

# *DIAGNOSTIC D'UNE ÉPAULE DOULOUREUSE*

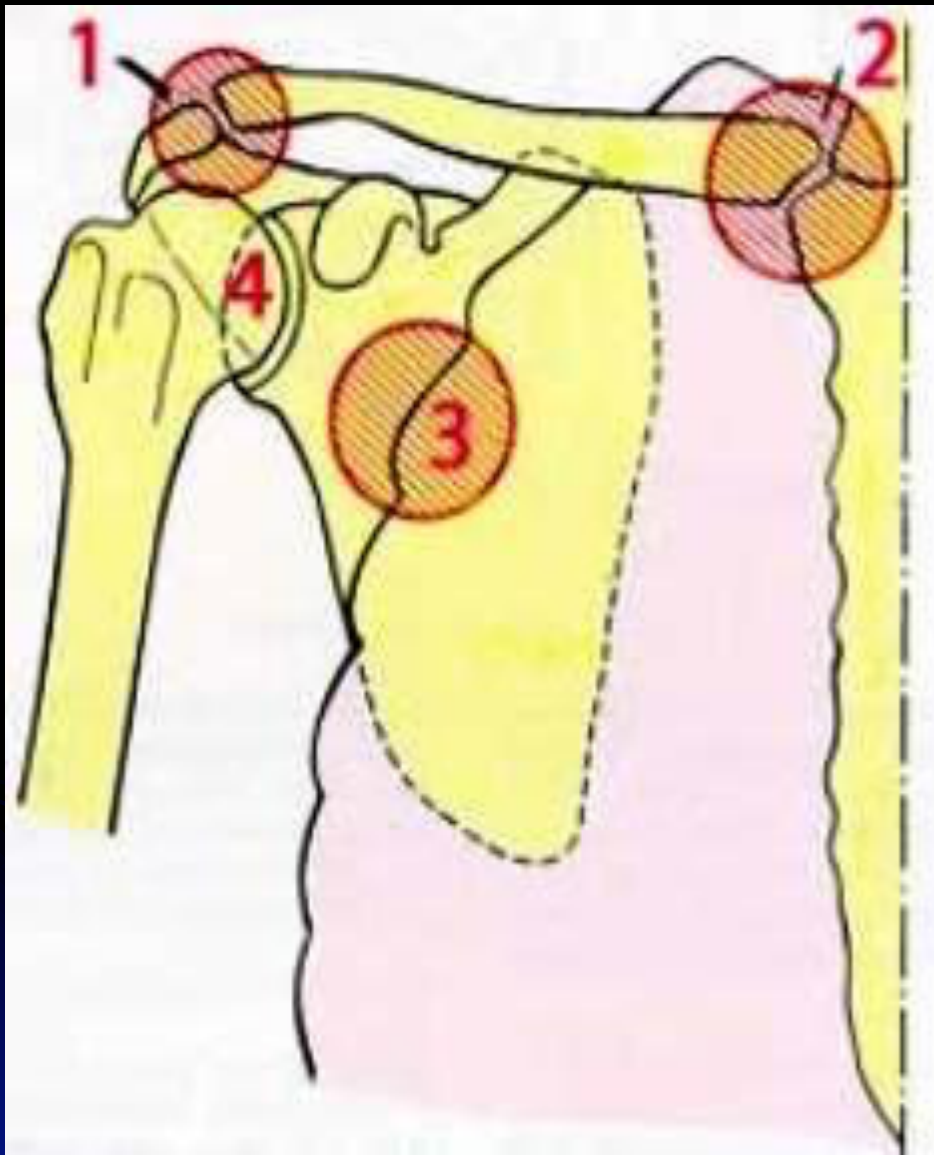
DR H KHELLAF

01.06.2020



# ***INTRODUCTION***

- ✓ Motif de consultation très fréquent
- ✓ Étiologies nombreuses :
  - Pathologie ab-articulaire dans 95% des cas
- ✓ L'épaule : articulation unissant
  - \* Clavicule
  - \* Humérus
  - \* Omoplate ( Acromion et Glène)
- ✓ Les pièces osseuses sont unies par de nombreux muscles, tendons et synoviales



## 5 articulations

**Deux fausses articulations :**

1. Acromio clavulaire
2. Sterno-costo-clavulaire

**Trois vraies :**

1. Scapulo-thoracique
2. Gléno-humérale (++)
3. Sous deltoïdienne

# ***DIAGNOSTIC POSITIF***

✓ L'interrogatoire +++

✓ L'examen clinique

\* L'inspection

\* La mobilité active et passive







# Examen clinique de l'épaule douloureuse

## Interrogatoire :

Savoir écouter le patient dans la description de ses symptômes

- Mode de survenue
- La douleur et ses caractères
- Les limitations des mouvements
- Craquements ?
- Sensation d'instabilité ? ...etc



