

# LE MEDECIN ET L'EPAULE



J.Matsoukis O.Courage sept 2015

## EXAMEN CLINIQUE GENERALITES

- PAS DE // ANATOMO-CLINIQUE
- EXAMEN CLINIQUE COMPLEXE
- BCP DE SIGNES - sensibilité et spécificité ?
- PATHO COIFFE LA PLUS FREQUENTE
- CONNAÎTRE AUSSI PATHO COURANTE



Quelques généralités .L'examen de l'épaule n'est pas très facile et est peu enseigné. Il faut savoir qu'il n'existe pas tjrs de parallélisme anatomoclinique en particulier dans la pathologie de la coiffe ce qui ne simplifie pas les choses. Ainsi une rupture large de la coiffe peut-être indolore avec une excellente élévation antérieure ( comme pour cette patiente) et une petite rupture ( par ex au hasard en AT) pourra être atrocement douloureuse avec un examen rendu difficile en raison de la douleur. L'examen n'est pas facile car il y a bcp de signes et il faut un fil conducteur pour ne pas se perdre. En plus les signes cliniques sont loin d'avoir une sensibilité et une spécificité de 100%. Seuls les signes cliniques les plus importants seront envisagés. La pathologie de la coiffe des rotateurs est le motif principal de consultation en chirurgie de l'épaule. Mais il faut connaître aussi les autre pathologies les pus fréquentes de l'épaule pour orienter l'examen.

## Pathologies sans contexte traumatique du WE

- Coiffe rotateurs ++
- Arthropathie gléno-humérale , AC
- Capsulite rétractile
- Instabilité ant épaule chronique

D'abord les pathologies chroniques les plus fréquentes sans contexte traumatique évident du WE . » A tout seigneur tout honneur », la coiffe des rotateurs est le motif de consultation le plus fréquent en pathologie d'épaule, comprenant les tendinopathies du supra-épineux, les calcifications et les ruptures de coiffe dont l'incidence , je vous le rappelle, est élevée dans la population( 5ème décade 10%, 6ème décade 20% ... ). Les autres pathologies sont moins fréquentes représentées par l'arthrose gléno-humérale, l'arthropathie ac, Pensez aussi à la capsulite rétractile qui est loin d'être rare et enfin à l'instabilité d'épaule du jeune après luxation.

## Pathologie avec contexte traumatique du WE

- Fracture (tête humérale, tubérosités, clavicule, omoplate)
- Luxation épaule , acromio-clav
- Rupture coiffe
- Contusion épaule

Le contexte traumatique est patent. Toute ces lésions sont fréquentes. Il peut s'agir d'une fracture entraînant une douleur importante et une impotence fonctionnelle. Les luxations d'épaule et les entorses acromio-claviculaires représentent aussi une pathologie courante. La rupture traumatique de coiffe est moins fréquente avec une épaule paralytique . Enfin quand on ne sait pas on appelle ça une contusion de l'épaule...

## EXAMEN CLINIQUE

- L'examen doit être simple
- Interrogatoire essentiel ++
- Peut être gêné par la douleur
- Amplitudes passives
- Signes spécifiques

L'examen clinique doit être simplifié avec un fil conducteur. Ce n'est pas un catalogue à la Prévert. L'interrogatoire va vous orienter d'emblée vers un diagnostic. Vous devez apprécier en premier lieu les amplitudes passives pour éliminer une capsulite, puis rechercher des signes spécifiques et sensibles.

## INTERROGATOIRE

- Très important ++
- Sujet jeune- fract /instabilité
- Douleurs nocturnes profession /coiffe
- Geste sportif /coiffe
- Sujet âgé - coiffe /omarthrose
- Douleurs intenses, raideur /capsulite

L'interrogatoire est très important pour orienter l'examen clinique dès le départ. Le sujet est jeune et le contexte est traumatique , on pense à une fracture ou une instabilité. Quelques éléments dès l'interrogatoire permettent déjà de suspecter la coiffe: les douleurs nocturnes , de même qu'un contexte professionnel de geste répétitif . L'âge est important, les douleurs du sujet âgé sont le plus souvent en rapport avec la coiffe ou une omarthrose. L'association de douleurs importantes et d'une perte de mobilité évoque une capsulite rétractile, il faut tjrs y penser.

# INSPECTION

- Regarder le patient se déshabiller
- Amyotrophie fosse supra-ep et infra-ep
- Luxation acromio-clav
- Hématome



Déjà l'inspection est riche d'enseignement, elle nous renseigne sur le niveau de handicap en appréciant les difficultés du patient à se déshabiller. De même on peut observer une amyotrophie des fosses supra et infra épineuses, témoignant d'une rupture massive de coiffe ancienne avec dégénérescence graisseuse, correspondant à une coiffe irréparable. Dans le contexte traumatique on peut voir un hématome, une luxation AC ...

