

Examen clinique de l'épaule

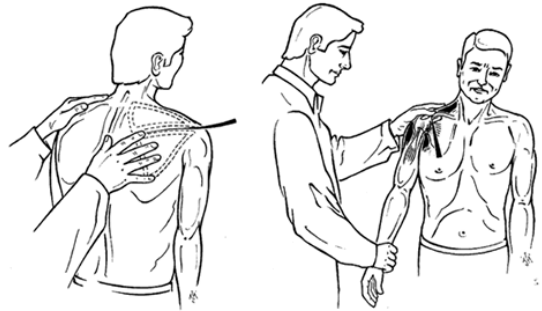
Docteur Kiân LAMRASKI

1. Introduction

Après l'interrogatoire, l'examen débutera par une phase d'inspection, puis se poursuivra par l'étude analytique des mobilités passives et actives et se terminera par les manœuvres dynamiques à la recherche d'une pathologie de coiffe, d'une instabilité et ou d'une laxité.

2. Inspection

Elle s'effectuera torse nu / côté opposé, et recherchera une amyotrophie musculaire (deltoïde, fosse sus et sous-épineuse, trapèze) un décollement de l'omoplate (signe la paralysie du grand dentelé) une déformation des articulations acromio-claviculaire, et/ou sterno-claviculaire.



3. Étude des mobilités passive et active

Sur les 6 mouvements simples de l'épaule, trois sont indispensables pour établir un diagnostic. L'élévation antérieure ou flexion, qui se mesure avec un goniomètre par rapport à l'axe du tronc.

La rotation interne qui se mesure en faisant passer la main dans le dos du patient, et en mesurant la distance entre l'épineuse de C7 et le pouce, ou en notant le niveau de la vertèbre atteinte.

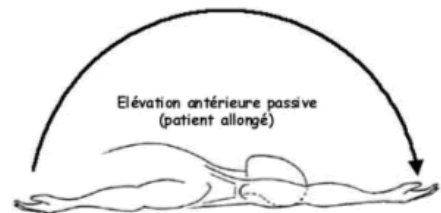
La rotation externe coude au corps dite rotation externe en position 1 (notée RE1). Celle-ci, peut aussi se mesurer en 2 autres positions notées, RE2 (bras à 90° d'abduction) et RE3 (bras à 90° d'élévation antérieure).



Rotation externe



Rotation interne



Élévation antérieure passive (patient allongé)

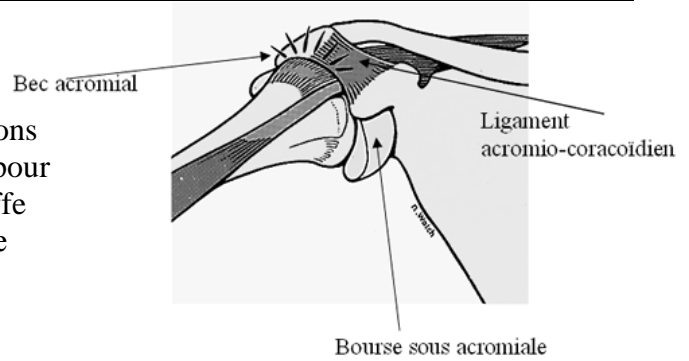


Une diminution des mobilités passives en RE, RI et en flexion signe une capsulite rétractile. Le reste de l'examen clinique est alors irréalisable. Des mobilités passives normales et une mobilité active diminuée en flexion réalisent le tableau d'épaule pseudo-paralytique. Il s'agit le plus souvent d'un problème de coiffe des Rotateurs.

4. Manœuvres dynamiques

4.1. Recherche d'un conflit sous acromial

Le conflit sous acromial correspond à des lésions dégénératives de la coiffe des rotateurs ayant pour origine un conflit répété des tendons de la coiffe avec le bec antéro-inférieur de l'acromion et le ligament acromio-coracoïdien.



Le **signe de NEER** consiste à effectuer une élévation antérieure passive de l'épaule main en pronation, tout en bloquant la rotation de l'omoplate. Il est positif si la douleur apparaît entre 60 et 120° d'élévation antérieure. Elle disparaît main en supination.