# Examen clinique de l'épaule douloureuse

**Situer le patient**

**Dans son environnement**

- **Social,**
- **Professionnel,**
- **loisirs et / ou sportif**

**Ses antécédents notamment ceux pouvant orienter vers une pathologie septique, inflammatoire ou micro cristalline,**

**Coté dominant ?**



# L'examen clinique de l'épaule douloureuse

## Interrogatoire : La douleur

- **Mode de survenue**
  - choc direct
  - traumatisme
  - lors d'activités : travail, loisirs, sports ...
- **1er épisode douloureux ?**
- **Siège et irradiations**
- **Comparable à : « brûlure », « déchirure », « contracture » ... etc**
- **Caractère principal : est réveillée par les mouvements de l'épaule.**
- **Les mouvements les plus difficiles ?**



# L'examen clinique : interrogatoire (suite)

- **Une douleur d'horaire mécanique =**

- s'aggrave dans la journée, est majorée par les mouvements et les efforts, cède au repos.
- évoque pathologie tendineuse (réveils nocturnes habituels si décubitus latéral du côté douloureux).

- **Une douleur d'horaire inflammatoire =**

- existence de réveils nocturnes (2ème partie de la nuit), dérouillage matinal > à une demi-heure.
- évoque une arthropathie microcristalline, inflammatoire ou infectieuse



# L'examen clinique

**Doit être symétrique et comparatif**

**Patient dévêtu**

**Inspection :**

- **Position du membre supérieur**
- **Regarder le patient se déshabiller**
- **Existe-t-il**
  - Ecchymose, amyotrophie
  - Tuméfaction articulaire



# L'examen clinique

## Les mobilités : de face sujet dévêtu

### ➤ actives

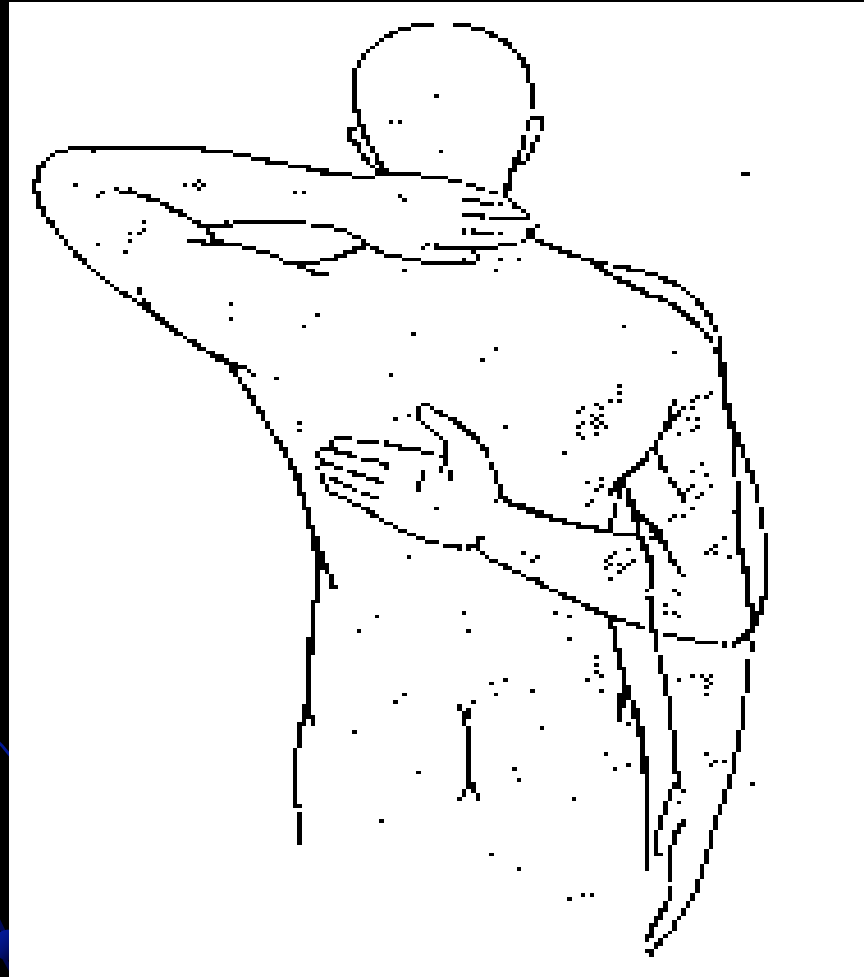
- En suivant le schéma anatomique
- En demandant des mouvements complexes (gestes usuels : main bouche, main tête, main nuque, main dans le dos ...)

### ➤ passives

- Flexion
- Extension
- Abduction
- Adduction
- Rotation interne
- Rotation externe

|                         |  |   |
|-------------------------|--|---|
| <b>Abduction</b>        | <b>180 °</b><br><b>gléno-humérale :</b><br><b>0-90°</b><br><b>scapulo-</b><br><b>thoracique : 90-</b><br><b>180°</b> | <b>Deltoïde</b><br><b>Sus-épineux</b><br><b>Long-biceps</b> |
| <b>Adduction</b>        | <b>30°</b>   | <b>Grand pectoral</b><br><b>Grand rond</b>                  |
| <b>Antépulsion</b>      | <b>180°</b>  | <b>Deltoïde</b><br><b>Long biceps</b>                       |
| <b>Rétropulsion</b>     | <b>50°</b>   | <b>Deltoïde</b>   |
| <b>Rotation externe</b> | <b>80°</b>   | <b>Sus épineux</b><br><b>Sous épineux</b>                   |
| <b>Rotation interne</b> | <b>90°</b>   | <b>Sous scapulaire</b>                                      |

