

DIAGNOSTIC D'UNE ÉPAULE DOULOUREUSE

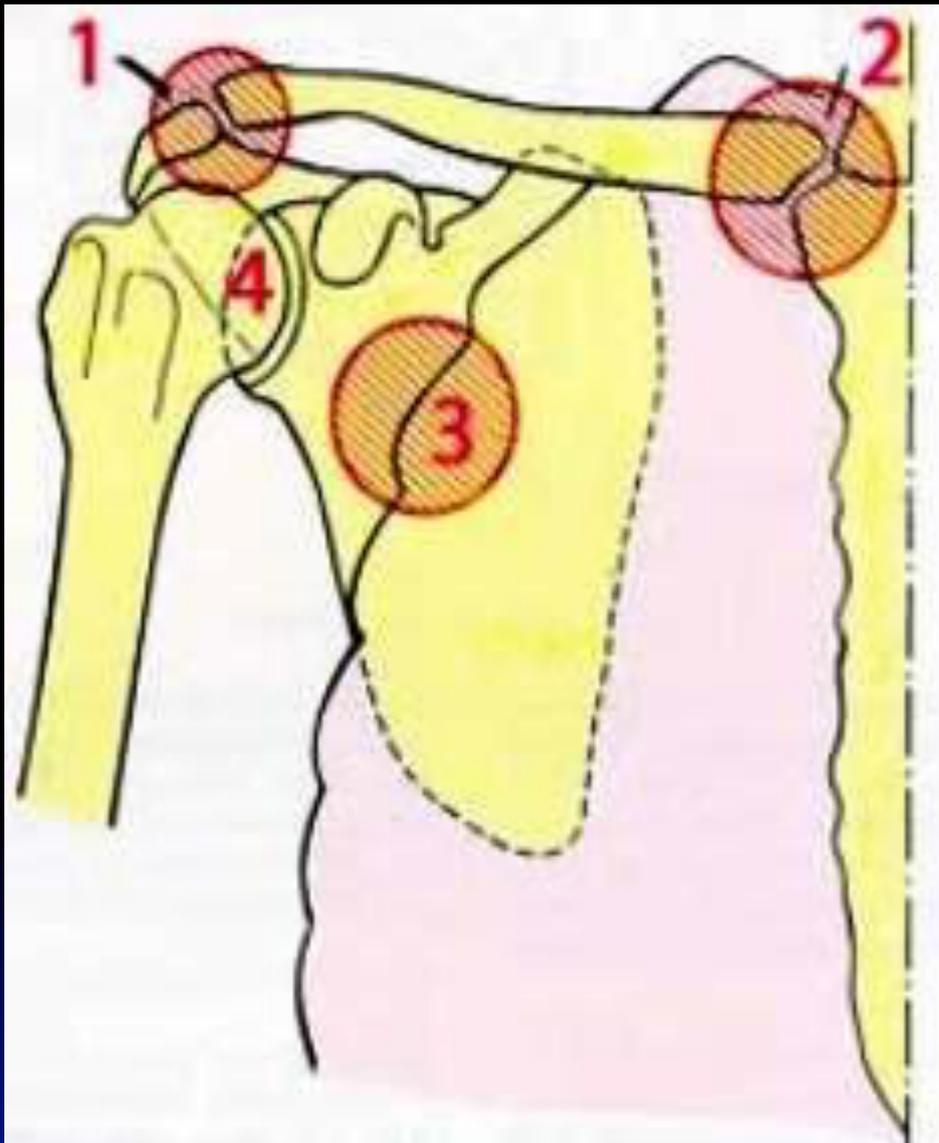
DR H KHELLAF

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

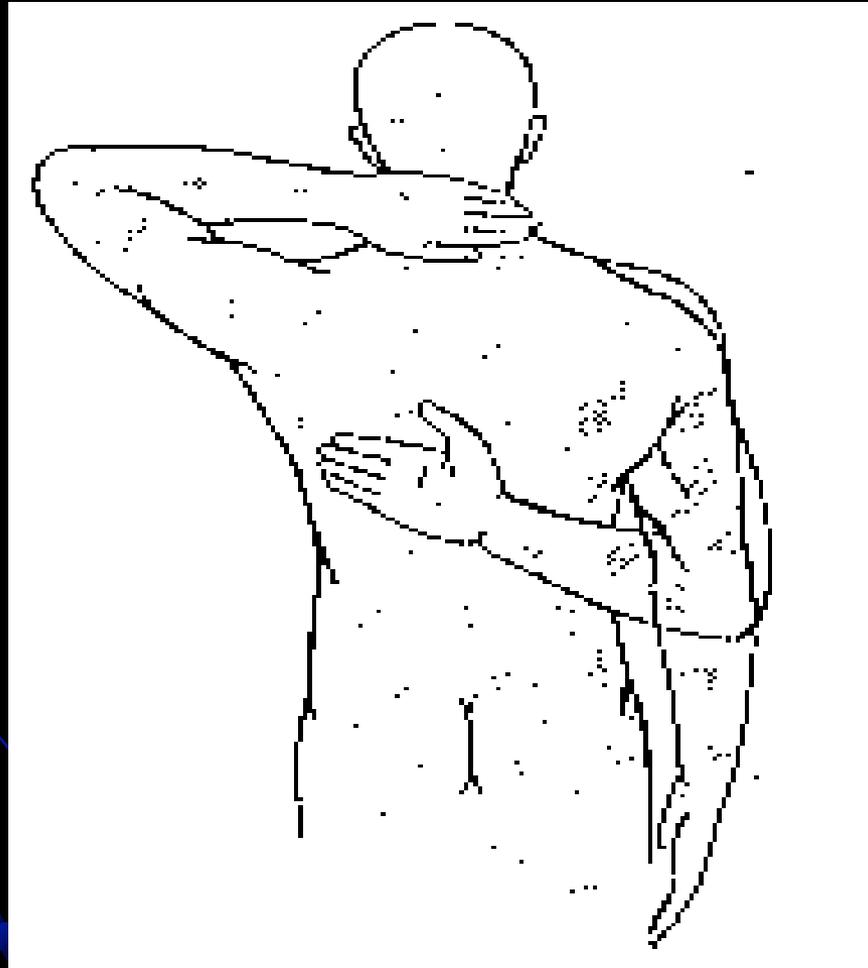
- En suivant le schéma anatomique
- En demandant des mouvements complexes (gestes usuels : main bouche, main tête, main nuque, main dans le dos ...)