Le **signe de YOCUM** se recherche la main du patient posée sur l'épaule opposée, bras à 90° d'élévation antérieure. On demande au patient de lever le coude au ciel contre résistance. Le signe est positif si le patient ressent une douleur qu'il reconnaît.

Le **signe de HAWKINS** se recherche bras à 90° d'élévation antérieure, coude fléchi à 90°, en imprimant un mouvement de rotation interne. Le signe est positif si le patient ressent une douleur qu'il reconnaît.



Neer

Yocum

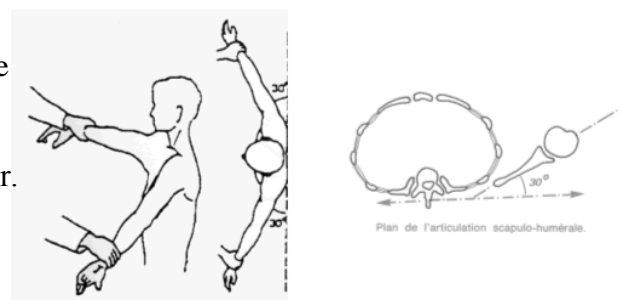
Hawkins

4.2. Étude de la coiffe et de la musculature

La coiffe des rotateurs comprend 4 muscles (sus-épineux, sous épineux, petit rond, et sous scapulaire) auxquels on ajoute la portion intra-articulaire du tendon du long biceps. Bien que n'appartenant pas à la coiffe probablement dite, il participe également à la pathologie de la coiffe des rotateurs. Chacun de ces éléments devra être testé séparément à l'aide d'une manœuvre spécifique.

4.2.1. Sus-épineux

Le **signe de JOBE** se recherche bras dans le plan de l'omoplate (30° vers l'avant) à 90° d'abduction, pouce vers le bas, en demandant au patient de résister à une pression descendante de l'examineur. Il est positif en cas de diminution de la force.



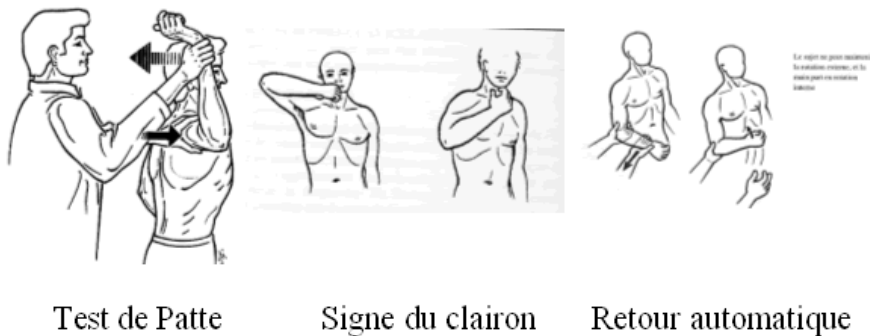
4.2.2. Sous-épineux et petit rond

Signe de Patte : L'examineur se place derrière le patient, et demande à celui-ci d'effectuer une rotation externe contrariée en partant de la position RE2 (bras à 90° d'abduction) Il apprécie la force musculaire selon la cotation suivante :

- 5 : force musculaire normale et symétrique
- 4 : force musculaire diminuée
- 3 : RE2 contre pesanteur seulement
- 2 : pas de rotation externe active (clairon)
- 1 : contraction musculaire
- 0 : absence de contraction musculaire

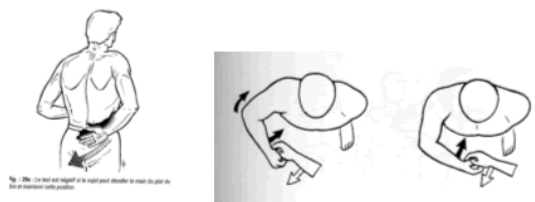
Signe du clairon : En l'absence de rotateurs externes, pour porter la main à la bouche, le patient devra élever le coude au-dessus de l'horizontal, prenant ainsi la position d'un joueur de clairon.

