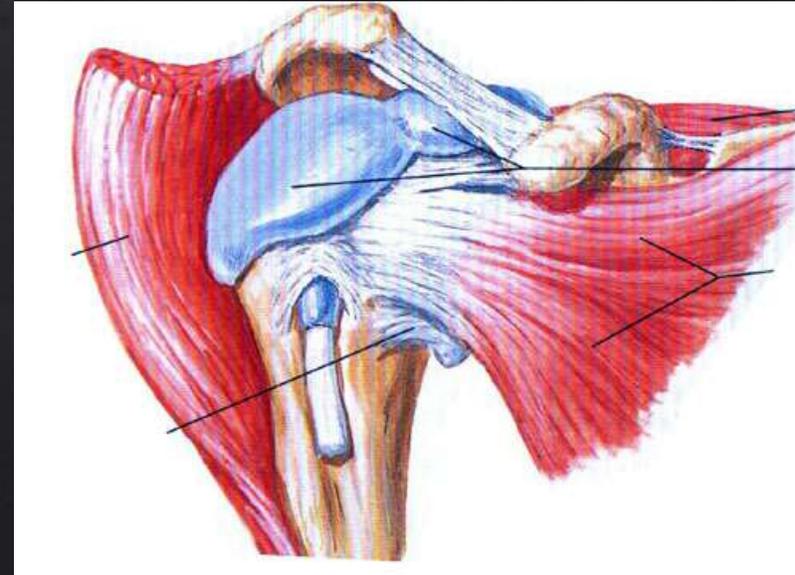


# Examen clinique de l'épaule

Dr Ivan PROTHOY  
DESC de Médecine du Sport  
Traumatologie du Sport

# Anatomie

- ◆ 3 articulations véritables, un espace de glissement
- ◆ scapulo-humérale: 50% mobilité totale sur 3 axes.