**Mouvements combinés**  
**main dos (rotation interne)**  
**main nuque (rotation externe)**







Neer



Yocum



Hawkins

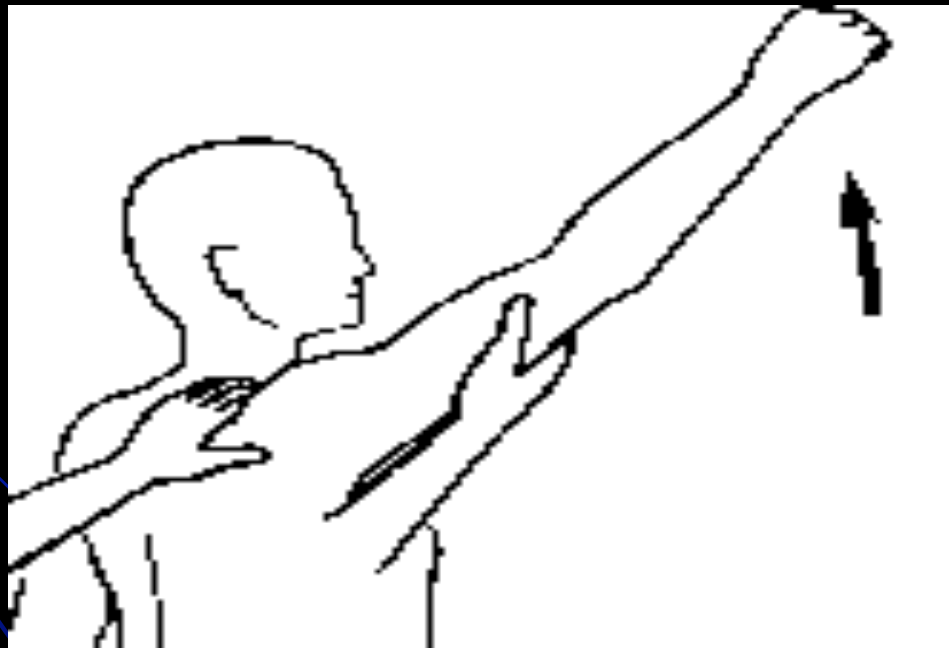
## Manœuvres de conflit s/acromial

---

- 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.

## \* Les manœuvres spécifiques

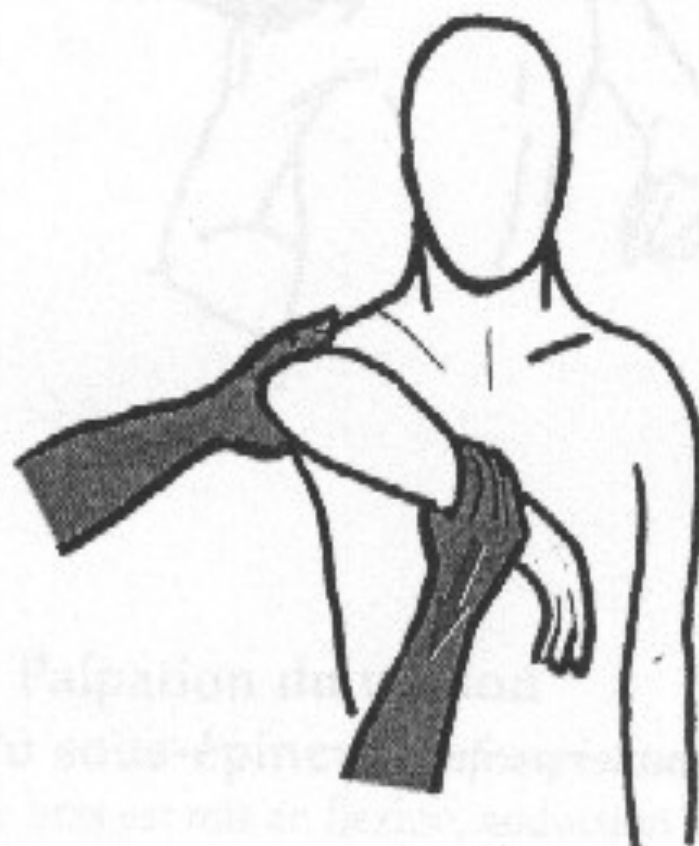
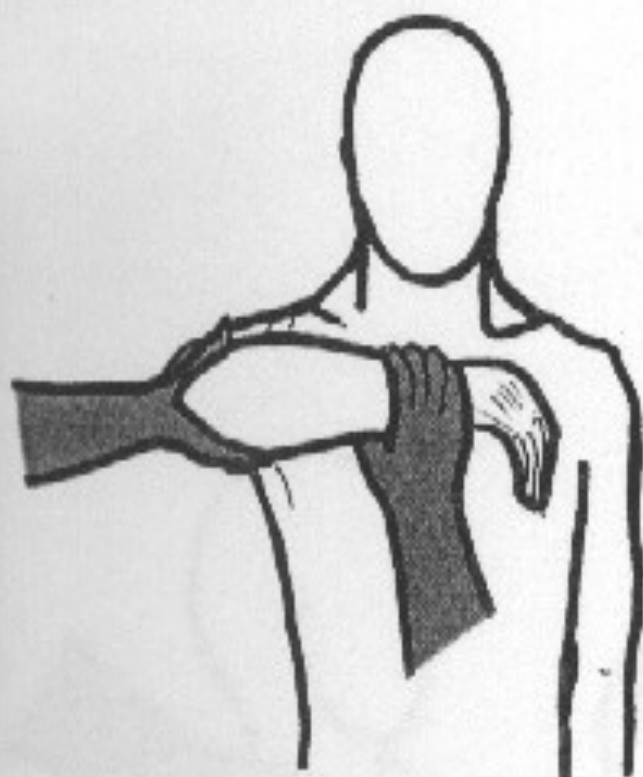
- Recherche d'un conflit sous acromial  
«Impingement sign» de Neer (conflit antéro-sup)

