'instabilité.



IV - Examen régional :

- rachis cervical (NCB C5)
- neurologique
- origine viscérale

V - Examen radiologique:

Radio standard : face, profil axillaire, Trans thoracique, axial, bloom obata

Conclusion :

- un bon examen clinique doit s'assurer que la douleur vient bien de l'épaule
- Repérer la raideur passive
- Rechercher une rupture tendineuse de la coiffe
- Voir si il y a une instabilité avec ou sans laxité constitutionnelle
- Ne pas oublier les causes neurologiques