# Anatomie



# Anatomie



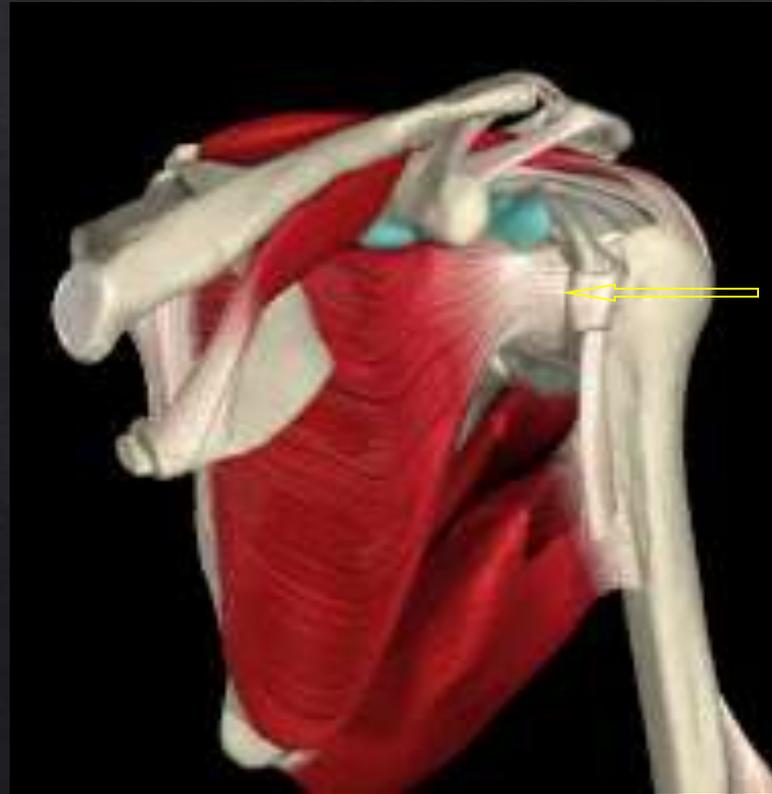
# Anatomie



# Anatomie



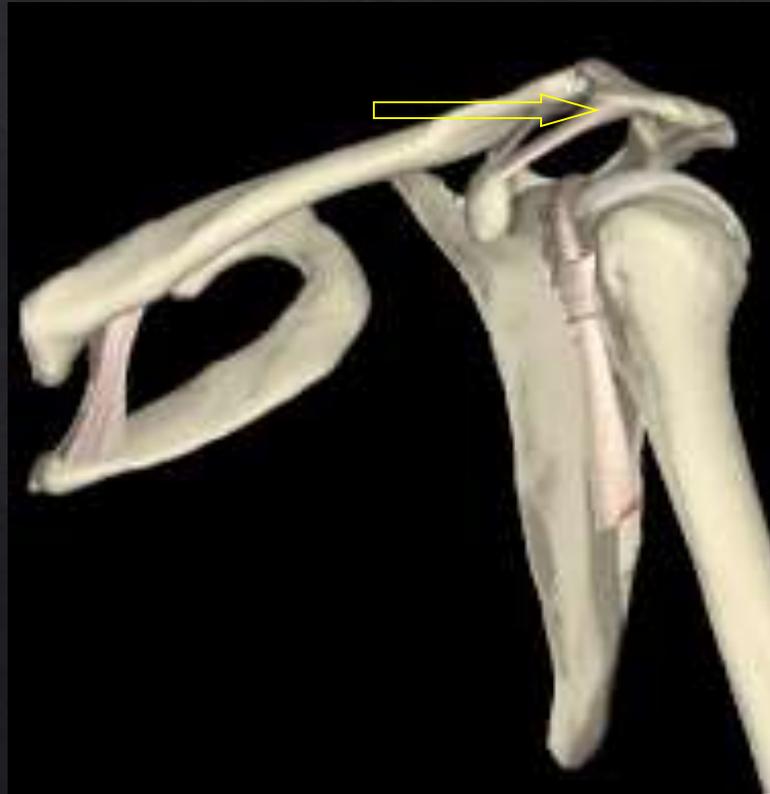
# Anatomie



# Anatomie



# Anatomie



# Anatomie



# Anatomie



# Anatomie

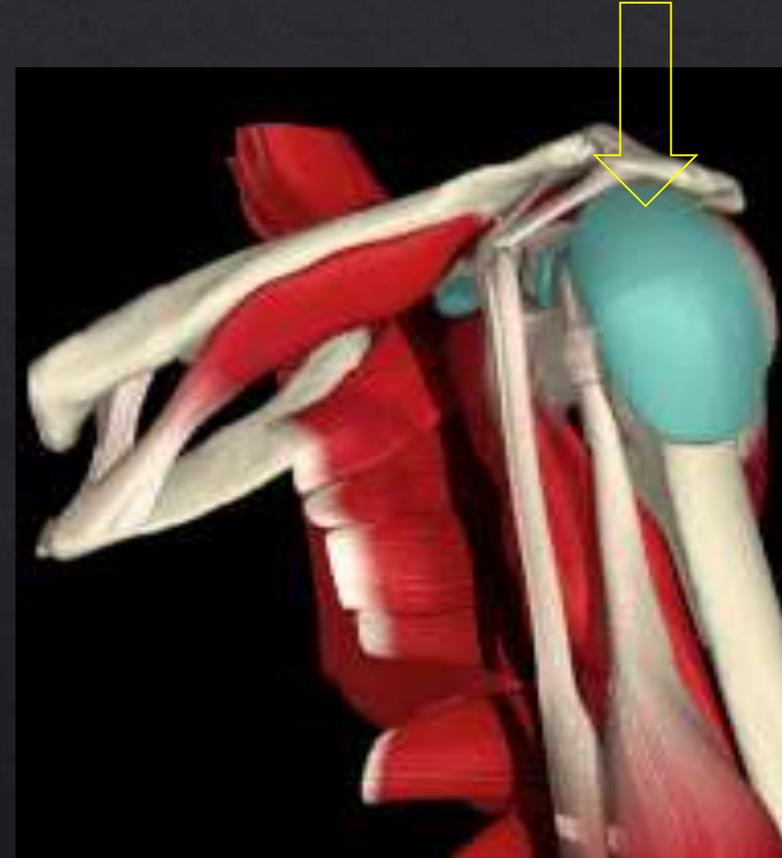


# Anatomie

◇ BSAD :