➤ passives

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

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

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

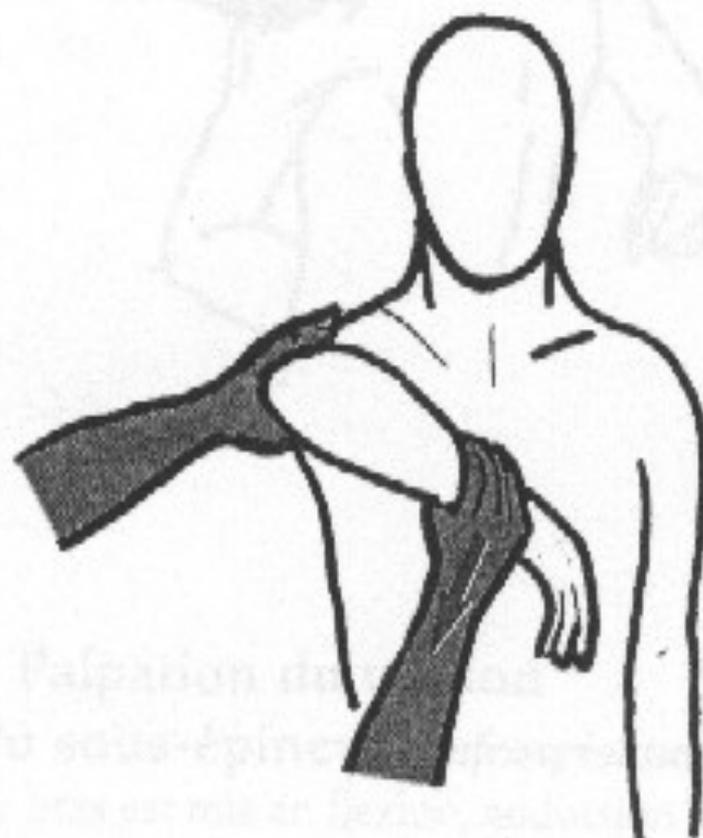
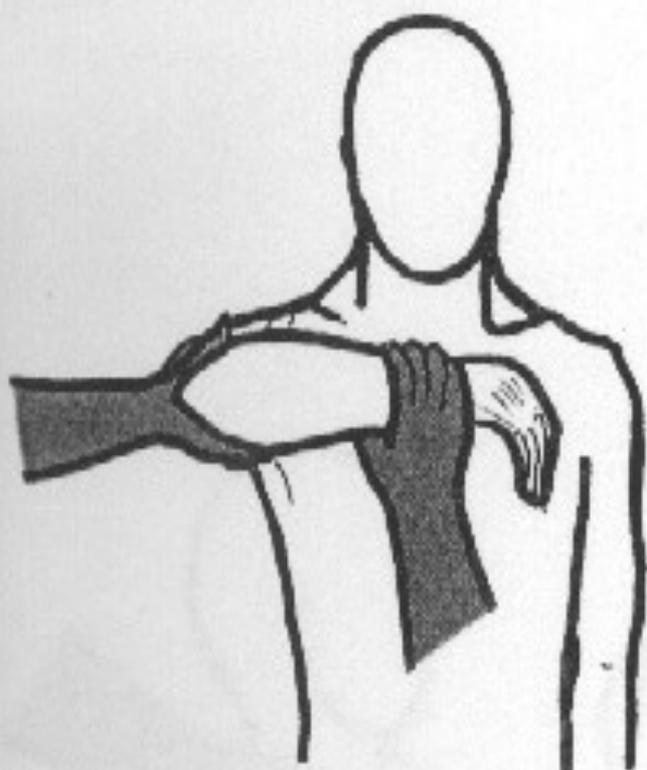
- Recherche d'un conflit sous acromial
«Impingement sign» de Neer (conflit antéro-sup)

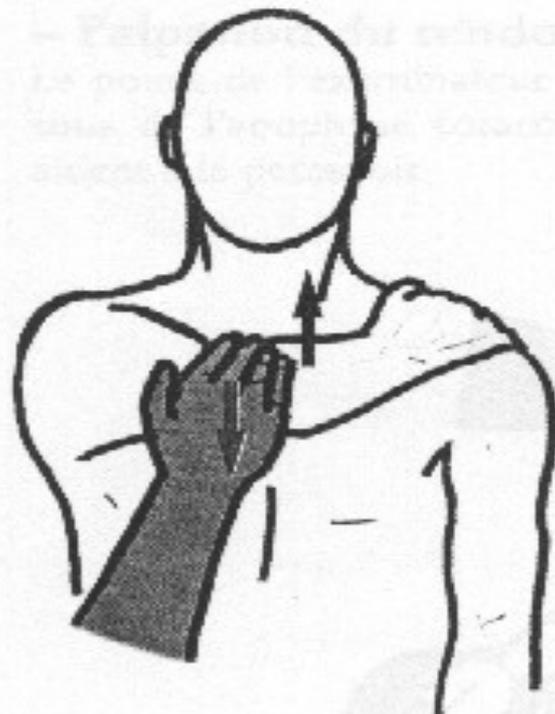


Test de Hawkins

Le bras positionné en élévation antérieure à 90° , coude fléchi à 90° 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.

