

# Sémiologie de l'épaule

DR FERCHICHI  
MOHAMED AMINE

---

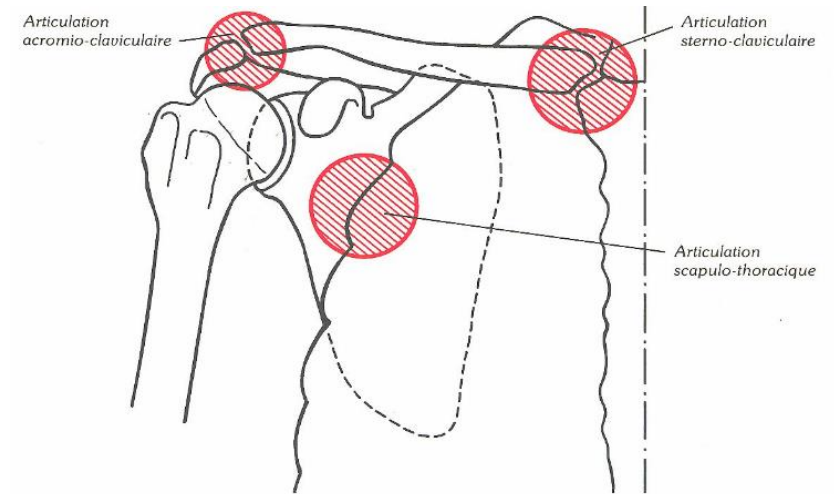
# Plan:

- Rappel Anatomique :
- Anamnèse :
- Examen clinique :
- Diagnostique différentiel:
- Examen complémentaire:

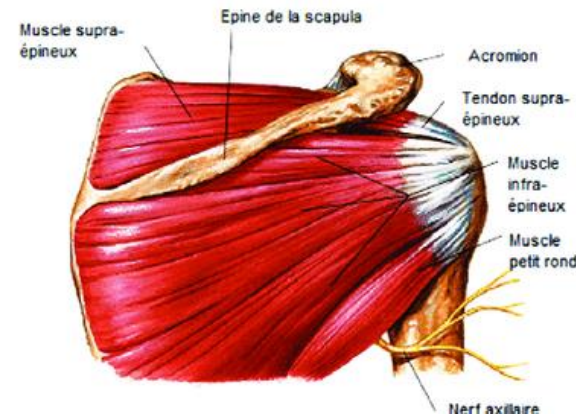
# Rappel Anatomique :

La stabilité de l'épaule dépend des muscles de la coaptation de la tête humérale dans la glène (la coiffe des rotateurs) :

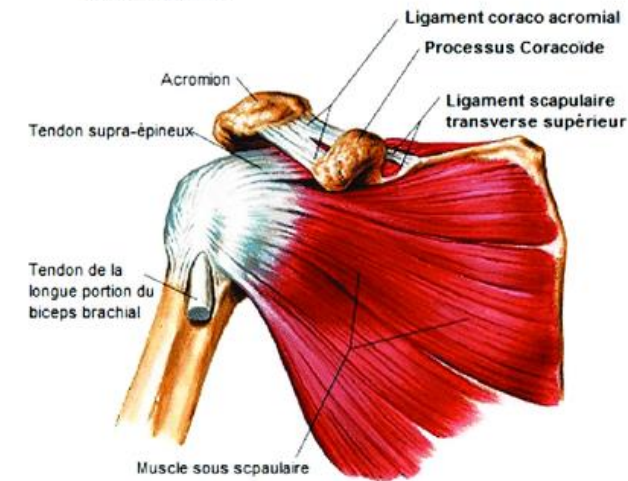
- Supra-épineux (élevateur)
- Infra-épineux, petit rond (rotateurs externes)
- Sous-scapulaire (rotateur interne)
- Long biceps par son tendon intra-articulaire.



Vue postérieure

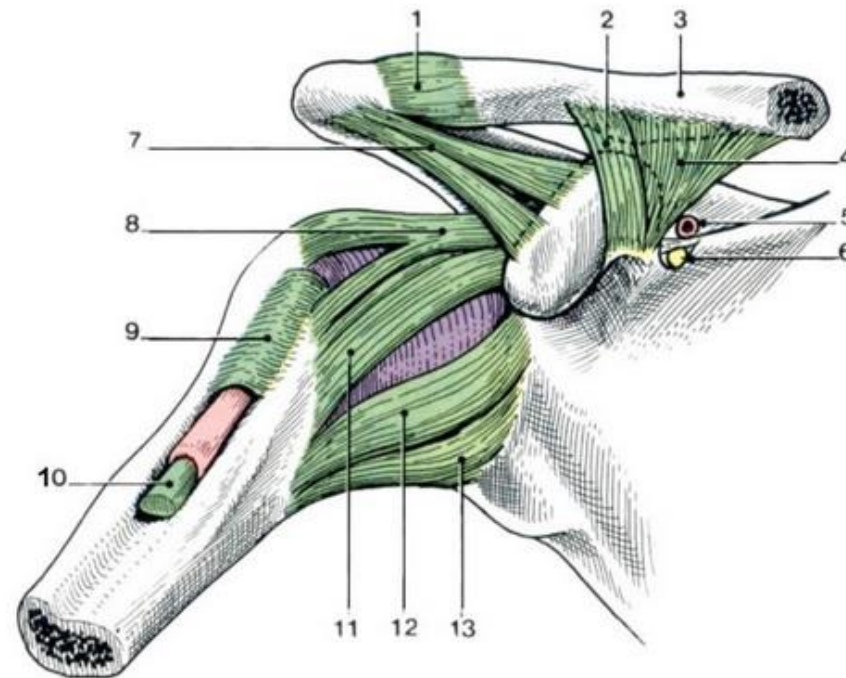
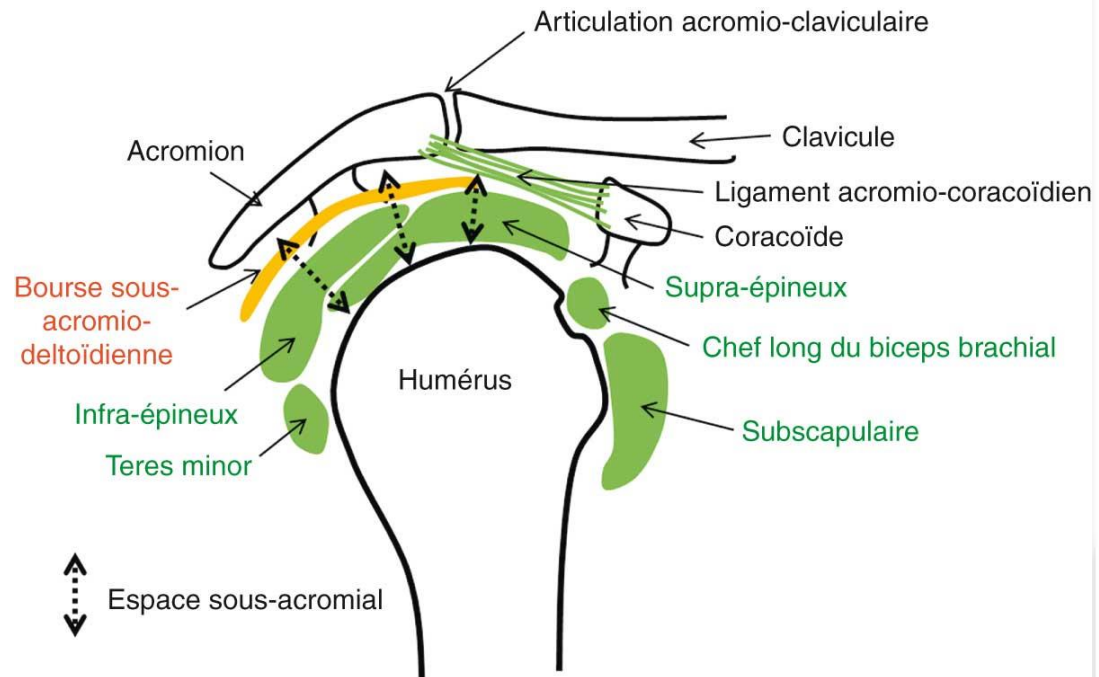
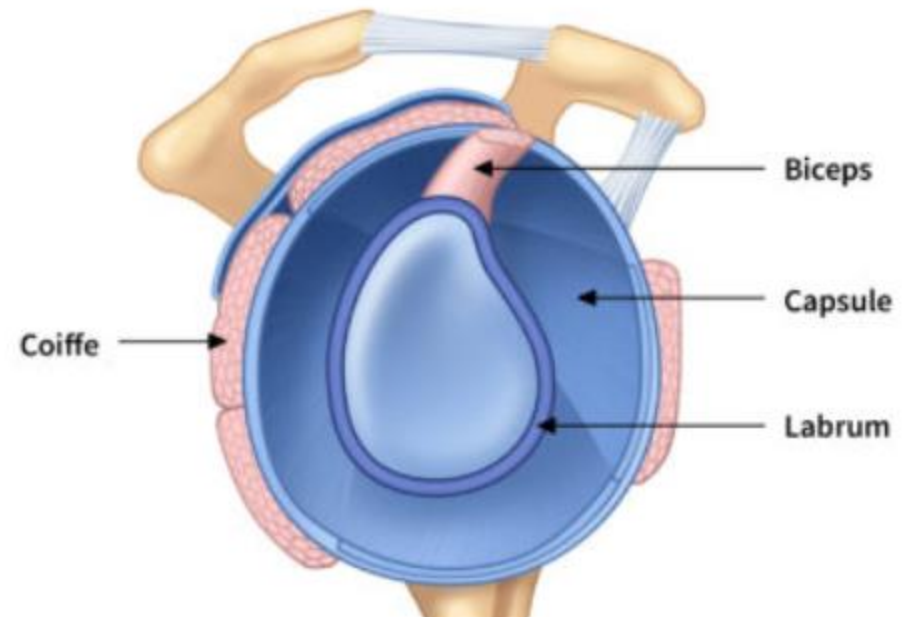