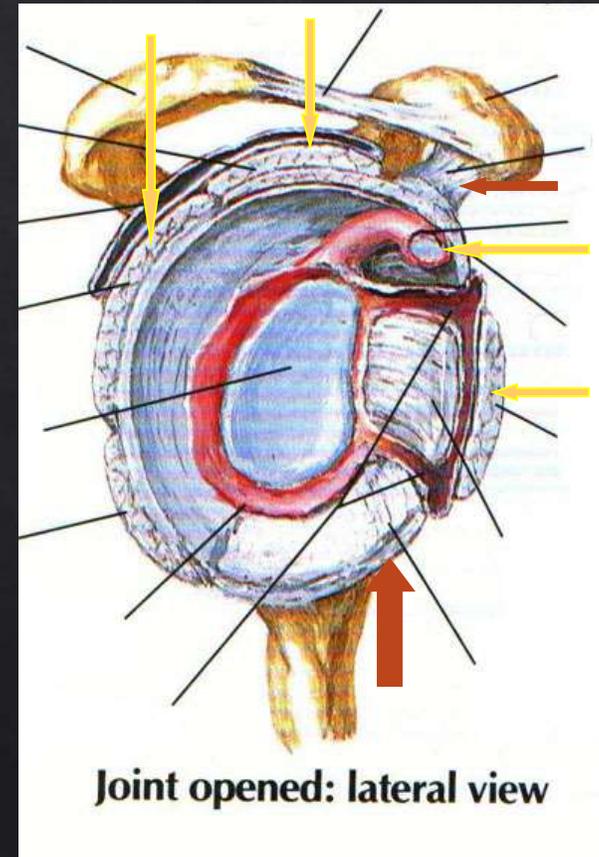
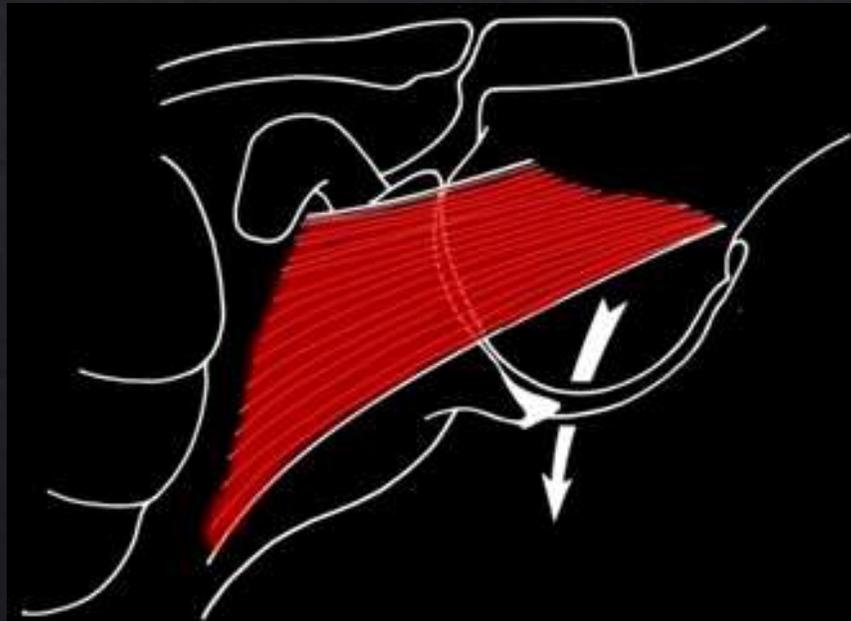
Feuillet profond très adhérent à trochiter et sus/ sous ep.