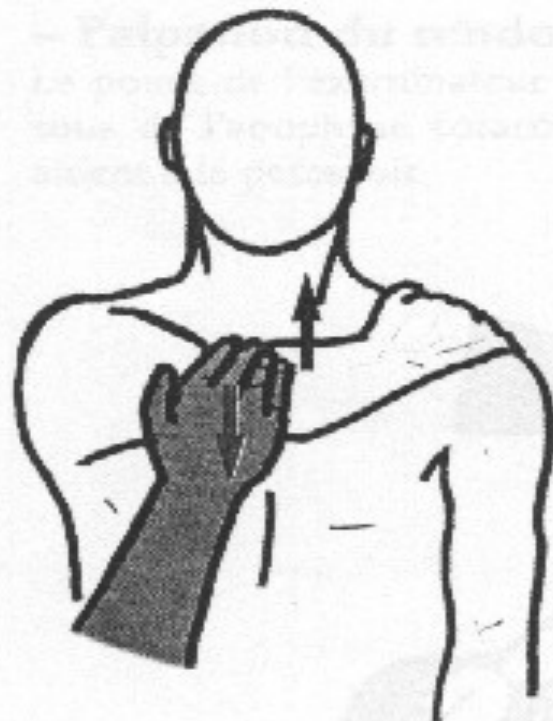


## Test de Hawkins

Le bras positionné en élévation antérieure à  $90^\circ$ , coude fléchi à  $90^\circ$  et avant-bras à l'horizontale, l'examineur effectue des mouvements de rotation interne du bras.

- Le test est positif quand il reproduit des douleurs antérieures.





### Test de Yocum

Le sujet repose sa main sur son épaule controlatérale. L'examineur s'oppose à l'élévation du coude au-dessus de l'horizontale.

- Le test est positif quand il reproduit des douleurs antérieures.