Vue antérieure





# Rappel Anatomique :



- 1: ligaments acromio-claviculaires
- 2: ligament conoïde
- 3: clavicule
- 4: ligament trapézoïde
- 5: a. supra-scapulaire
- 6: n. supra scapulaire
- 7: ligament coraco-acromial
- 8: ligament coraco-huméral
- 9: ligament huméral transverse
- 10: long biceps
- 11: ligament gléno-huméral supérieur
- 12: ligament gléno-huméral moyen
- 13: ligament gléno-huméral inférieur

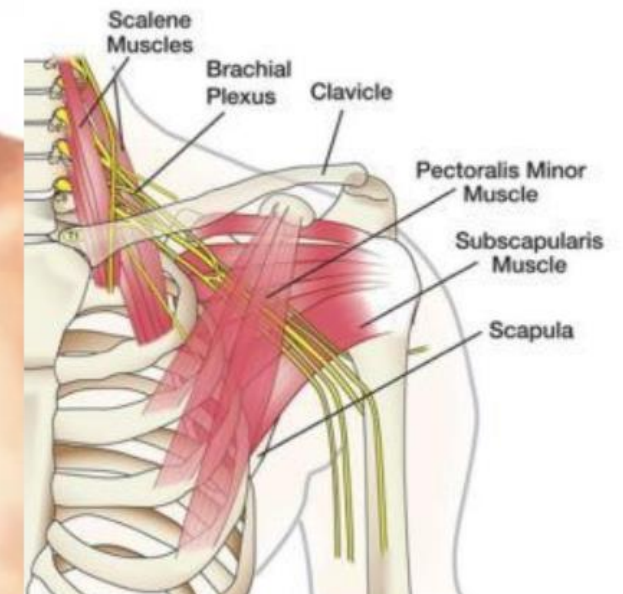
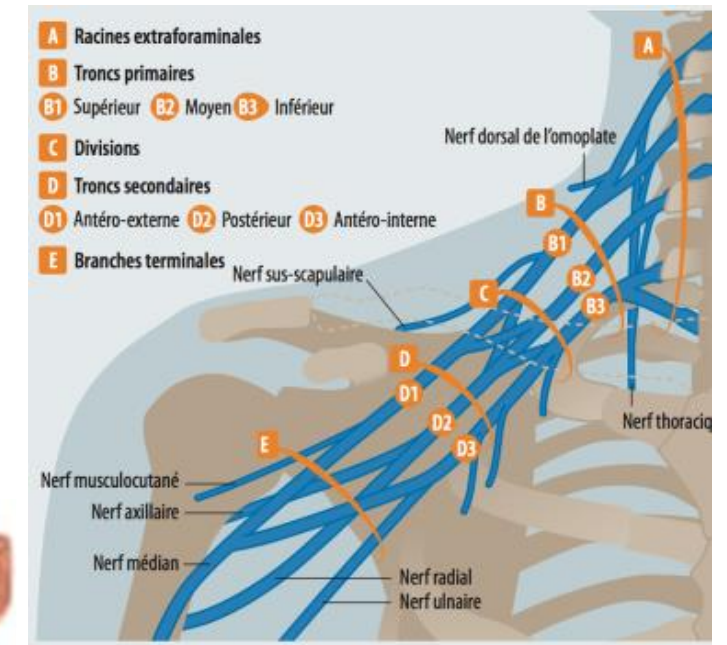
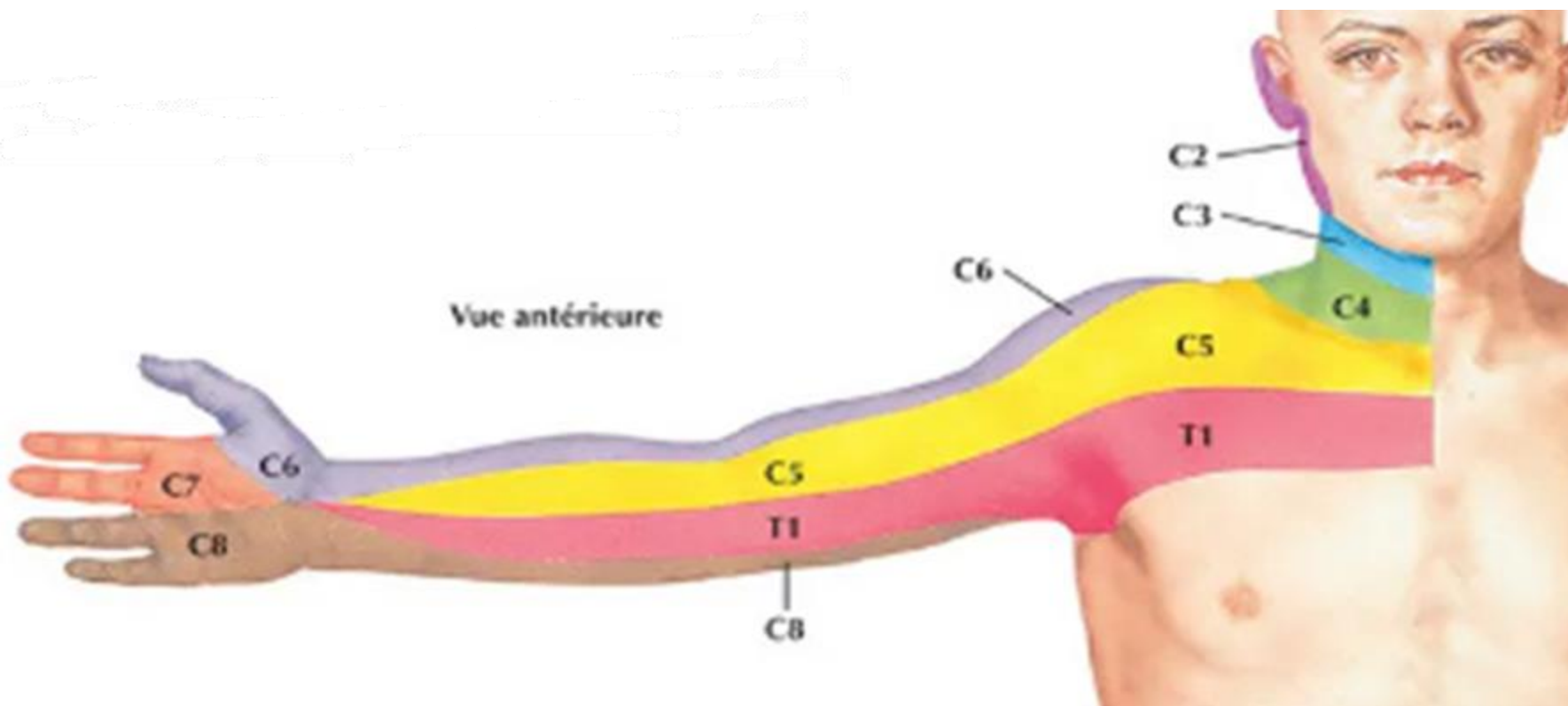
# Anamnèse:

- La profession exercée, en détaillant l'activité physique
- Les sports pratiqués
- Les traumatismes subis
- Les antécédents rhumatologiques
- Les traitements suivis
- Les antécédents digestifs (UGD)
- Le mode de début : progressif ou brutal
- Le siège et les irradiations: douleurs radiculaires
- L'intensité: échelle visuelle analogique EVA
- Les circonstances déclenchantes
- L'horaire dans la journée : permet d'opposer les douleurs mécaniques (diurne calmé par le repos) et inflammatoires(nocturne , disparaît la journée et non calmé par le repos)
- Le rythme de la douleur : permanente ou évoluant par poussée