Feuillet superficiel très adhérent au deltoïde



# Anatomie

- ◇ Stabilité passive: LCH + LGHI
- ◇ Stabilité active: coiffe (SE, SE, SS)+ biceps



Situations cliniques au cabinet

# Sujet jeune

- ◇ Epaule qui bouge, mal centrée
  - ◇ Sensation de bras mort
  - ◇ Historique de luxations ou sub luxations
  - ◇ Sensation de dérangement interne
  - ◇ Appréhension à certaines positions
  - ◇ Pratique de certains sports
  - ◇ Histoire traumatique (pas toujours)
  - ◇ Hyperlaxité
  - ◇ Douleur irradiant vers bord ulnaire de la main
- ◇ Epaule douloureuse sans raison
  - ◇ Douleur jour et nuit, au moindre mouvement, souvent insomniant
  - ◇ Raideur d'installation progressive
  - ◇ Diabète
- ◇ => Capsulite
- ◇ => Epaule instable; douloureuse et instable

# Sujet d'âge mur

- ◇ Epaule douloureuse sans raison
- ◇ Douleur jour et nuit, au moindre mouvement, souvent insomniant
- ◇ Raideur d'installation progressive
- ◇ Antécédent traumatique ou micro traumatique

◇ => Omarthrose

- ◇ Epaule douloureuse sans raison
- ◇ Douleur jour et nuit, au moindre mouvement, souvent insomniant
- ◇ Raideur d'installation progressive
- ◇ Diabète

◇ => Capsulite

# Sujet d'âge mur

- ◇ Chute ou rattrapage brutal
- ◇ Soulèvement d'un objet lourd
- ◇ Sensation de claquement dans l'épaule
- ◇ Impotence qui s'améliore avec le temps, ou non
- ◇ Historique de tendinites de l'épaule
- ◇ Douleur à chaque élévation du bras
- ◇ Difficulté à dormir sur le côté
- ◇ Douleur parfois jour et nuit
- ◇ Travailleur manuel, caissière, mouvements répétitifs
- ◇ => Rupture de coiffe
- ◇ => Tendinopathie ou bursite

# Examen clinique

- ◇ Inspection:
  - ◇ Amyotrophie
  - ◇ Epaisseur anormale = luxation postérieure



N. Axillaire (post lux ; espace quadrilatère)



N. Supra scapulaire





# SICK Scapula

- ◇ SICK scapula = malposition de la scapula avec proéminence de la pointe inf, douleur de cocarçoïde et dyskinésie
- ◇ type 1: proéminence du bord infero int de la scapula par raideur des pectoraux et faiblesse des trapezes et gd dentelé
- ◇ type2: proéminence de tout le bord médial, surtout visible en élévation par faiblesse des trapézes et rhomboïdes
- ◇ type 3: proéminence du bord supéro int de scapula
- ◇ Mise en évidence d'une rétraction du petit pectoral: En RHRE allongé, le bord post de l'acromion doit toucher la table d'examen

# Parsonage et Turner

- ◇ Forte douleur initiale
- ◇ Signes sensitifs du moignon de l'épaule (30-70% des cas)
- ◇ Amyotrophie pluri radiculaire