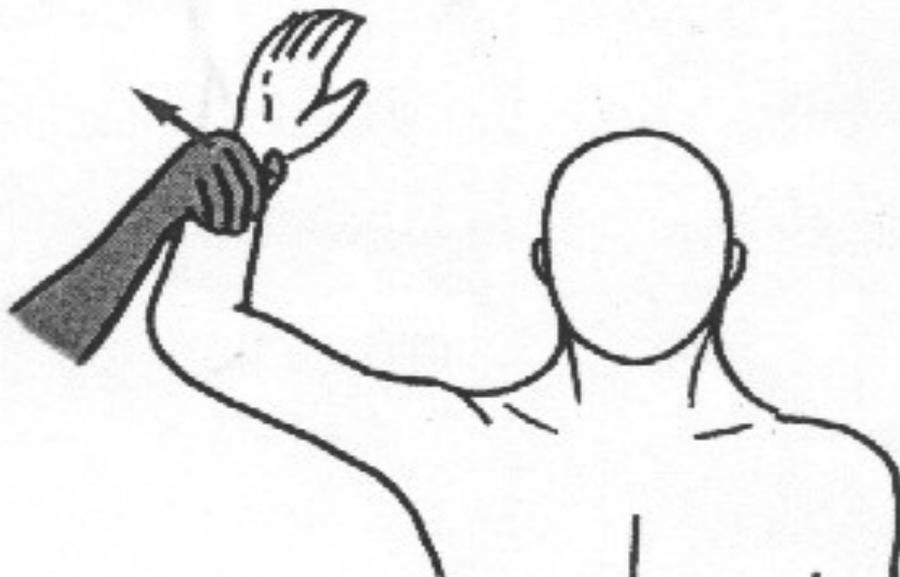
– *Conflit postéro-supérieur*

Test de l'armé

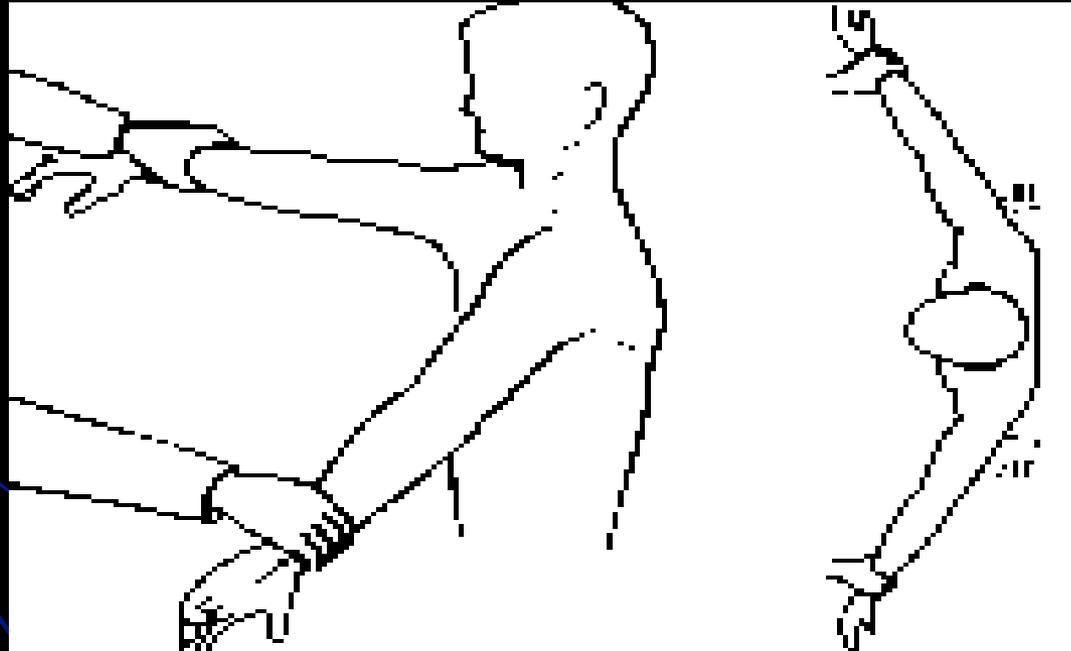
L'examineur, placé derrière le sujet, porte le bras à 100° d'abduction et 90° de rotation externe et fixe par son autre main l'épaule exa-