# Examen clinique :

- L'examen commence toujours par l'inspection visuelle, à la recherche de cicatrices, d'une atrophie musculaire (fosse supra et infra épineuse) ou d'une position anormale de l'épaule.
- La palpation permet de retrouver des douleurs localisées, notamment dans la gaine du long biceps en avant de l'épaule ou sur l'articulation acromio-claviculaire au dessus de l'épaule.
- La morphologie globale de l'articulation : normale, déformée par des reliefs anormaux.
- Trouble de l'axe du membre: attitude vicieuse
- Inflammation: Rubor, Calor, Dolor, Tumor, Fluor.
- Préciser l'origine de la douleur : articulaire, péri articulaire ou osseuse
- Temps capital de l'examen, On doit noter des mensurations :
  - ✓ L'existence de douleurs à la mobilisation,
  - ✓ La limitation par la douleur ou par l'ankylose
  - ✓ La mobilité passive et active
  - ✓ La mobilité contrariée
  - ✓ Paresthésies

# Examen clinique :



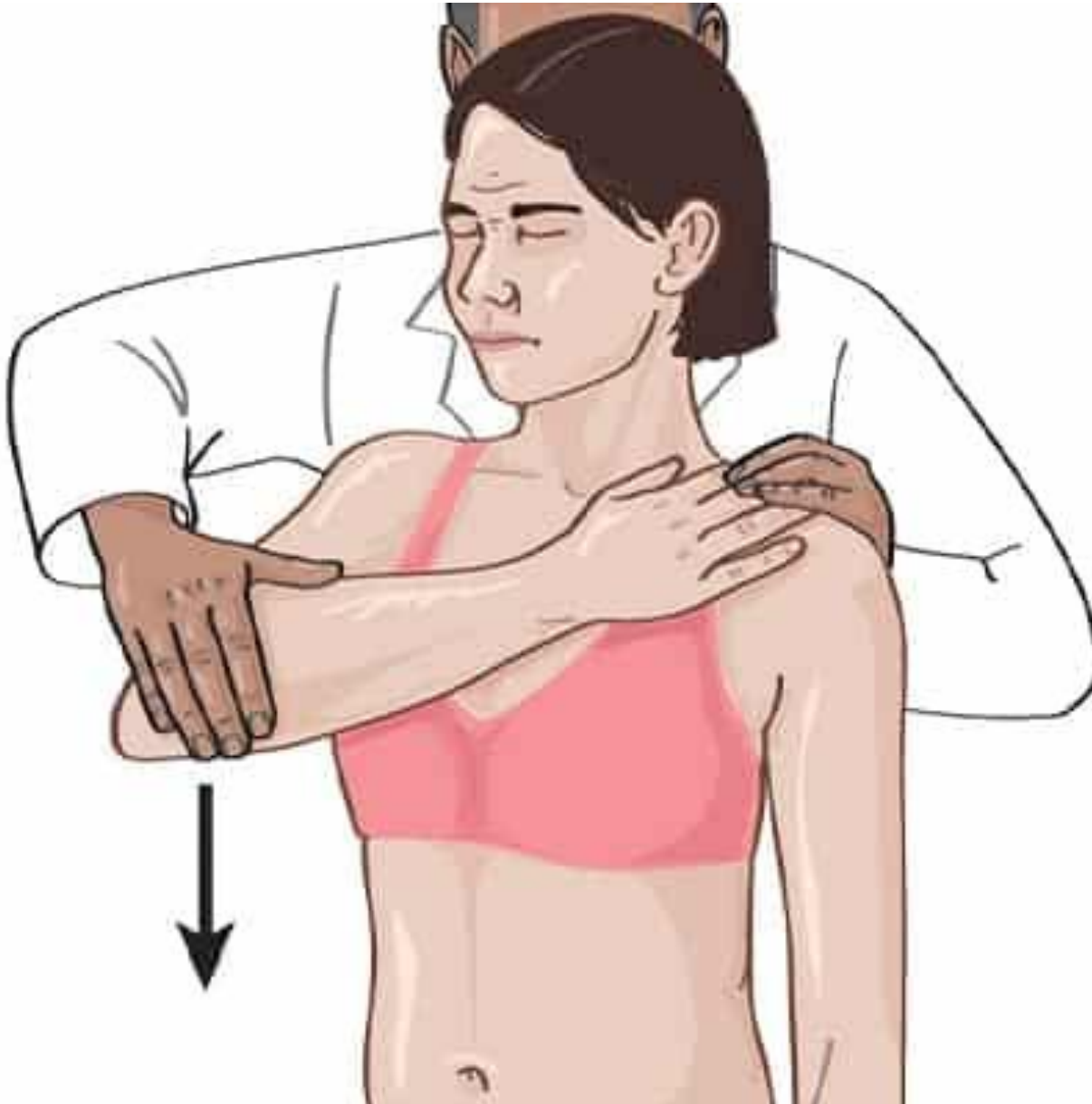
---

# Examen clinique :

- Après s'être assuré que l'épaule a une souplesse suffisante, l'examen ciblé de l'épaule peut être initié. Différents tests spécifiques permettent d'apprécier la fonction des différents tendons de l'épaule.
- On peut distinguer quatre grandes familles de tests de l'épaule :
  - ✓ Test du conflit sous-acromial.
  - ✓ Test des tendons de la coiffe des rotateurs.
  - ✓ Test de stabilité de l'épaule dans le cas de luxation récidivantes.
  - ✓ Test de tendinopathie long chef du biceps et lésion du labrum.