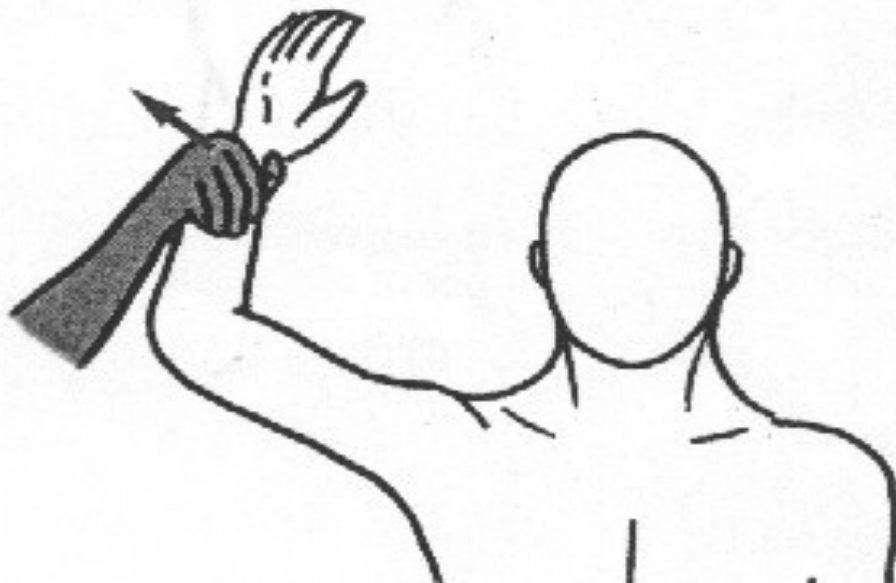
### – *Conflit postéro-supérieur*

### Test de l'armé

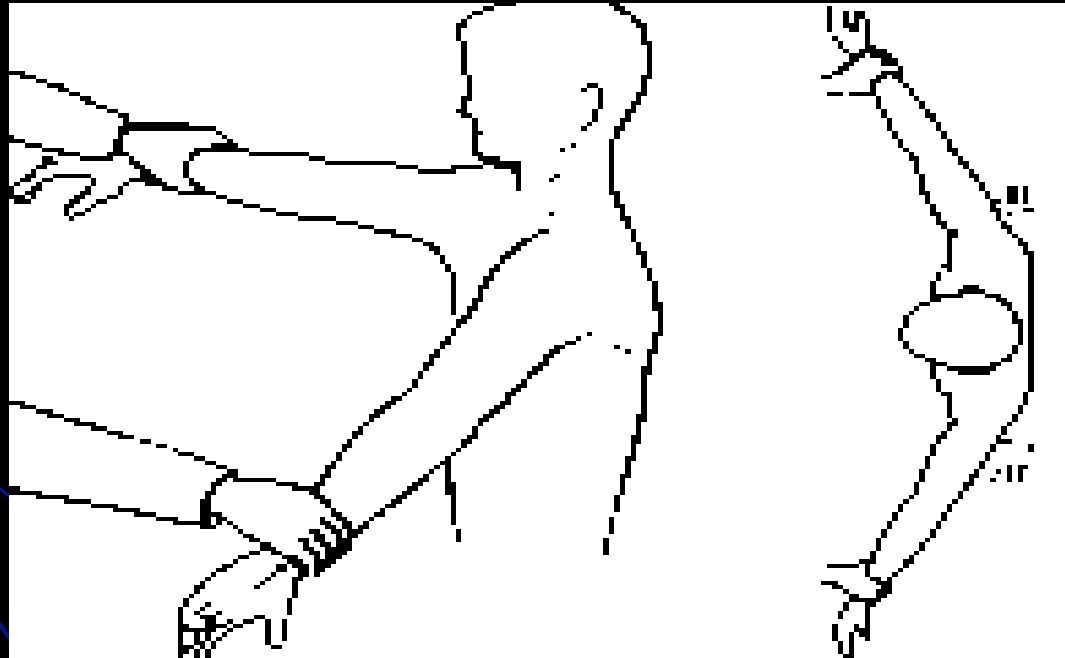
L'examineur, placé derrière le sujet, porte le bras à 100° d'abduction et 90° de rotation externe et fixe par son autre main l'épaule exa-

minée. L'examineur accentue le mouvement de rétropulsion et de rotation externe du bras.

- Le test est positif quand il reproduit des douleurs postérieures.



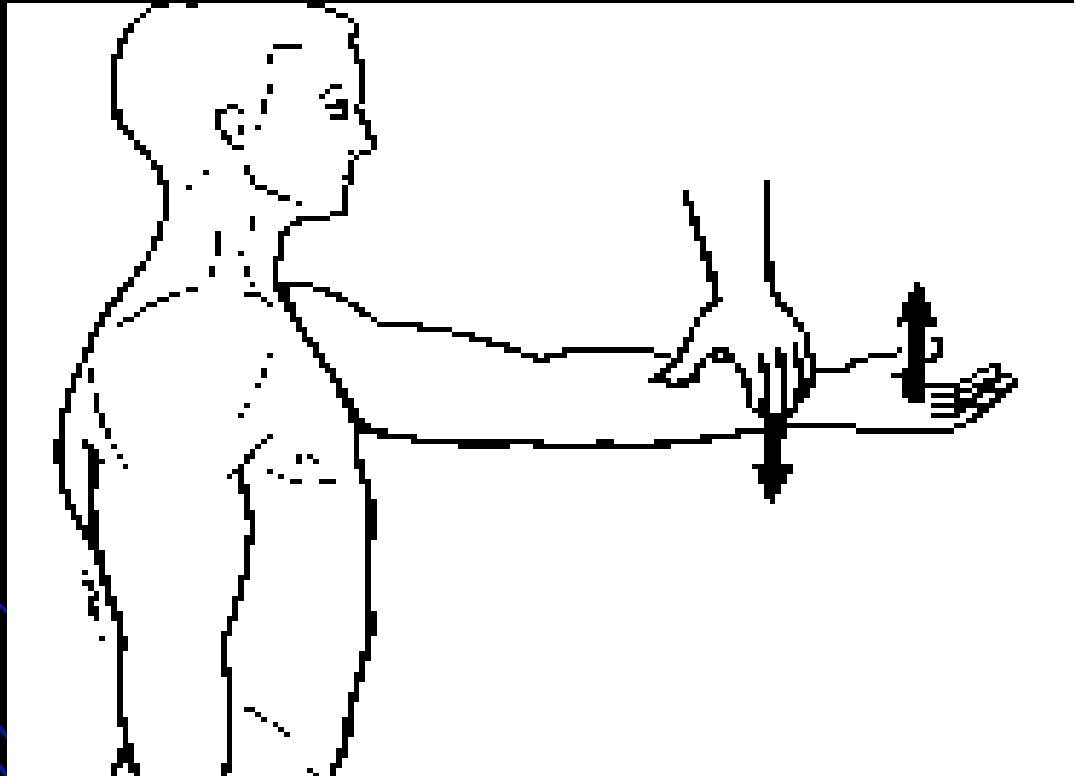
- Recherche de tendinopathie
  - Test de Jobe (sus-épineux)



- Manœuvre de Patte (sous épineux )