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

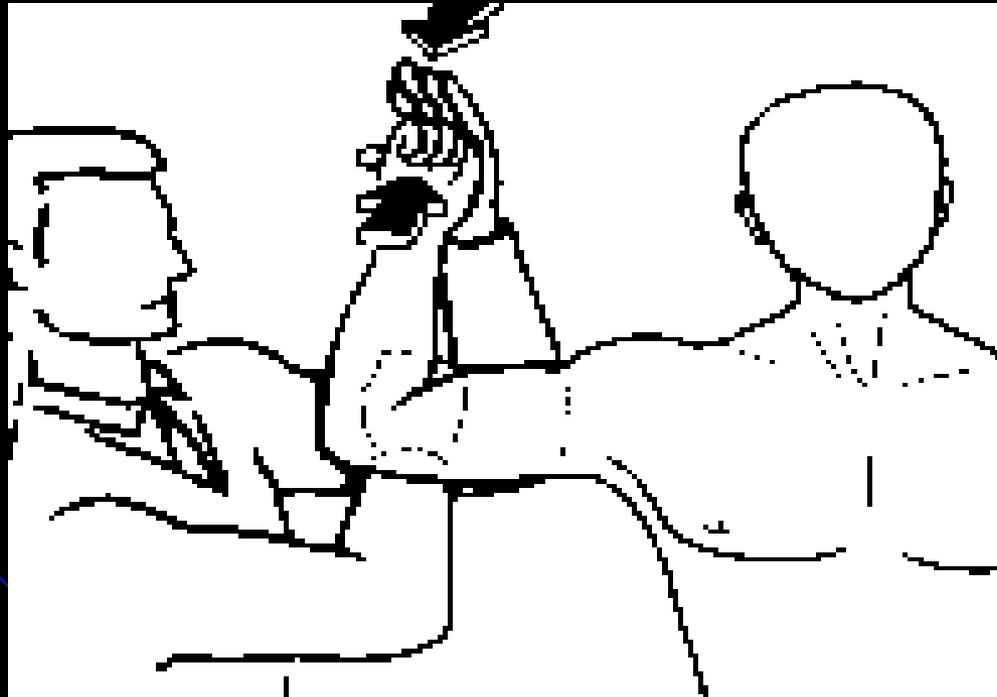
- Le test est positif quand il reproduit des douleurs postérieures.



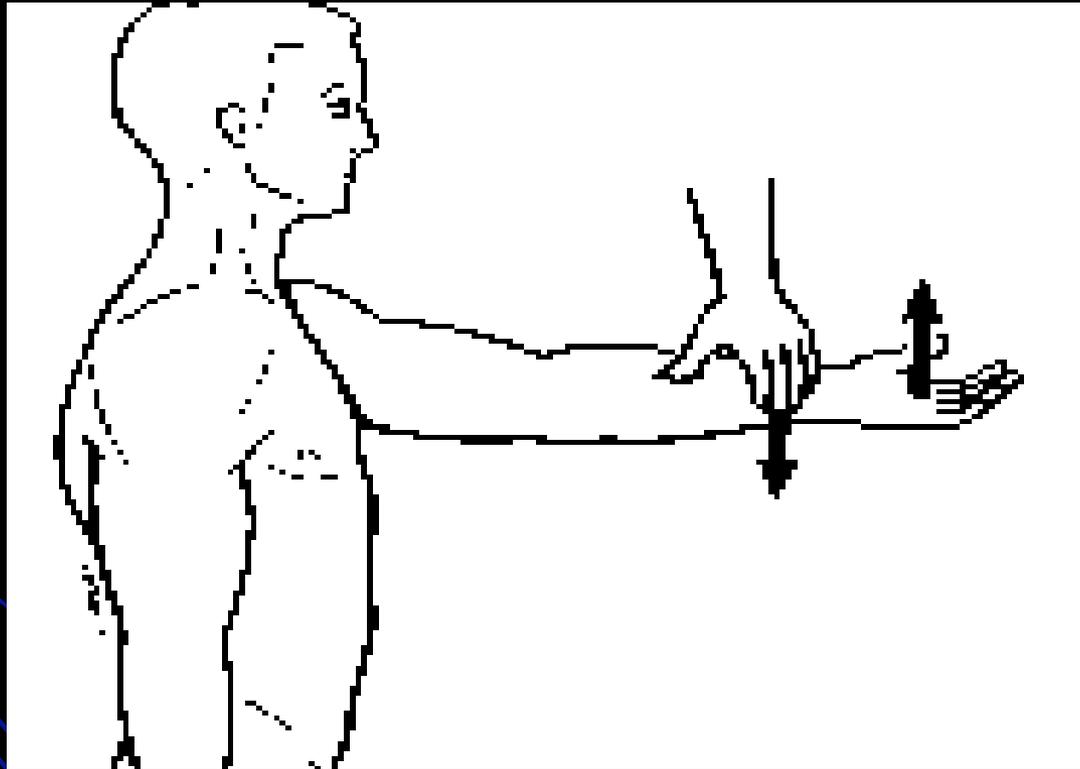
- Recherche de tendinopathie
 - Test de Jobe (sus-épineux)