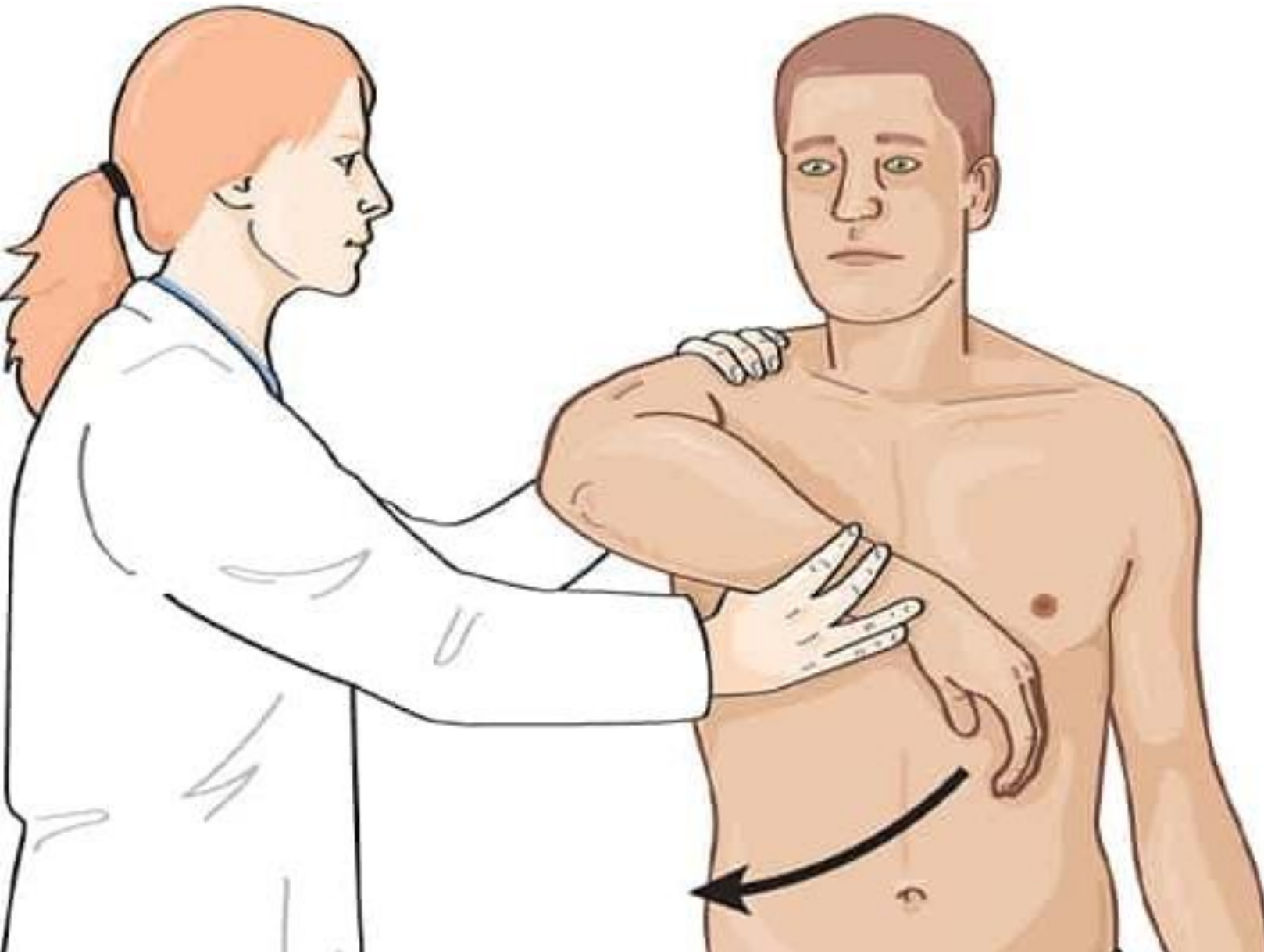


## Test du conflit sous-acromial:



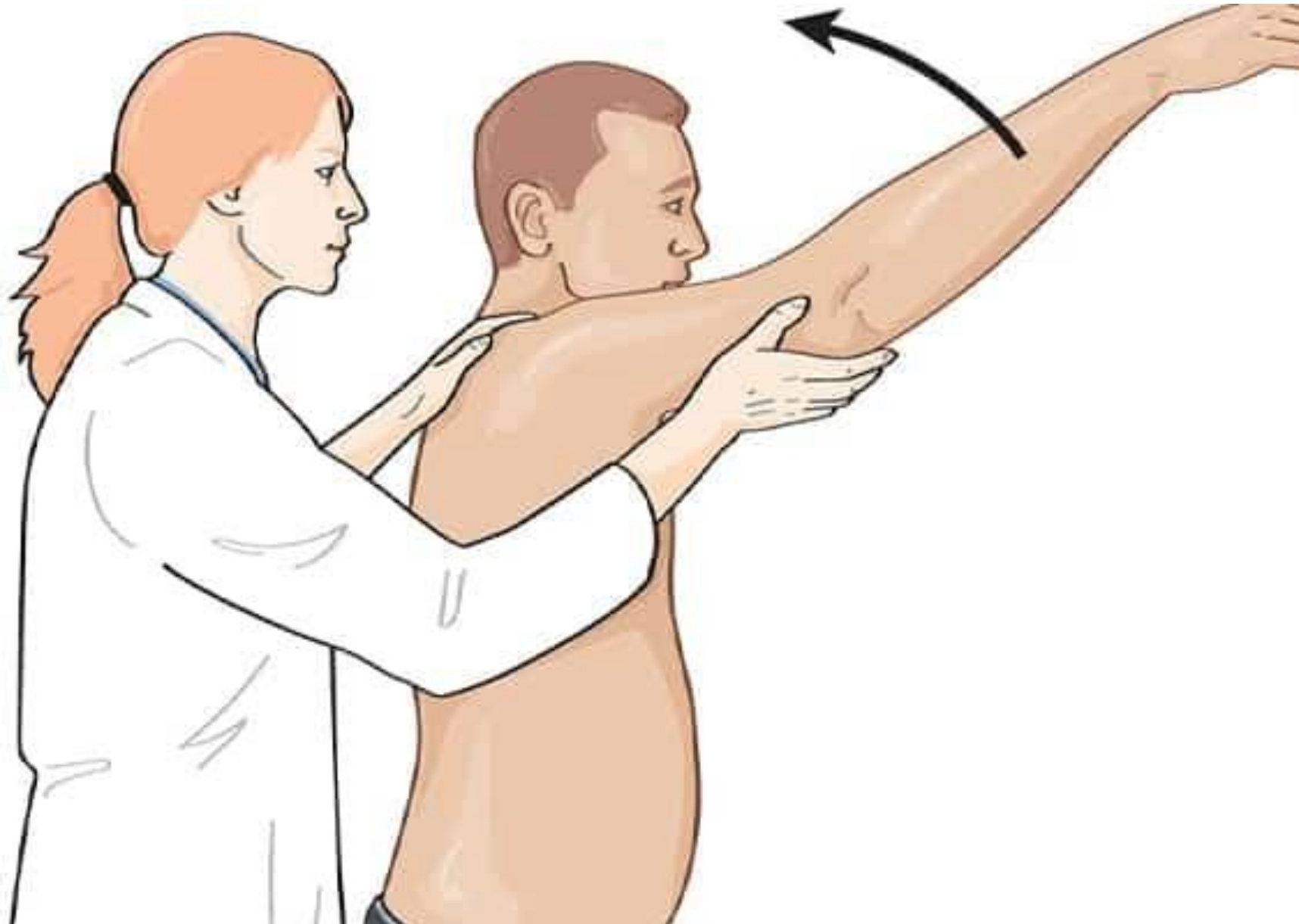
- **Test de Yocum:**  
On demande au patient de poser sa main sur l'épaule opposée et de lever son coude. On recherche une douleur provoquée à l'épaule lorsqu'on appuie sur le coude vers le sol.

## Test du conflit sous-acromial:



- **Test de Hawkins:**

Le bras est élevé à 90 degrés vers l'avant, le coude est fléchi à 90 degrés et l'examineur imprime de la rotation interne. Le test est positif si cela déclenche une douleur au niveau de l'épaule.



## Test du conflit sous-acromial:

- **Test de Neer**  
L'examineur se place derrière le patient afin de stabiliser la scapula (omoplate), puis il effectue une élévation antérieure maximale avec la main en pronation. Le test est positif s'il déclenche une douleur à l'épaule.

## Test des tendons de la coiffe des rotateurs:

- **Test de Jobe**

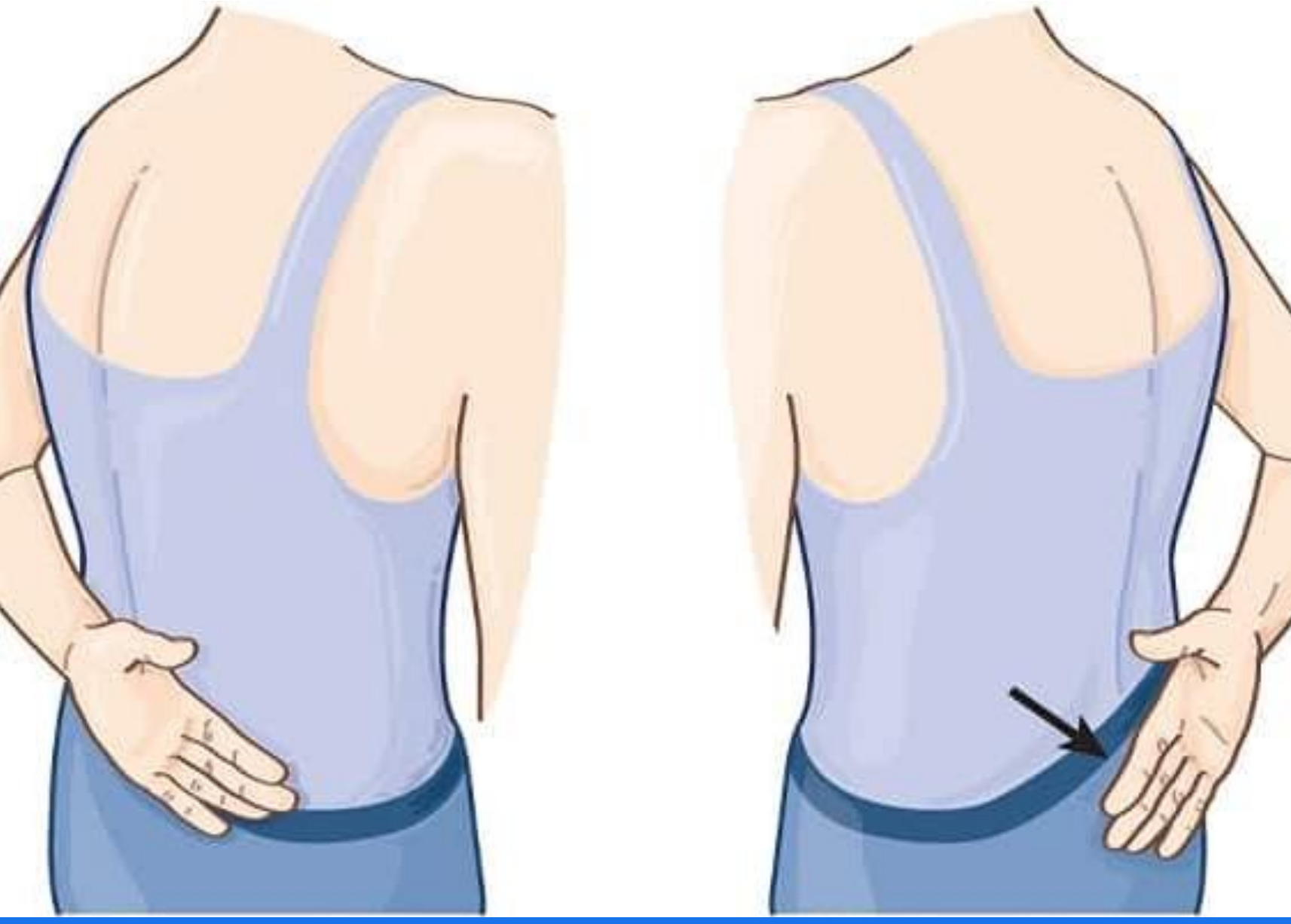
Le test de Jobe permet de rechercher une souffrance du tendon supra-épineux, le plus souvent une rupture. On demande au patient de lever son bras en avant et sur le côté à 90 degrés et mettre le pouce vers le sol. On demande au patient de résister lorsqu'on abaisse le bras. La manœuvre est positive si elle déclenche une douleur à l'épaule ou si le patient ne peut pas résister.