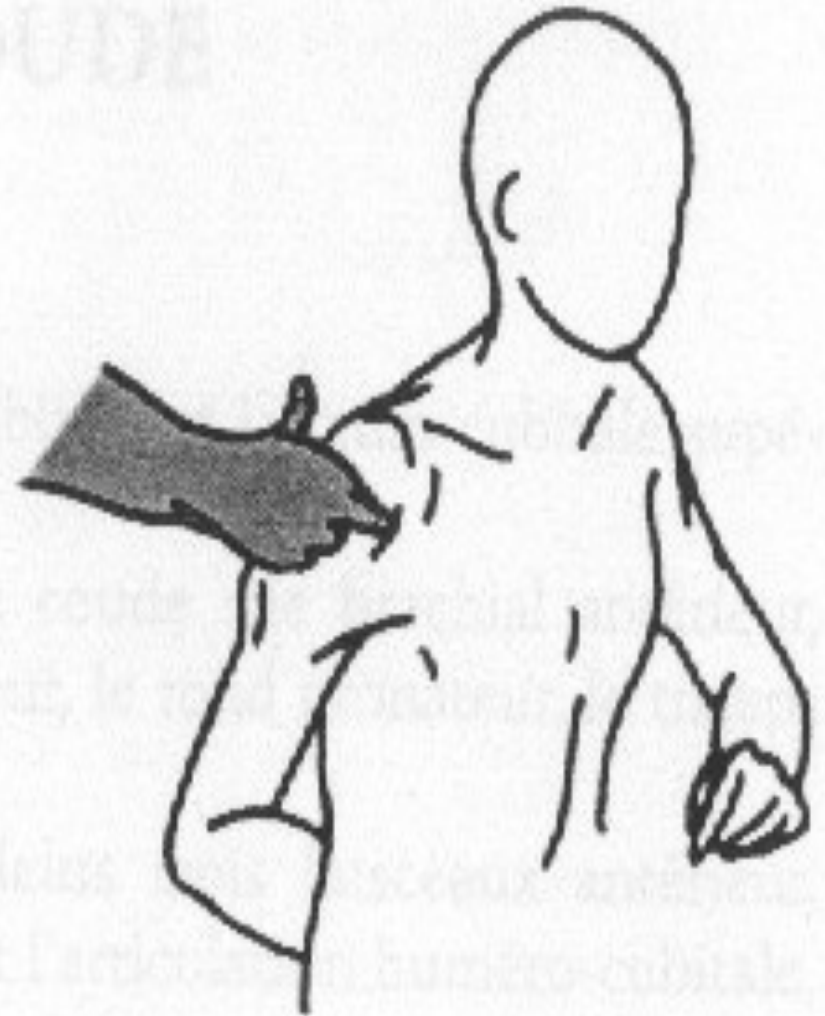
- Palm up test (long biceps)



## ● La palpation

### - Palpation du tendon du sus-épineux (*supraspinatus*)

La main est mise dans le dos. Le tendon se palpe à un centimètre environ au-dessous et en avant du bord antérieur de l'acromion.



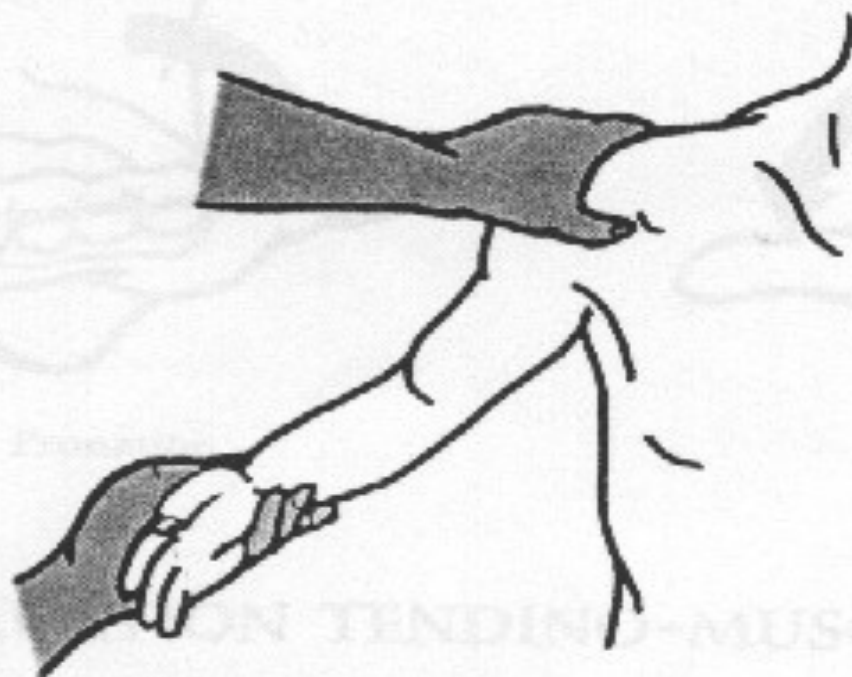




- Palpation du tendon  
du sous-épineux (*infraspinatus*)  
Le bras est mis en flexion, adduction et  
rotation externe. Le tendon se palpe  
sous l'épine de l'omoplate vers sa jonc-  
tion avec l'acromion.