- Manœuvre de Patte (sous épineux)



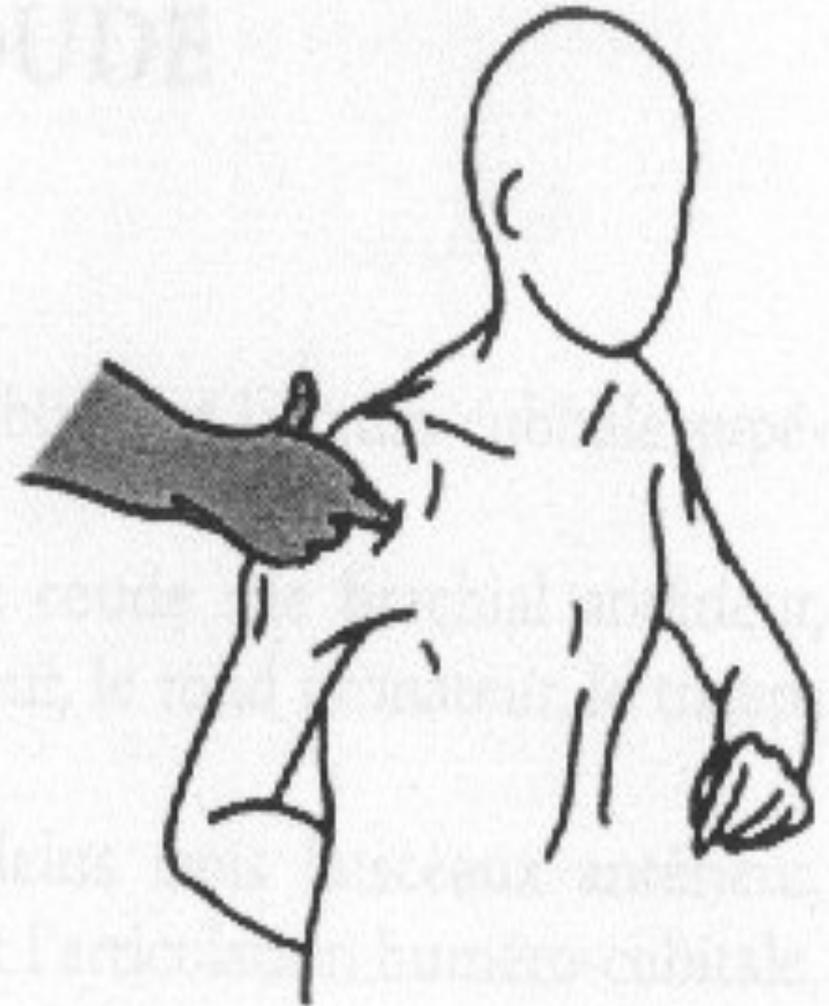
- Palm up test (long biceps)



● 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.