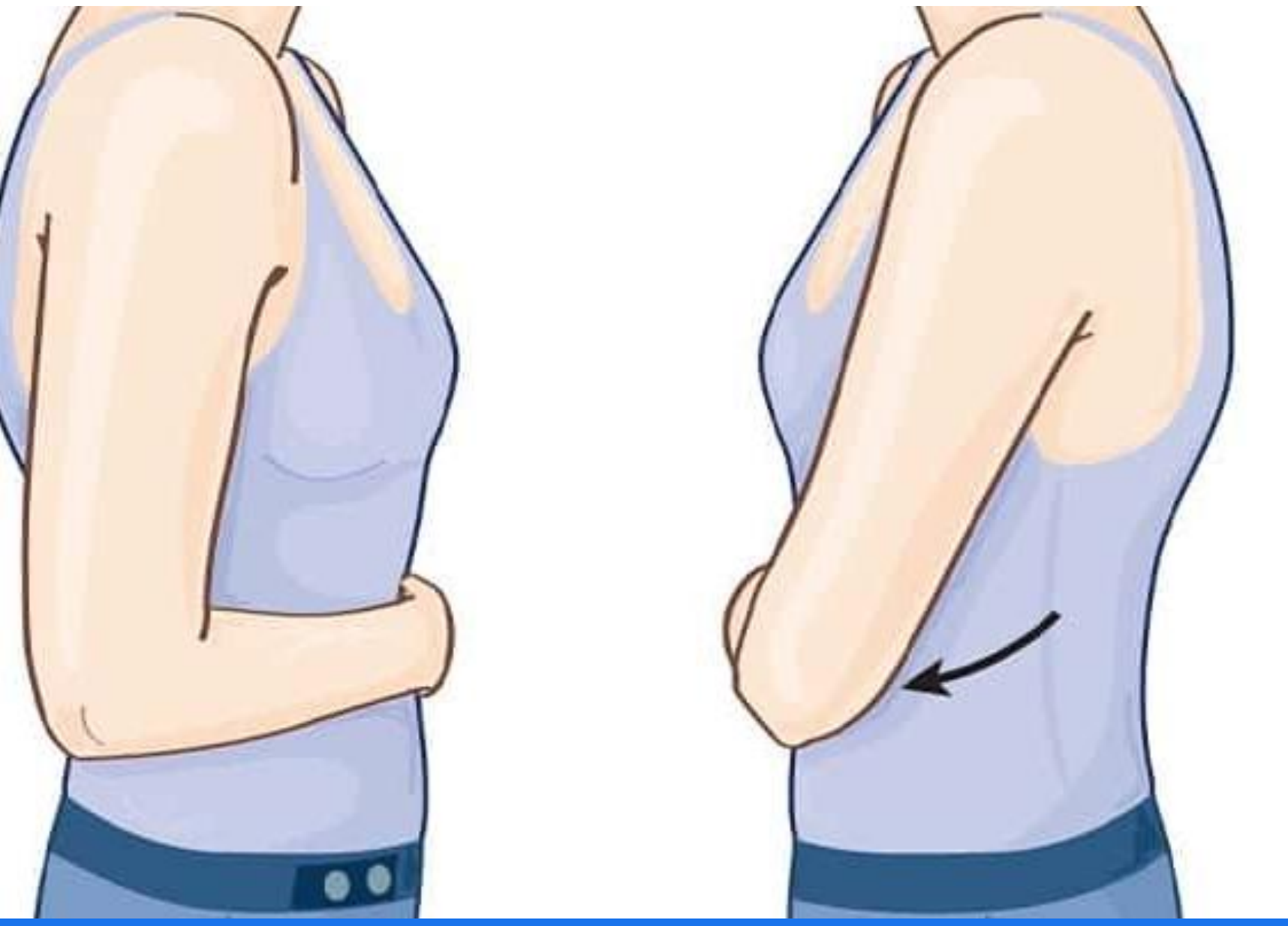
## Test des tendons de la coiffe des rotateurs:

### Test de GERBER :

- Le subscapulaire est responsable de la rotation interne de la main.
- 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°.
- Lors du **Lift off test**: test on demande au patient de mettre la main dans le dos et de la décoller, éventuellement contre résistance. Le test est positif si le patient n’arrive pas à décoller sa main.







## Test des tendons de la coiffe des rotateurs:

### **Belly Press test:**

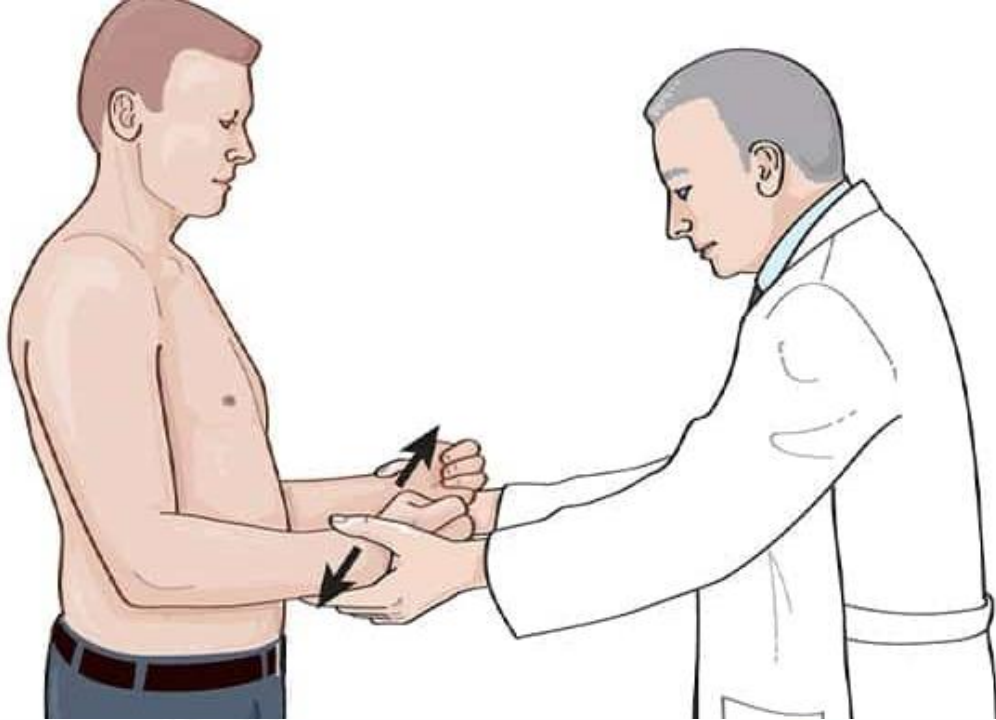
Pour le Belly Press test on demande au patient de poser la main sur son ventre et d'appuyer vers l'arrière. Le test est positif si le patient est obligé de mettre son coude vers l'avant pour y arriver.



## Test des tendons de la coiffe des rotateurs:

### **Bear Hug test**

Pour le Bear Hug Test on demande au patient de poser sa main sur l'épaule oppose et on applique une résistance au poignet. Le test est positif si le patient n'arrive pas à résister.



