

Examen clinique de l'épaule douloureuse chronique (306b)

Docteur Hervé PICHON
Mars 2003

Pré-Requis :

- Principe de base de l'examen clinique
- Anatomie fonctionnelle de l'épaule

Résumé :

En pathologie ostéo-articulaire, l'examen clinique est avec l'interrogatoire, un préliminaire indispensable, permettant de poser un diagnostic ou d'orienter les examens para cliniques. L'épaule n'échappe pas à la règle, et bien que pouvant paraître un peu complexe au départ, un examen systématisé, deviendra rapidement reproductible et fiable.

Mots-clés :

Examen clinique, épaule.

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.

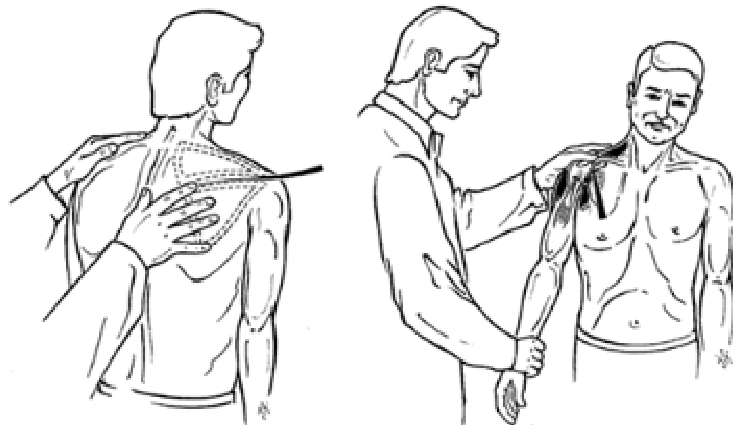


Schéma : Recherche d'une amyotrophie et d'une disjonction acromio-claviculaire et sterno-claviculaire.
(D'après G. Walch)

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.

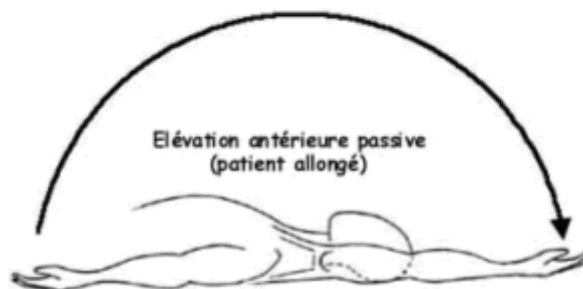
La rotation externe coude au corps dite rotation externe en position 1 (notée RE1). Celle-ci, peut aussi se mesurer en 2 autres positions notées, RE2 (bras à 90° d'abduction) et RE3 (bras à 90° d'élévation antérieure).



Rotation externe



Rotation interne



[Schéma : Etude des mobilités passives et actives](#)
(D'après G. Walch)

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.

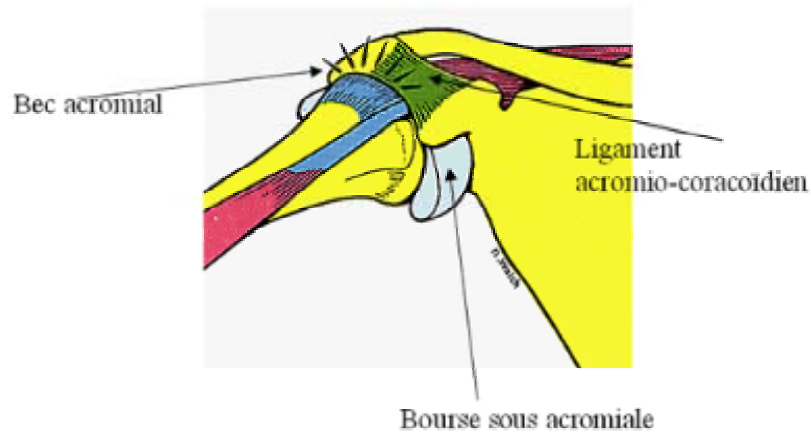


[Schéma : Epaule pseudo paralytique](#)
(D'après G. Walch)

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.



[Schéma : Schéma du conflit sous acromial](#)
(H. Pichon)

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

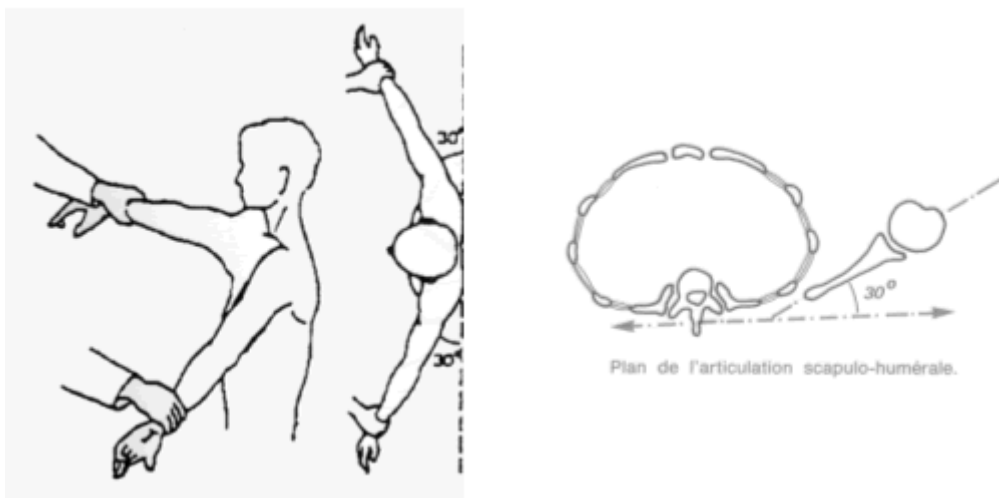
[Schéma : Recherche d'un conflit sous acromial](#)
(D'après G. Walch)