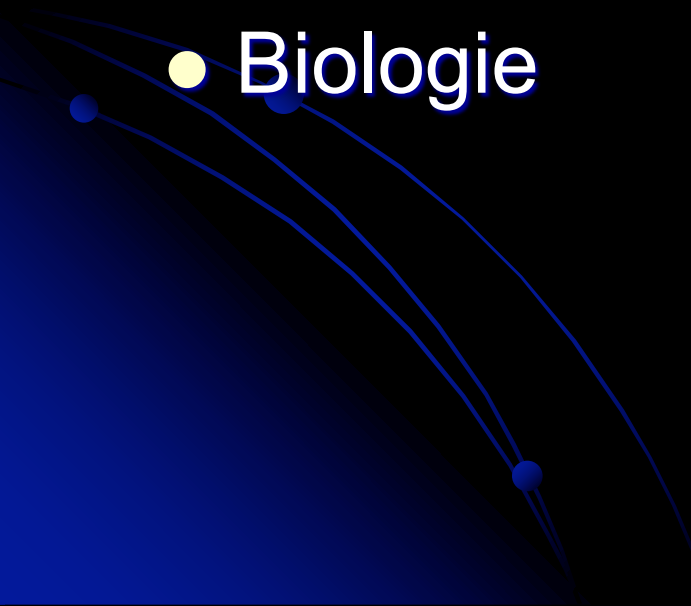
### - Palpation du tendon du sous-scapulaire (*subscapularis*)

Le pouce de l'examineur se place dans le sillon delto-pectoral, juste en dessous de l'apophyse coracoïde ; des petits mouvements de rotation du bras aident à le percevoir.



### • ÉVALUATION TENDINO-MUSCULAIRE

Les flexisseurs : Le biceps brachial (long et court) (a), le brachial antérieur (b) et le long supinateur (c) (d'après *Atlas de l'Anatomie*).

- L'examen général +++
  - Rx épaules F, RI, RE
  - Échographie, IRM ...
  - Biologie
- 

# *DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL*

- **Lésion osseuse de voisinage**
  - Ostéite infectieuse
  - Tumeur osseuse primitive bénigne ou maligne
  - Maladie de Paget
  - Localisation myélomateuse
  - Fissure ostéomalacique
- **Arthropathie de voisinage**
  - Arthrose acromio-claviculaire
  - Arthrose sternoclaviculaire

- Douleur d'origine nerveuse

- Névralgie cervico-brachiale C5

- Paralysie circonflexe

- Paralysie sous scapulaire

- Syringomyélie

- Sd Parsonnage et Turner

- \* douleur intense de l'épaule et bras

- \* amyotrophie très importante du moignon de l'épaule

- \* déficit moteur sans atteinte sensitive

- Pathologie viscérale projetée

- Vésicule, pancréas, cœur...

# ***DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE***

## **1- Epaule douloureuse suraiguë**

- Si traumatisme :

- Fracture
- Fracture-arrachement
- Luxation
- Traitement: orthopédique ou chirurgical

## - Bursite aiguë micro-cristalline

- ✓ Rupture d'une calcification tendineuse dans la bourse sous acromio-deltoïdienne
- ✓ Mobilité possible: Périarthrite
- ✓ Rx :
  - \* Disparition de la calcification
  - \* Nuage prenant la forme des contours de la bourse



## 2- Épaule Dououreuse simple

### a- Tendinites

- fréquentes après 40 ans
  - Effort
  - Douleurs du moignon de l'épaule aux mouvements
  - Mobilité articulaire normale
  - Douleur aux mouvements contrariés
  - Tendons intéressés
    - Sus épineux +++
    - Long biceps ++
    - Sous épineux +
    - Sous scapulaire +
  - Traitement : AINS, infiltration cortisonique



### 3- Douleur et déficit

#### - Rupture de la coiffe des rotateurs

*épaule pseudo-paralytique*

- évolution défavorable d'une tendinite sus et sous épineux
- discordance entre mobilité passive (+) et active (-)
- Traitement : Rééducation, chirurgie