---

## Test des tendons de la coiffe des rotateurs:

- Pour évaluer les rotateurs externes que sont le tendon infra-épineux et le petit rond, on demande d'effectuer une rotation externe contre résistance, soit le coude contre soi ou rotation externe 1, soit le coude à 90 degrés sur le côté ou rotation externe 2 (**signe de Patte**)
- La plupart de ces tests sont très sensibles mais peu spécifiques, et ce sont les examens d'imagerie qui permettront de caractériser précisément la lésion tendineuse, afin de proposer le traitement le plus adapté au patient





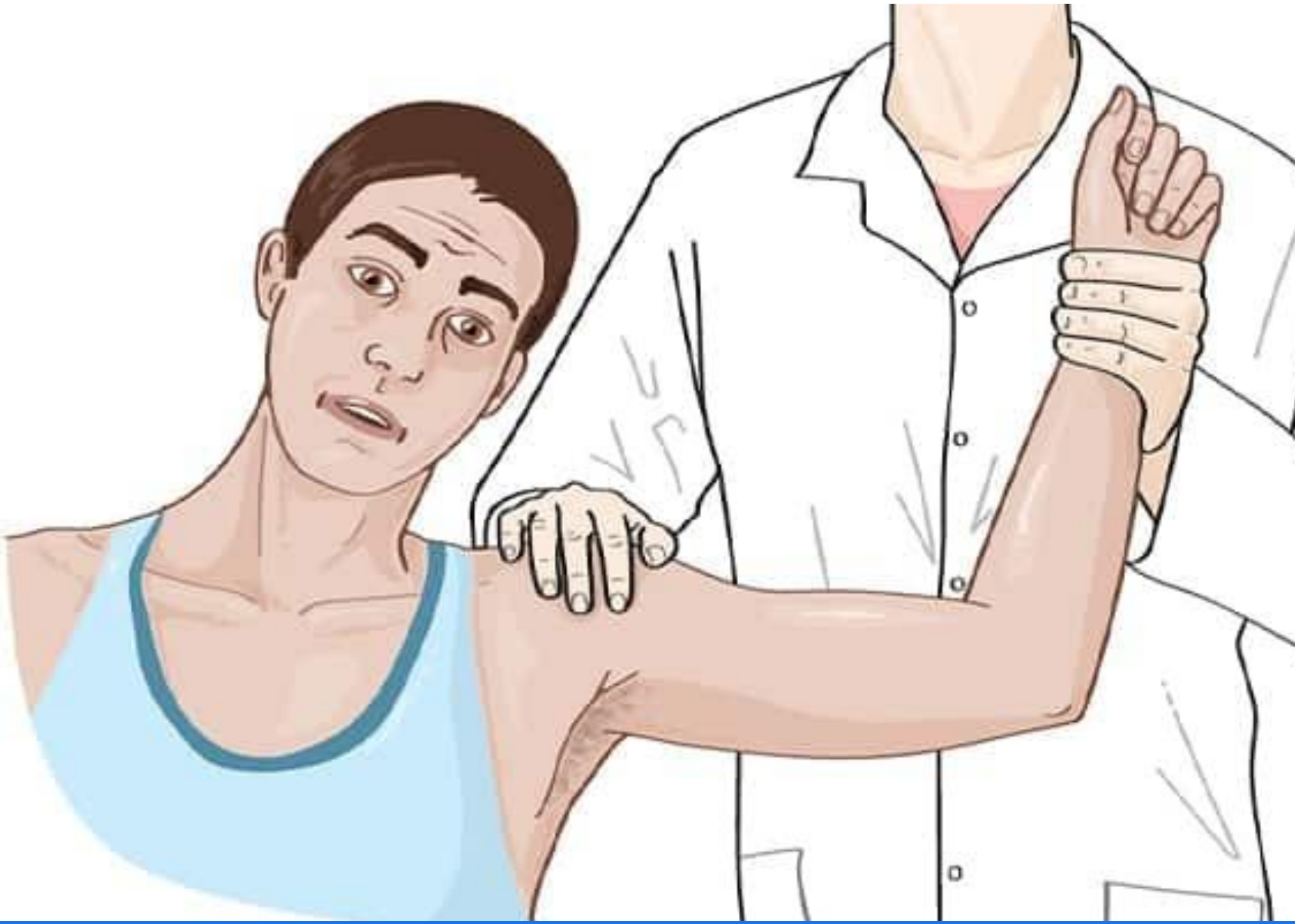
## Test des tendons de la coiffe des rotateurs:

### **Signe du 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, 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 ( $90^\circ$ ).

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





## Test de stabilité de l'épaule:

### **Test d'appréhension**

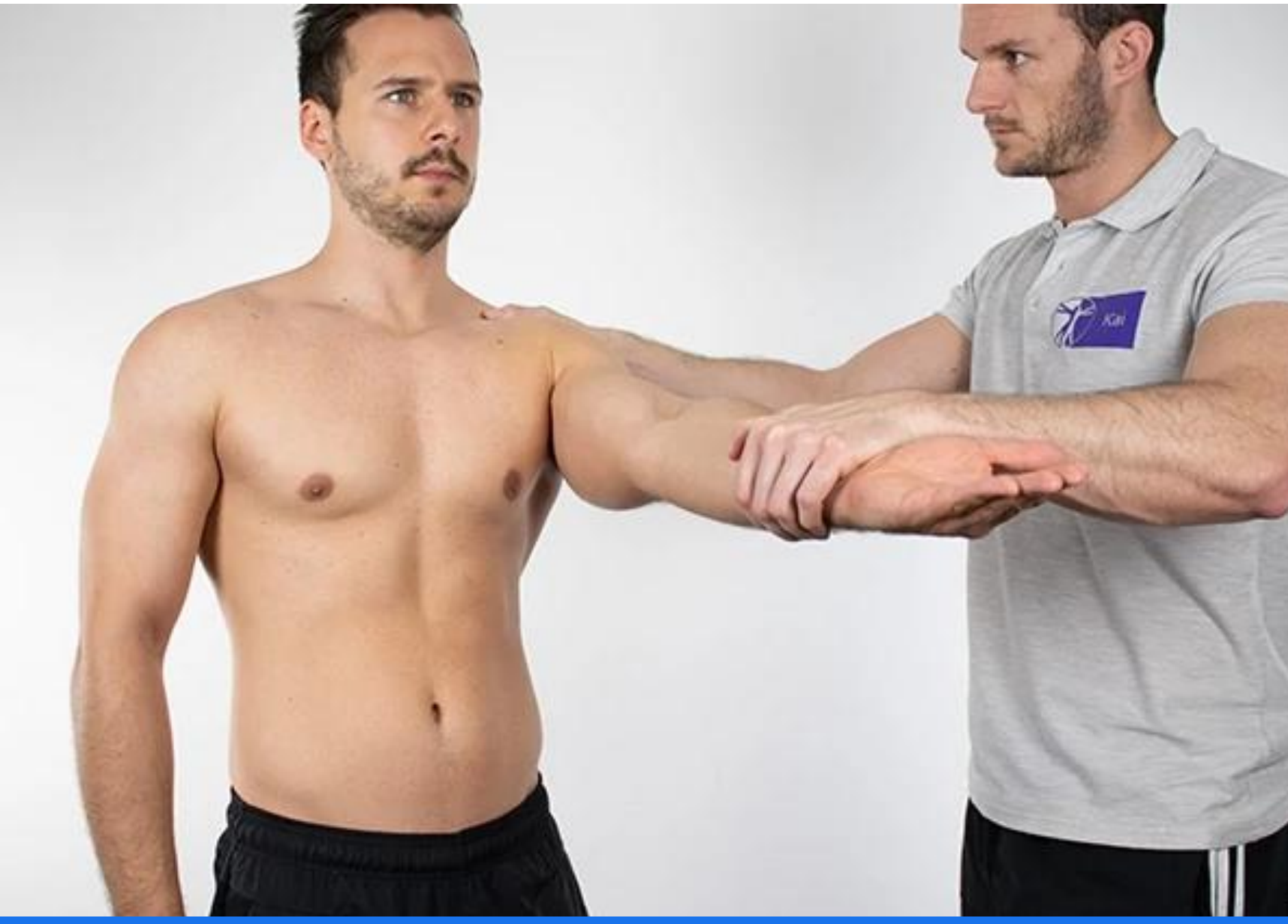
Le bras du patient est porté en position d'armé c'est-à-dire en abduction et rétropulsion. Une légère pression peut être appliquée en arrière de l'épaule. Si cela provoque une sensation d'instabilité /inconfort/contracture reflexe on parle alors de test positif : le patient éprouve une appréhension car son épaule est instable





## Test de stabilité de l'épaule:

- **Test de relocation**  
Il est pratiqué après le test d'appréhension.  
Sur le dos, le test d'appréhension est reproduit mais le chirurgien applique sa main pour stabiliser l'épaule.  
La prise de tension du patient disparaît, le test est donc positif



## Tendinopathie du long biceps Lésion du bourrelet glénoïdien antérieur (*"SLAP lesion"*)

### **Test de Speed ("Palm Up Test"):**

Le patient est assis ou debout. Le thérapeute place l'épaule du patient en flexion antérieure (30 à 90° selon les versions), coude tendu et en supination. Le thérapeute applique sur l'avant-bras une force dirigée vers le sol contre la résistance du patient.