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.



[Schéma : Test du Sus-épineux \(Jobe\)](#)
(D'après G. Walch)

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 :

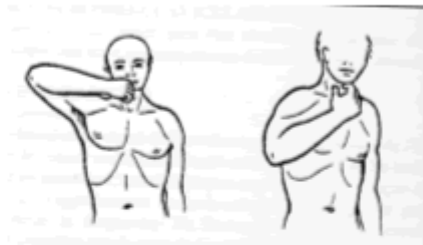
- 5 : force musculaire normale et symétrique
- 4 : force musculaire diminuée
- 3 : RE2 contre pesanteur seulement
- 2 : pas de rotation externe active (clairon)
- 1 : contraction musculaire
- 0 : absence de contraction musculaire

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.



Test de Patte



Signe du clairon



Retour automatique

[Schéma : Test du Sous Epineux et Petit Rond](#)
(D'après G. Walch)

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.



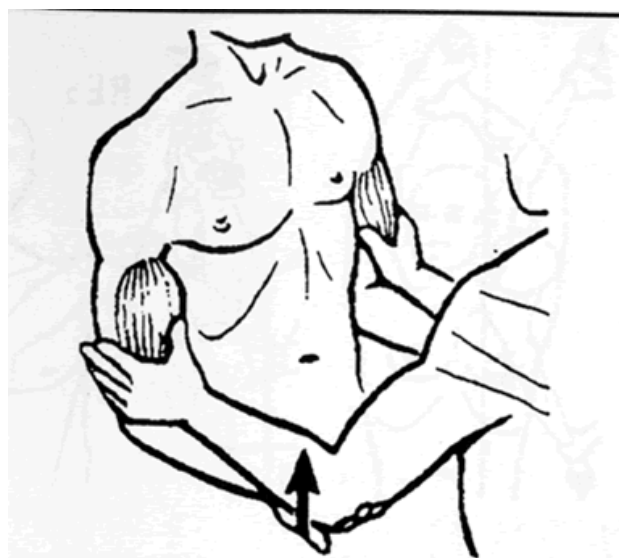
Belly Press-Test

Gerber

[Schéma : Test du Sous scapulaire](#)
(D'après G. Walch)

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.



[Schéma : Test de la rupture du biceps](#)
(D'après G. Walch)

4.3. Recherche d'une Instabilité

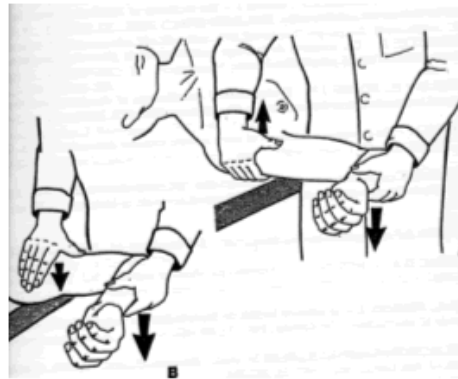
4.3.1. Antérieure

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.

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.



Appréhension

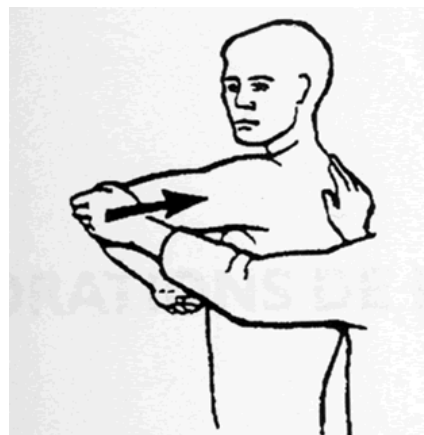


Relocation Test

[Schéma : Test de l'instabilité antérieure](#)
(D'après G. Walch)

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.



[Schéma : Test de l'instabilité postérieure](#)
(D'après G. Walch)

4.4. Recherche d'une Laxité



Signe du sillon

Tiroir antérieur

[Schéma : Test de la laxité constitutionnelle](#)
(D'après G. Walch)

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.

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)

Références :

- Guide de l'examen clinique. Barbara Bates. Ed MEDSI, Paris 1985.
- Examen clinique de l'épaule. E. Noël et le GREP (groupe rhumatologique français de L'épaule). Vidéo. Laboratoire Bayer.
- L'épaule au quotidien. D. Gazielli. Ed Sauramps medical 1999