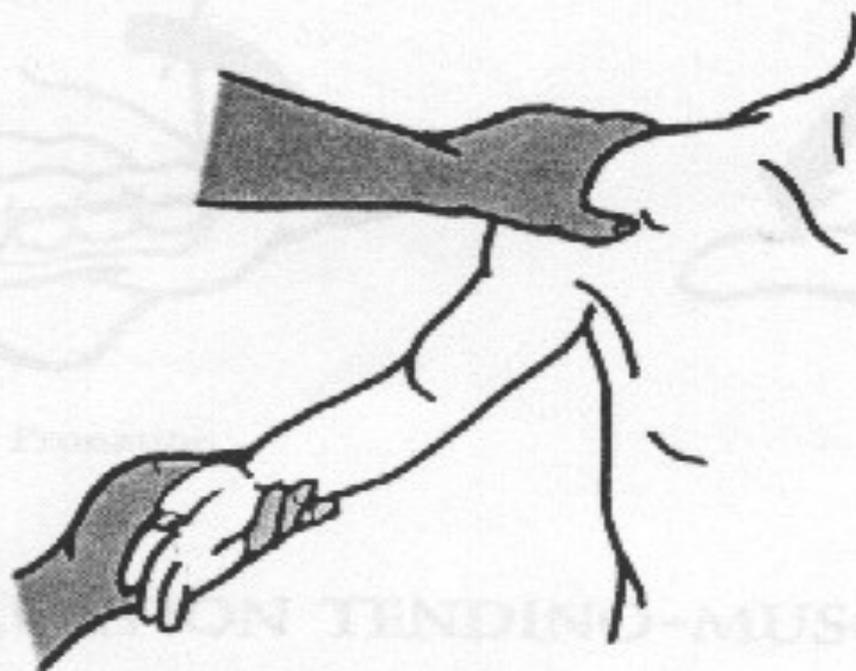




- Palpation du tendon
du sous-épineux (*infraspinatus*)
Le bras est mis en flexion, adduction et
rotation externe. Le tendon se palpe
sous l'épine de l'omoplate vers sa jonc-
tion avec l'acromion.

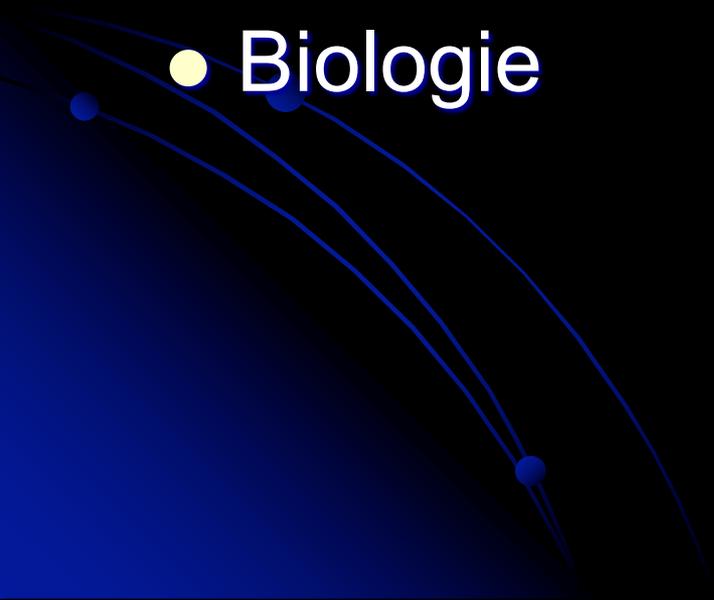
- Palpation du tendon du sous-scapulaire (*subscapularis*)

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).