Retour automatique ou **signe du portillon** : En l'absence de rotateur externe, le patient ne pourra freiner le retour automatique de la main vers l'abdomen, lorsque partant d'une position en rotation externe coude au corps, l'examineur lâche la main du patient. La main vient alors frapper l'abdomen. Le retour automatique peut aussi se rechercher en position RE2. Il s'agit alors du Drop Sign.



4.2.3. Sous-scapulaire

La **manœuvre de GERBER** : Le patient passe la main dans le dos au niveau de la ceinture, il doit alors fermer le poing, décoller celui-ci de la ceinture et garder la position. Le signe est positif si le patient ne peut tenir la position. Une rotation interne douloureuse ou déficitaire rend impossible la réalisation de ce test. Il faut alors utiliser la manœuvre du Press –Belly Test.



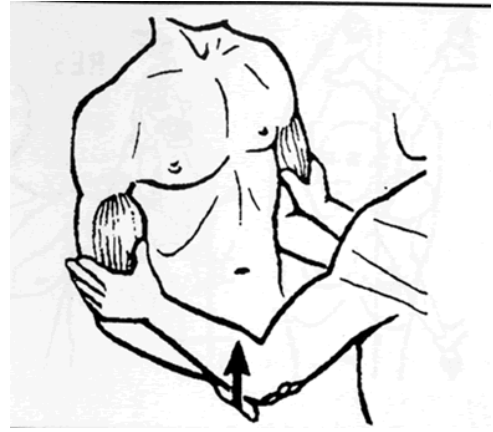
Le **PRESS BELLY TEST** : On demande au patient d'appuyer sur son ventre (belly) avec la paume de la main en décollant le coude du corps. S'il ramène le coude au corps, le test est positif signant l'atteinte du sub-scapulaire. Ce signe est parfois appelé signe de Napoléon.



Belly Press-Test

4.2.4. Biceps

De nombreux signes ont été décrits (**PALM UP**, **YERGASON...**). Aucun d'eux n'est spécifique d'une pathologie de la longue portion du biceps. Il faut par contre savoir rechercher une rupture de la longue portion du biceps. Patient face à l'examineur, coude à 90° de flexion contrariée. En cas de rupture, apparition d'une « boule » dans la partie basse du bras.



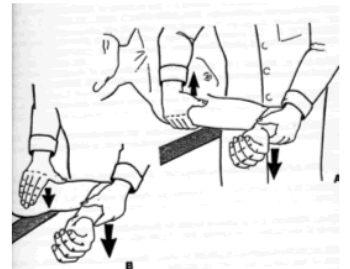
4.3. Recherche d'une Instabilité

4.3.1. Antérieure

Appréhension à l'armé du bras : 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.



Appréhension

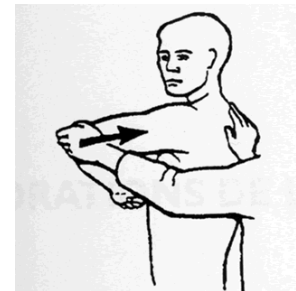


Relocation Test

Relocation Test ou test du recentrage : Il s'agit de la recherche du même signe, mais sur un patient allongé. Au moment de la survenue de l'appréhension, l'examineur imprime alors une translation antéro-postérieure sur la tête humérale (ce qui recentre l'articulation gléno humérale). L'appréhension disparaît alors.

4.3.2. Postérieure

Appréhension à la poussée vers l'arrière : Une main bloque l'omoplate, l'autre imprime une poussée vers l'arrière sur le coude, bras à 90° d'élévation antérieure, en légère adduction et en rotation interne. Le signe est positif si l'on met en évidence un recul de la tête humérale ou une appréhension.



4.4. Recherche d'une Laxité

4.4.1.1. Tiroir antéro-postérieur

On bloque l'acromion entre pouce et index d'une main, la tête humérale entre pouce et index de l'autre main et l'on recherche l'existence d'un jeu dans l'articulation gléno-humérale.



Signe du sillon



Tiroir antérieur

4.4.1.2. Sulcus sign ou signe du sillon

On essaie cette fois de «décoapter» l'articulation gléno-humérale, afin de créer un vide sous acromial (sillon)