# Parsonage et Turner

**Tableau 2.**  
Atteintes neurologiques du syndrome de Parsonage et Turner et signes cliniques.

Branche de	Racines d'origine	Muscles innervés	Signes cliniques
C2-C3 Nerf spinal accessoire Branche externe XI	C2-C3	Sterno-cléido-mastoïdien Trapèze	Décollement du bord supérieur de l'omoplate Déficit en abduction Surélévation de la pointe de l'omoplate
C3-C4-C5 Nerf phrénique	C3 à C5	Diaphragme	Dyspnée Paralyse diaphragmatique (surélévation d'une coupole en radioscopie)
C5 Nerf scapulaire dorsal (nerf de l'angulaire et du rhomboïde)	C2 à C5	Angulaire Rhomboïde	Faiblesse à l'élévation du membre supérieur Décollement de l'omoplate
C5-C6 Nerf thoracique long (nerf du grand dentelé ou nerf de Charles Bell)	C5 à C7	Grand dentelé	Décollement du bord spinal inférieur de l'omoplate (test des pompes contre un mur)
Plexus brachial supérieur	Nerf suprascapulaire	C5-C6 Supraspinatus (sus-épineux) Infraspinatus (sous-épineux)	Faiblesse de l'épaule Déficit en rotation externe Amyotrophie de la fosse sous-épineuse
	Nerf axillaire (ou circonflexe)	C5-C6 Dectoïde Teres minor (petit rond)	Déficit de l'abduction Hypoesthésie du moignon de l'épaule, amyotrophie du deltoïde
	Nerf radial	(C5 à D1) Nerf interosseux postérieur/ muscles extenseurs du poignet et des doigts, supinateurs	Déficit à l'extension des doigts et dorsiflexion du poignet
Plexus brachial inférieur	Nerf médian	C5 à D1 Muscles antérieurs de l'avant- bras (sauf le fêchisseur ulnaire du carpe)	Déficit de flexion palmaire du poignet et des doigts, et en pronation Amyotrophie chênarienne
	Nerf cubital	C8-D1	Douleurs et paresthésies du bord cubital du membre supérieur Déficit en abduction des doigts, de la pince pouce-index
	Nerf musculocutané	C5 à C7 Coracobrachial Biceps	Déficit du biceps Amyotrophie de la loge antérieure du bras Troubles sensitifs du bord radial de l'avant bras

# Myopathie facio scapulo humérale

- ◇ Début progressif entre 10 et 20 ans
- ◇ Parésie des muscles des lèvres, des paupières, de la face et des fixateurs de la scapula
- ◇ Puis touche aussi membres inférieurs, abdominaux, ...

# Examen clinique

- ◇ Mobilité active
- ◇ Mobilité passive

1/ Mobilité active seule limitée, dans certains mouvements en particulier ou dans tous:

RUPTURE DE COIFFE

2/ Mobilité active et passive limitée de manière quasi équivalente

CAPSULITE ou OMARTHROSE => RX

3/ Appréhension- douleur dans certains mouvements (armé)

EPAULE DOULOUREUSE ET INSTABLE

# Epaule douloureuse ou projection douloureuse?

◇ Douleur en mobilisant epaule ou cou?

◇ Cou: Etoile de Maigne

◇ Palpation : DIM

◇ Spurling A ou B

- Douleur ou lourdeur bras en l'air
- Port de sac à dos impossible
- Manoeuvre de ROOS, ...