- 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

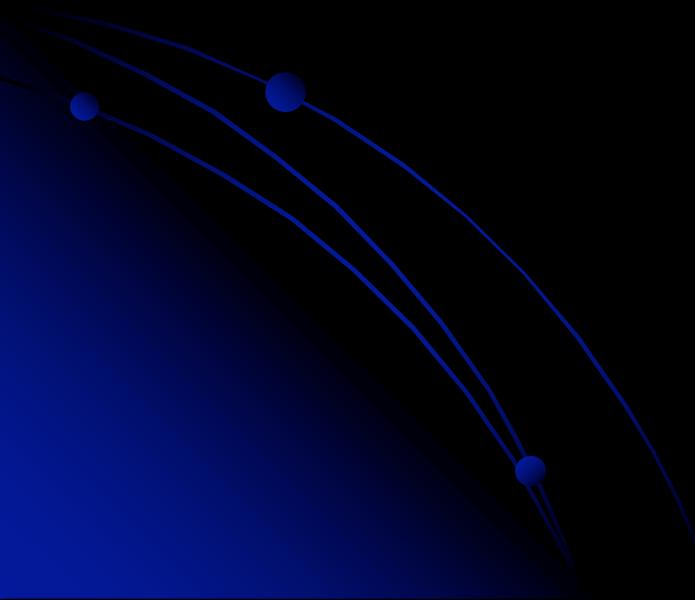
4-Épaule raide

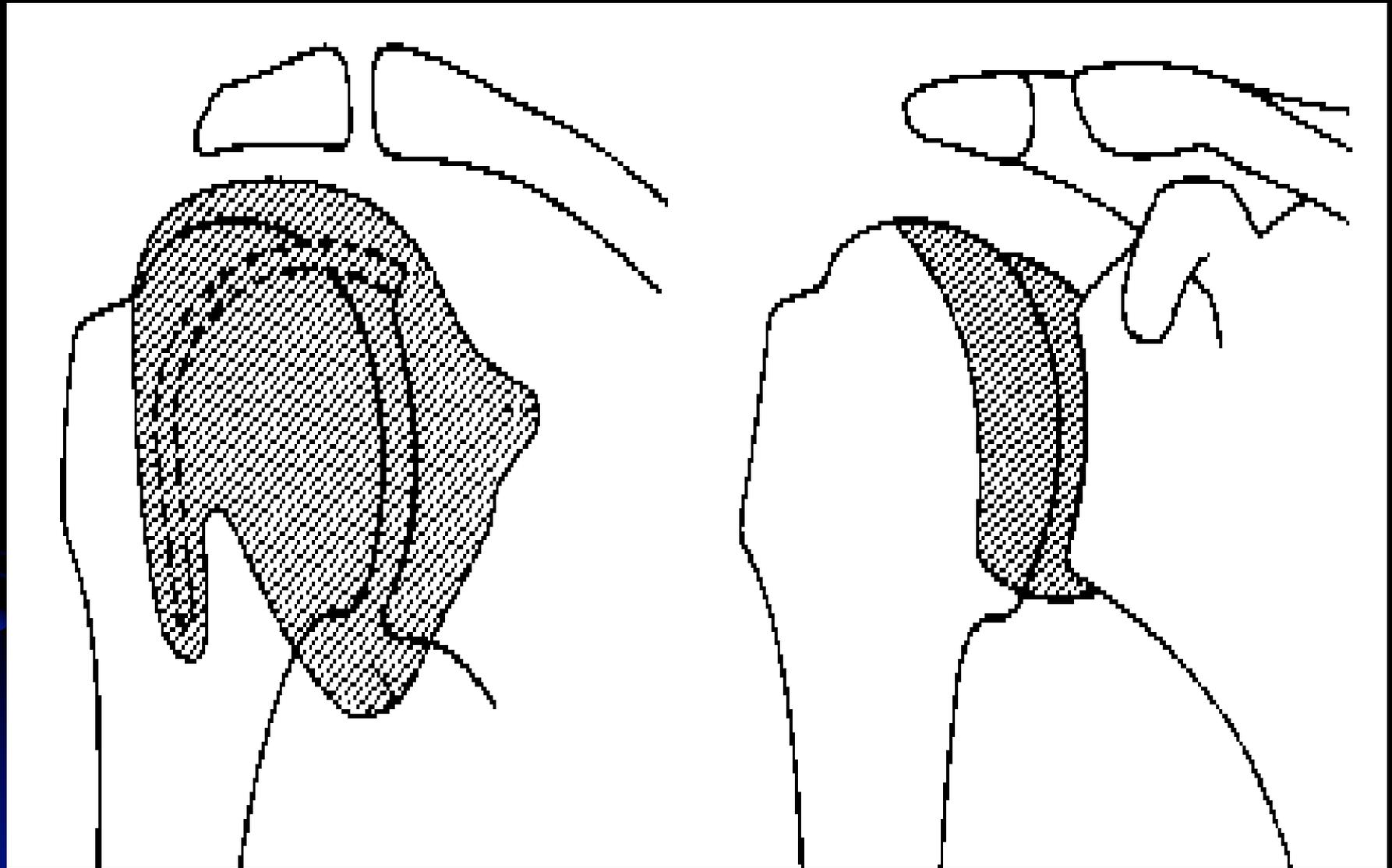
- **L'épaule bloquée:**

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**