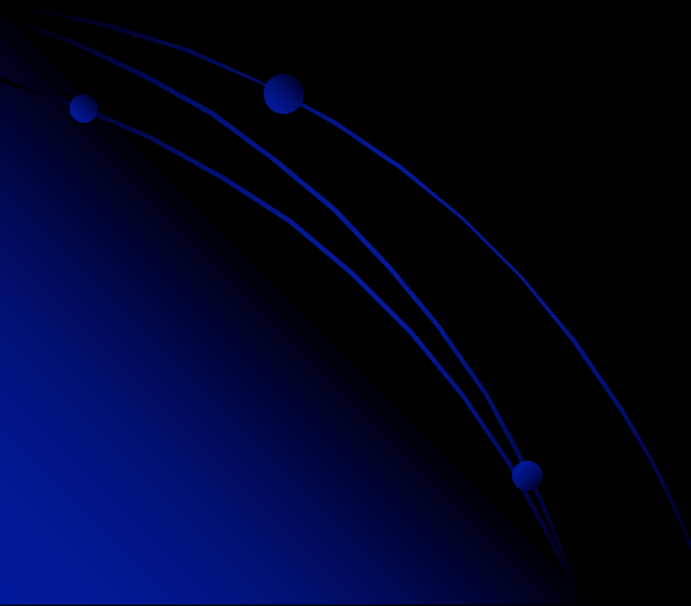
## 4-Épaule raide

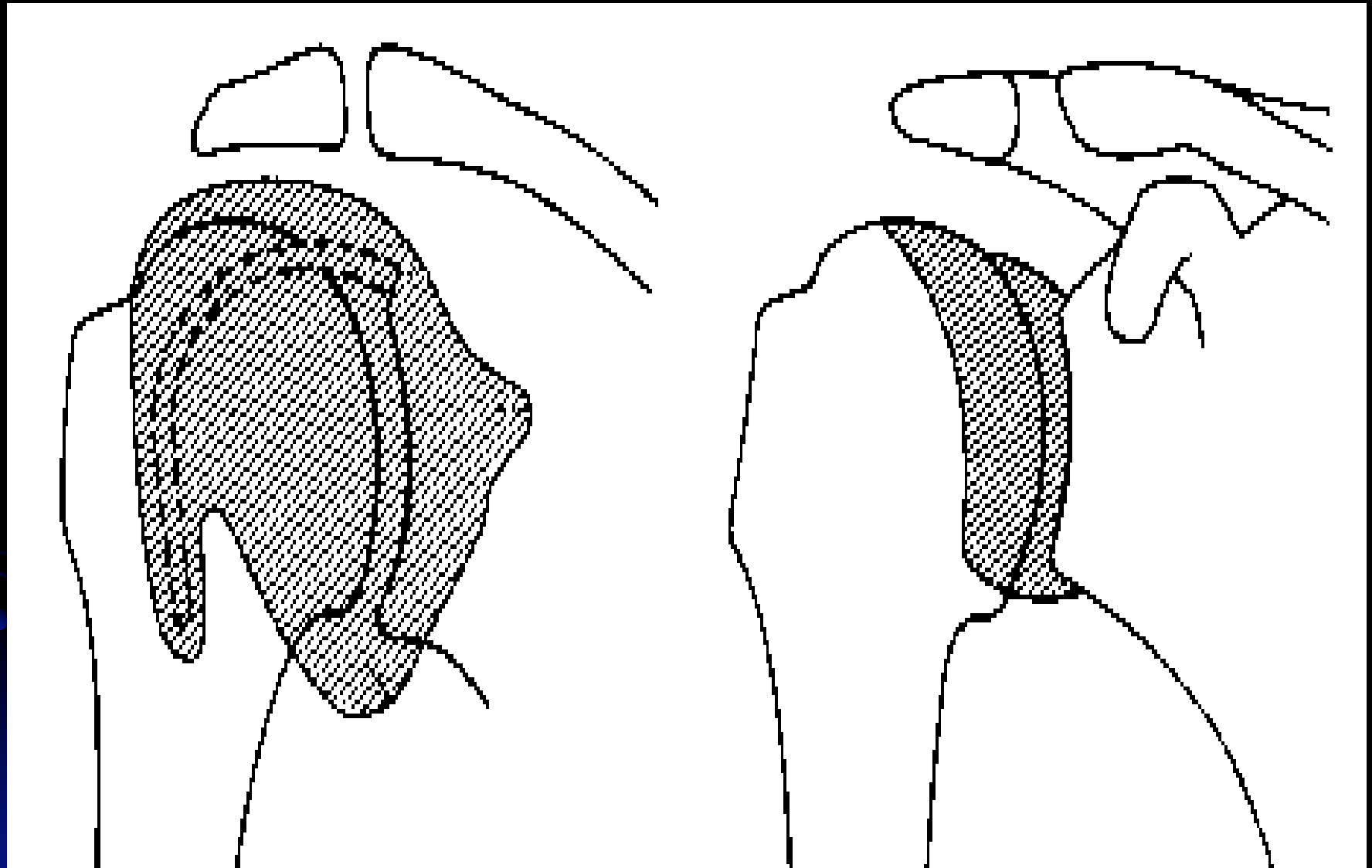
- **L'épaule bloquée:**

ou épaule raide

ou épaule gelée: *frozen shoulder*

*capsulite rétractile*





## L'épaule bloquée

- enraidissement progressif
- précédé parfois d'une phase hyperalgique
- évolution vers la régression: qlq mois à 2 ans
- facteurs favorisants:
  - diabète +++
  - médicaments : barbituriques, isoniazide, iode R\*
  - traumatisme
  - pathologie pulmonaire : cancer, tuberculose...
  - cardiaque : infarctus du myocarde
  - neurologique: hémiplégie, Parkinson...
- Rx : aspect moucheté de la tête humérale
- Traitement médical + Rééducation

• **Épaule aigue hyperalgique = bursite, arthrite**

•• **Épaule pseudoparalytique = rupture de coiffe**

•• **Épaule gelée = capsulite**

•• **Épaule douloureuse simple = tendinite, acromio-claviculaire**