=> Syndrome du défilé CTB

=> Lésion cervicale

# DEFILE THORACO BRACHIAL

Manœuvre d'Halsted

Manœuvre d'Adson

Manœuvre de Roos

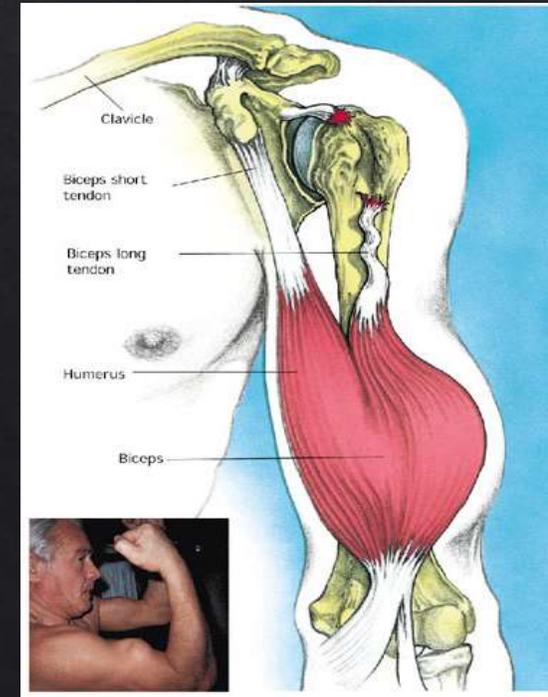
Manœuvre de Wright

# Etude des mobilités

- ◇ Elévation antérieure active:
  - ◇ APPREHENSION en fin d'EAA = Laxité multidirectionnelle
  - ◇ DOULEUR en fin d'EAA= AC, Conflit antérieur (limitation de 10° vs côté sain)
  - ◇ Limitée à 90 100°: Nerf long thoracique, Capsulite
- ◇ Abduction active:
  - ◇ Impossible = Epaule pseudo paralytique (rupture large de coiffe), Parsonage et Turner
  - ◇ Douleur vers 90°: disparaît en supination = Conflit sous acromial; Ne disparaît pas = capsulite
- ◇ Rotation externe: A effectuer en serrant un livre entre coude et tronc
  - ◇ Active absente: rupture large de coiffe, Parsonage
  - ◇ Passive absente: luxation postérieure (EAP à 150° mais RE à 0°), capsulite
  - ◇ Passive augmentée: Rupture sous scapulaire
- ◇ Rotation interne
  - ◇ Tester EAP et rotations en position allongée sur la table, épaule bloquée

# COIFFE Testing

- ◆ Noter la faiblesse et non la douleur
- ◆ Jobe ou Cyriax, CTT = Sus épineux
- ◆ Patte, RE = Sous épineux
- ◆ Gerber (coude à 90°), Bear Hug, Belly press, Lafosse = Sous scapulaire
- ◆ Biceps = Observer et palper (Speed test, Yergason, ...)



# conflit sous acromial: se fier à la clinique

- ◇ Amplitudes actives = passives
- ◇ Douleur descendant dans le moignon voire bras et main
- ◇ Tests diagnostiques:

Neer sens  
79% spé  
59%

Hawkins  
sens 79%  
spé 53%

Yocum

sens 95%

- ◇ Parasite tous les autres tests cliniques

# Acromio clavulaire

- ◇ Douleur irradiant au cou, et face antérieure épaule
  - ◇ Cross arm test (sens 77%)
  - ◇ AC rétropulstion contrariée (sens 72%)
  - ◇ Test compression active (sens 41%, spé 95%)
  - ◇ Paxinos
- 
- ◇ Parasite tous les tests de l'épaule



Figure 1. A photograph showing the cross arm adduction stress test.



Figure 2. A photograph showing the AC resisted extension test.



(A)



(B)

Figure 3. A photograph showing the active compression test. A, performing with the palm down; B, performing with the palm up.

# Palpation

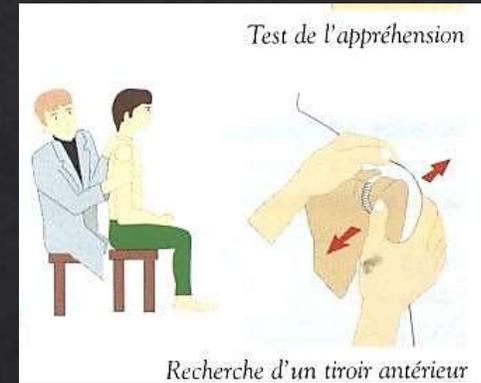
- ◇ Sus épineux: se palpe mains sur les fesses
- ◇ Sous épineux
- ◇ Sterno claviculaire et acromio claviculaire
- ◇ Coracoïde (Bench press shoulder, FIOTL, syndrome du petit pectoral avec atteinte du nerf cutané médial de l'avant bras)
- ◇ LB: Palpation en position allongée, bras à 90° d'ABD et en RI de 20°

# CAPSULITE

- ◇ Facteurs de risque: DNID, antécédent de capsulite
- ◇ Raideur gléno humérale = **schéma capsulaire**
- ◇ Limitation surtout de la RE (LCH) et de l'ABD scapula bloquée (recessus axillaire)
- ◇ Douleur:
  - ◇ EVA douleur palpation coracoïde
    - ◇ ?EVA douleur palpation AC
    - ◇ ?EVA douleur palpation sous acromiale externe
    - ◇ ?Si palpation de coracoïde > 3points aux autres, capsulite affirmée (sens 96% spé 87%)

# Epaule instable antérieure

- ◇ Appréhension à l'armé
- ◇ Manœuvre de Rodineau
- ◇ 3 tests:
  - ◇ Fulcrum test
  - ◇ Relocation test
  - ◇ Surprise test