## AMPLITUDES PASSIVES

- 1er temps ++ de l'examen
- Comparatif
- RE1++, Flexion
- On recherche une RAIDEUR
- Parfois difficile en raison douleur



L'analyse des amplitudes passives est tjrs le 1<sup>er</sup> temps de l'examen clinique qui doit être comparatif. On se place au dos du patient. On peut retenir pour l'examen 2 secteurs d'amplitudes à rechercher : la flexion dans le plan de l'omplate, la rotation externe coude au corps (RE1) . La limitation de la Re1 par rapport au côté opposé est le meilleur signe de capsulite et le plus précoce. En effet il ne faut pas que la limitation d'amplitude soit liée à la douleur et c'est bcp plus facile en testant la Re1 que la flexion ou la Ri qui sont svt douloureuses. Dès qu'il existe une raideur l'examen, témoignant d'une capsulite, peut s'arrêter car les signes cliniques n'ont plus de valeur. La raideur peut aussi être en rapport avec une omarthrose.

## AMPLITUDES ACTIVES

- Comparatif
- Flexion , Re1, Re2
- Mvt composé : main/nuque-bouche- tête
- Diminution amplitudes actives = rupture large de coiffe



Après les amplitudes passives, les mobilité actives. On peut retenir 3 secteurs à évaluer: la flexion, la Re1 et la Re2 qui correspond à la rotation externe en élévation à 90° de flexion. Dans les cas de diminution franche des amplitudse on peut apprécier la possibilité de réaliser des mvts composés: main/nuque, main/bouche, main/tête comme dans le cas de l'omarthrose excentrée. La diminution des amplitudes actives , si elle n'est pas liée à la douleur et si il n'existe pas de raideur, est en rapport avec une rupture large de coiffe (flexion –supraép, Re1 et Re2 infraép et teres minor) . On le précisera avec le testing de coiffe.

## Test conflit sous- acromial

- Test DOULEUR + en rotation int
- Impingement : Neer, Hawkins
- Rot ext : diminution douleur
- Injection xylo : disparition douleur  
(bonne sensibilité /spécificité)



Il s'agit de test de douleur témoignant du conflit entre la coiffe antéro-supérieure (supra-ép) et le bord antérieur de la voute acromiale. Les manœuvres sont réalisées en rotation interne avec soit le Neer ( flexion dans le plan de l'omoplate en rotation interne ), soit le Hawkins ( coude fléchi, à 90° de flexion, l'examineur imprime de la rotation interne). Ces manœuvres en rotation interne entraînent une douleur franche qui diminue si on place le bras en rotation externe. Parfois la douleur rend ce test difficile et on peut injecter de xylocaine dans la bourse sous-acromiale, si la douleur disparaît on peut affirmer le conflit. Très bonne spécificité/ sensibilité de ce test

## Testing – Supra épineux

- Jobe
- Comparatif
- 90° FI et RI – résistance à la pression
- Diminution force
- Test douloureux
- Très bonne spécificité/sensibilité



La rupture du SE est évidemment par ordre de fréquence la lésion la + fréquente. Pour le supra-ep c'est le test de Jobe. On place le patient à 90° de flexion en rotation interne et on lui demande de résister en comparaison au côté opposé. Le testing n'est pas interprétable si c'est la douleur qui empêche de résister. La spécificité/sensibilité est bonne aux alentours de 85%.

## Testing - Sub-scapulaire

- Press-belly ou test Napoleon
- Pression sur le ventre coude en avant :
  - coude en arrière - test +
  - coude maintenu en avant - test –
- Peu sensible mais spécifique



La rupture du sub- scap est bcp – fréquente. Pour le testing de la coiffe , il s'agit de test de force qui témoigne de la rupture tendineuse. Il faut se rappeler un test par tendon. Un test de pour le sub-scapulaire: le press –belly ou test Napoléon puisque le patient doit appuyer fortement sur son ventre. Si le patient ne peut maintenir son coude en avant c'est que la pression est secondaire à la rétropulsion de l'épaule et donc qu'il existe une rupture du sub-scapulaire. Le test est peu sensible (60 %) mais spécifique.

## Testing Infra épineux - Teres minor

- Diminution force en Re1- infraép
- Signe du clairon - teres minor  
très spécifique



Pour l'infra-épineux on teste comparativement la force en Re1 contrariée à partir de la rotation neutre. Pour le teres minor , le signe du clairon est très spécifique, le patient est incapable de rotation externe à partir d'une position en élévation.. Ainsi pour porter la main à la bouche, il est obligé de lever le coude puisqu'il n' a plus de Re2 active. Ce signe est très spécifique.

## Testing - Long biceps

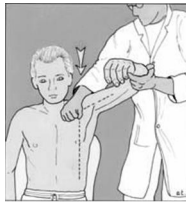
- Douleur ant avec irradiation brachiale
- Tests peu sensibles / spécifiques
- Palm-up test (Fl contrariée en supin)
- Popeye = rupture



Les tests pour la longue portion du biceps sont peu sensibles et peu spécifiques. On peut retenir une douleur antérieure à la palpation de la coulisse bicipitale avec irradiation brachiale. Le palm-up test est une flexion contrariée en supination. Le test est positif s'il déclenche une douleur au niveau de la coulisse bicipitale.

## Instabilité antérieure chronique

- Armé du bras- appréhension
- Test Gagey



2 tests d'instabilité antérieure sont simples. L'armé du bras reproduit l'appréhension connue du patient en Abd Rot ext , c'est un excellent signe. Le test de Gagey recherche une ABD passive sup au côté opposé témoignant d'une laxité gléno-humérale inf.

# Conclusion



Vous avez maintenant presque tout et je vous remercie de m'avoir invité ainsi qu'Olivier pour sa participation active.