Évaluation des lésions du SLAP  
et de l'articulation acromio-  
claviculaire:

O'Brien test :

Pour effectuer le test, demandez à votre patient de fléchir ses épaules à  $90^\circ$ , d'amener les épaules à 10 degrés d'adduction et la première position de test est avec les épaules de votre patient en rotation interne complète. Demandez ensuite à votre patient de résister à la pression vers le bas.

---

# Diagnostic différentiel:

Au terme d'un examen clinique attentif, le chirurgien de l'épaule aura différents éléments permettant une première approche diagnostique :

- Une épaule très douloureuse avec une symptomatologie à début brutal sans notion de traumatisme oriente vers une tendinopathie calcifiante.
- En cas de raideur en rotation externe , le diagnostic de capsulite rétractile est fortement suspecté surtout avec des douleurs continues.
- En cas d'histoire de luxation et d'instabilité avec des tests instabilité très positif, il faudra évoquer une instabilité chronique de l'épaule.
- Des douleurs chroniques de l'épaule, parfois favorisées par une activité professionnelle avec des moments répétitifs, quelques douleurs nocturnes, orientent vers une tendinite simple de l'épaule mais qui peut parfois être associée à une rupture transfixiante de la coiffe des rotateurs.
- Une perte importante de la fonction de l'épaule avec un testing de coiffe difficile à réaliser malgré des mobilités actives est en faveur d'une rupture étendue de la coiffe des rotateurs voir une omarthrose.

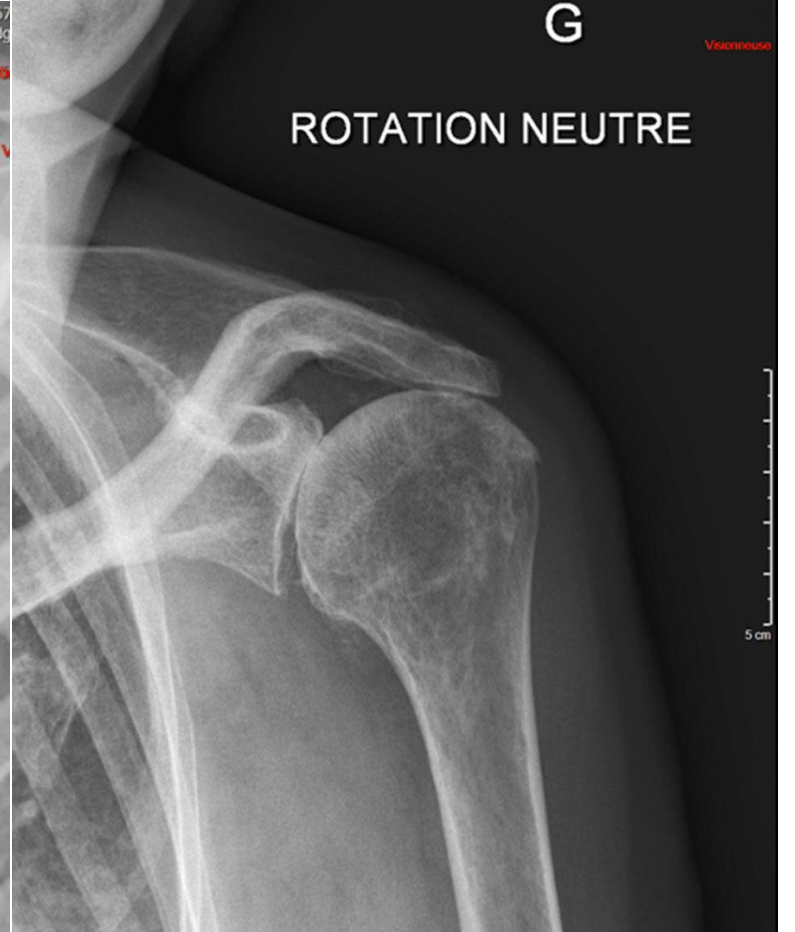
---

# Examen complémentaire:

- Radiographie/Echographie
- Arthro scanner
- IRM simple
- Arthro IRM: Gold standard.