# Epaule instable multi directionnelle

Sulcus test

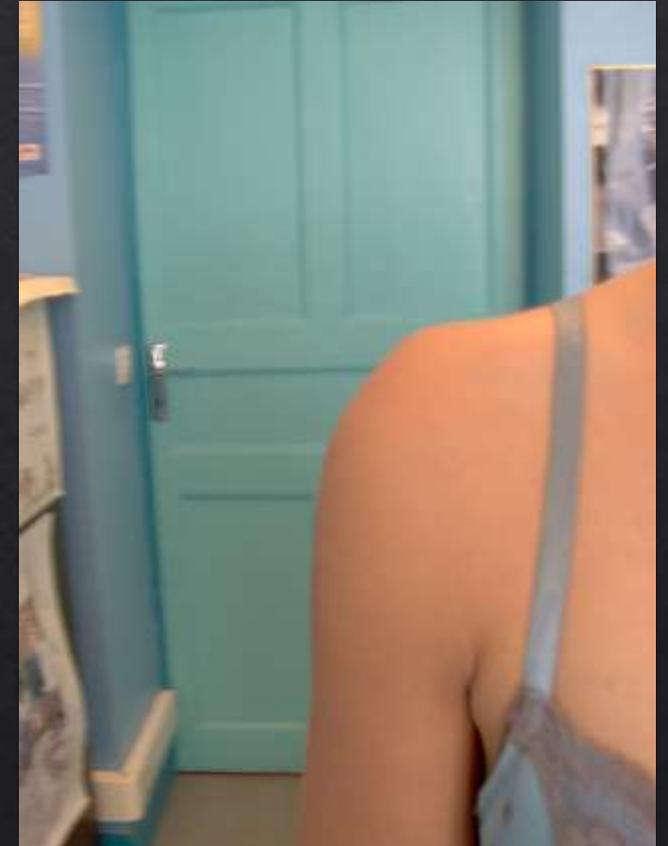
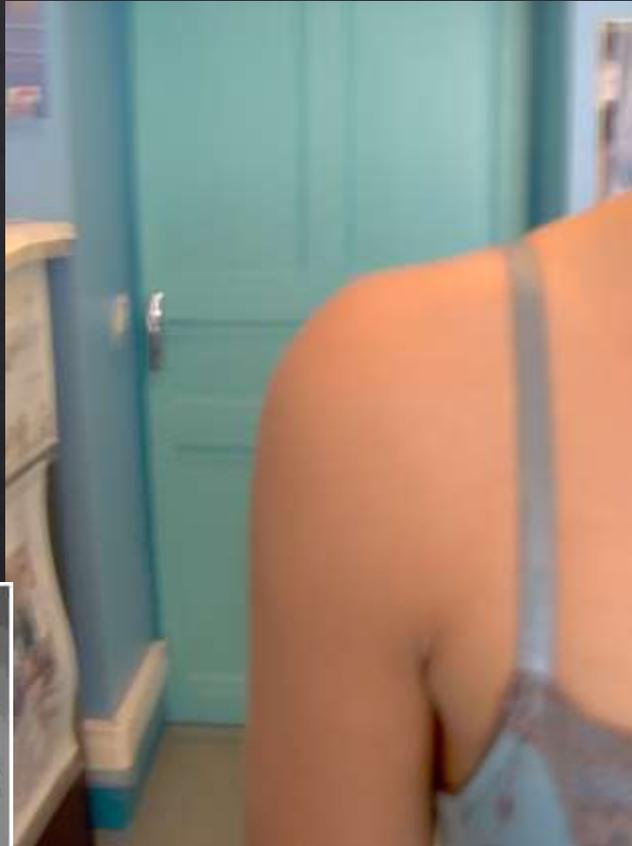
Abduction passive  $> 85^\circ$

Score de Beighton



Fig. 2a

Fig. 2b



# Hypothèses

- ◇ Orientation diagnostique
- ◇ Guide l'imagerie avec prescription argumentée