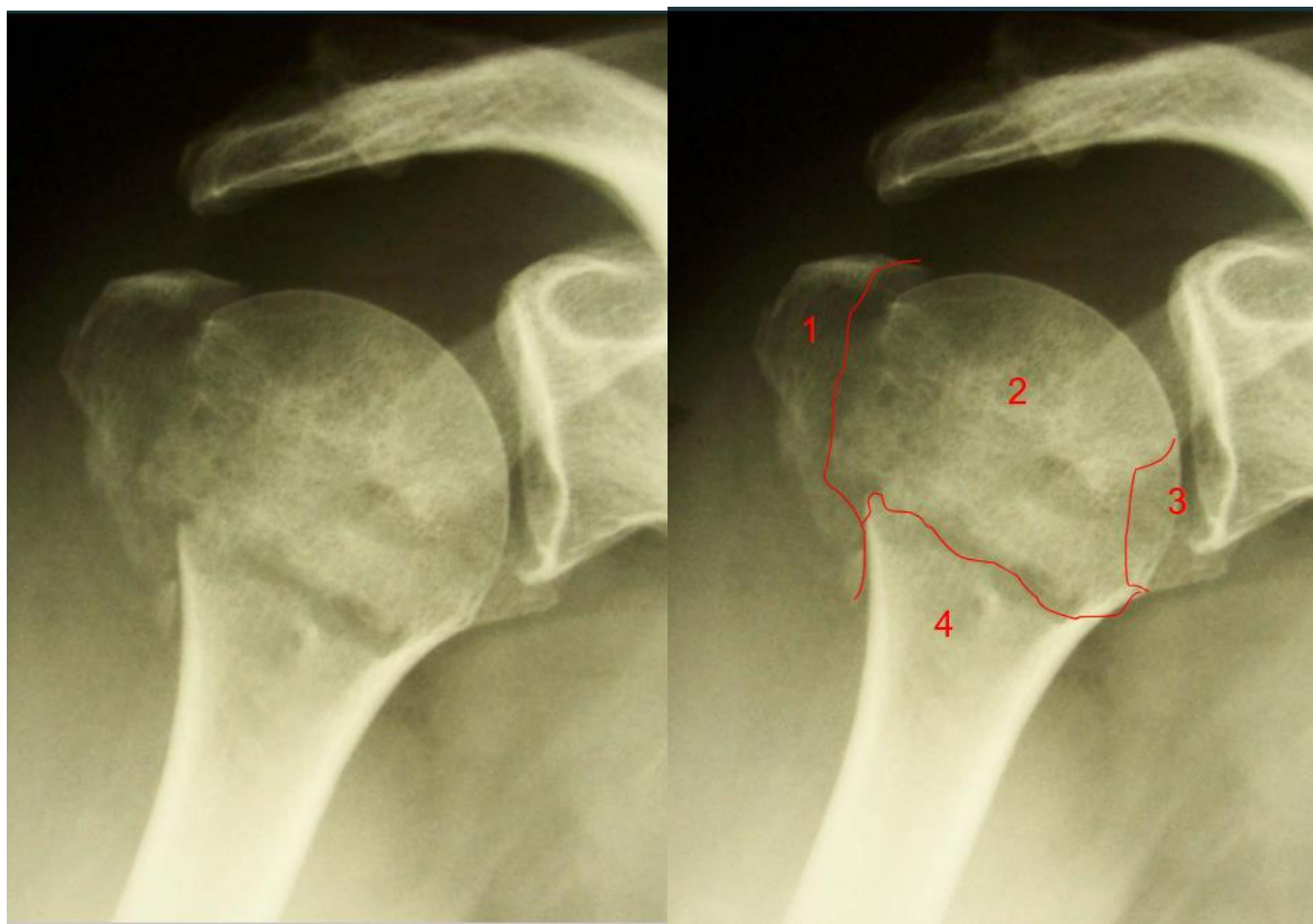


# Examen complémentaire:

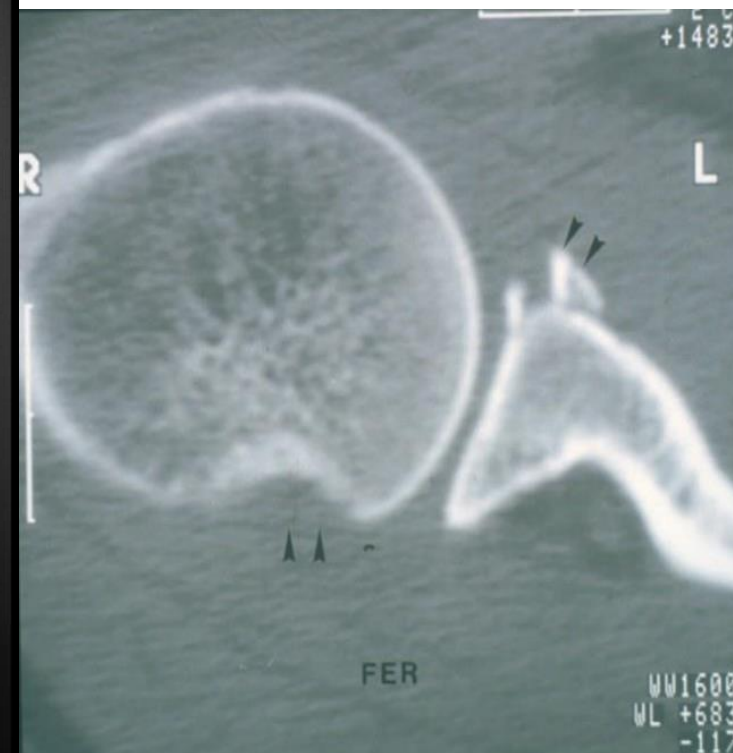


---

## Examen complémentaire:



## Examen complémentaire:



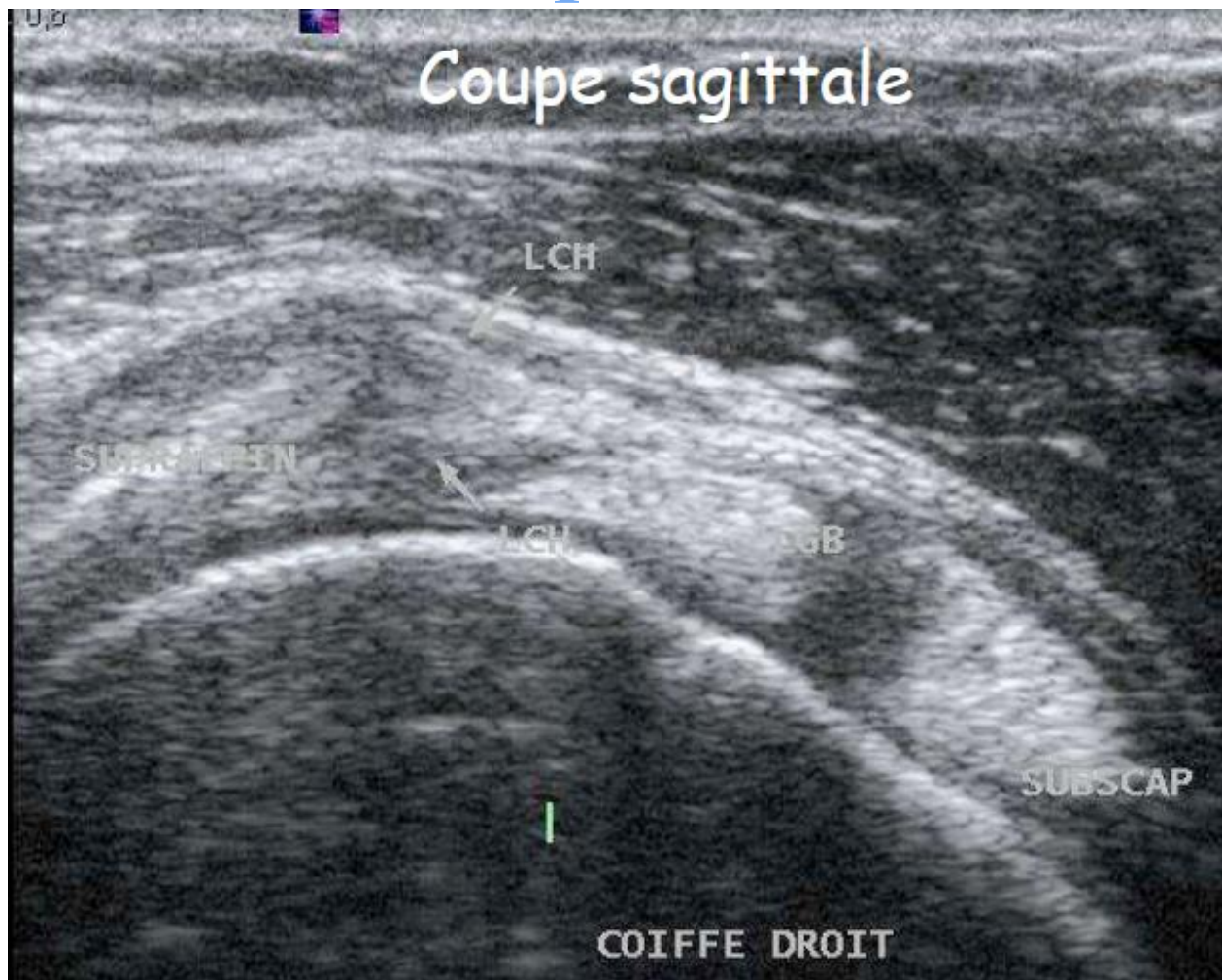
---

## Examen complémentaire:





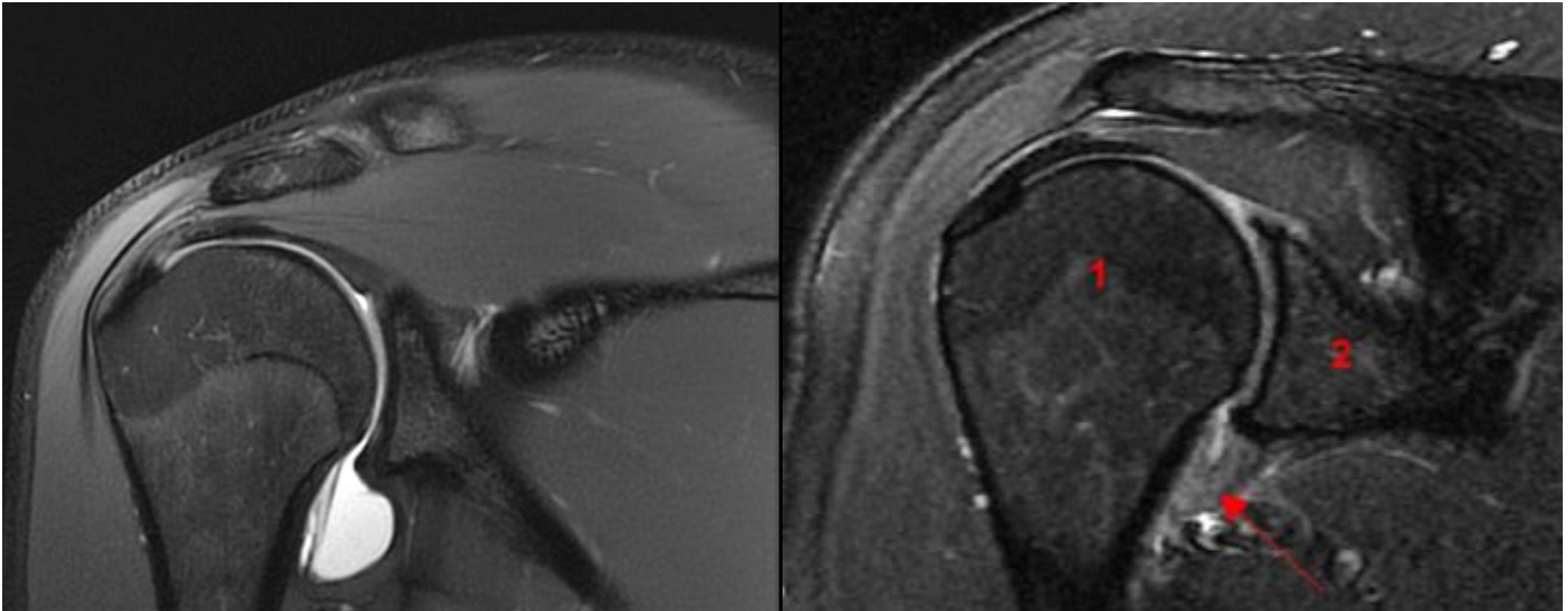
## Examen complémentaire:





---

## Examen complémentaire:



---

## Take home Message:

La connaissance de l'anatomie , une bonne anamnèse et un bon sens clinique doit s'assurer que la douleur vient bien de l'épaule

- Repérer les limitations et à partir de quelle amplitude.
- Rechercher une lésion tendineuse de la coiffe.
- Voir si il y a une instabilité avec ou sans laxité constitutionnelle (Ehler Danlos)
- Ne pas oublier les causes neurologiques.

---

*Merci pour  
votre attention*

