

DOCTEUR SYLVAIN **ELISÉ**



PRISE DE RENDEZ-VOUS **ÉPAULE**

 LIGNE DIRECTE : **07 8282 0135**

 E-MAIL : **RDVepaule@gmail.com**

HOPITAL PRIVÉ DE BOIS BERNARD

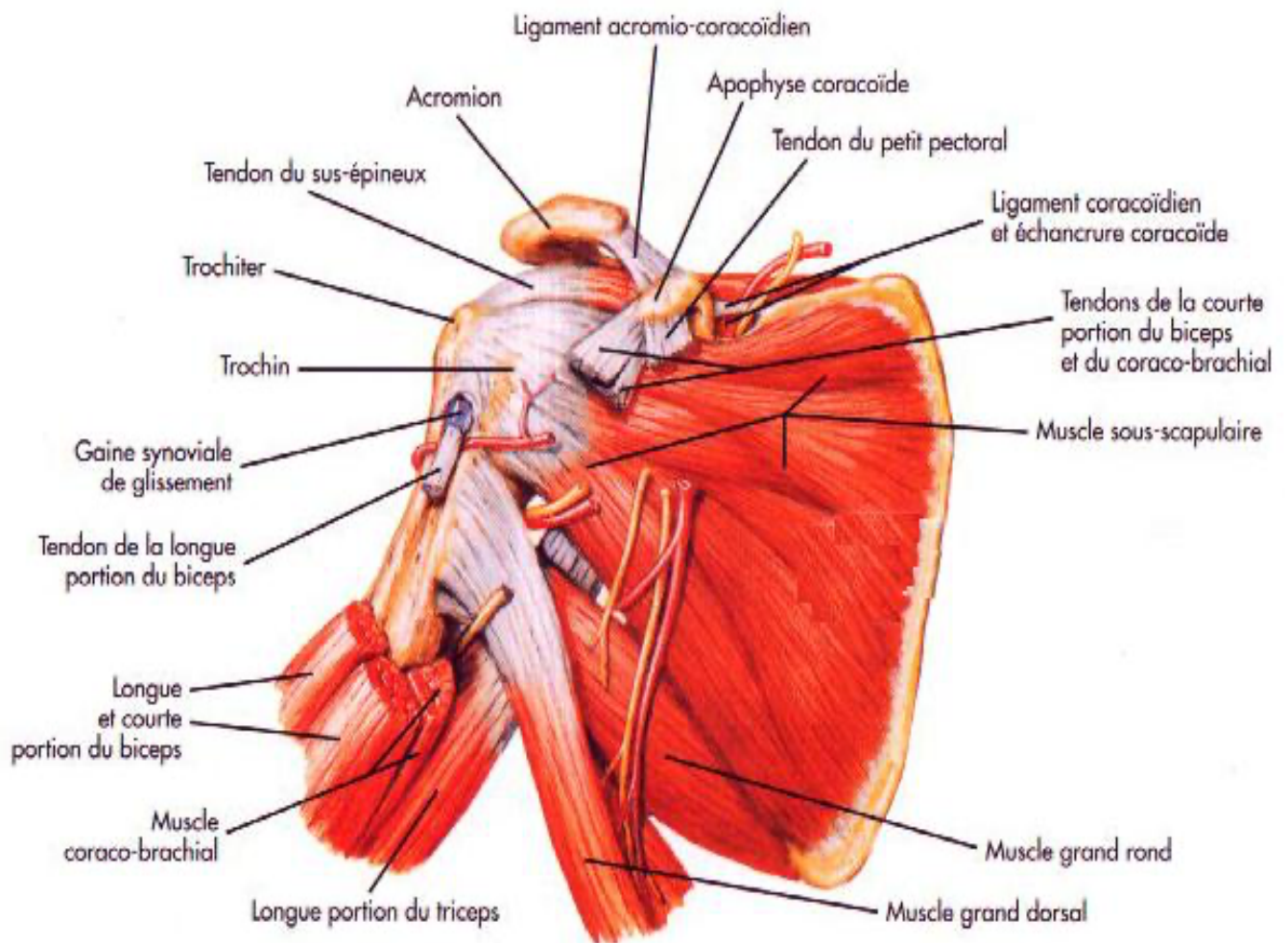
CONSULTATIONS SUR RENDEZ-VOUS -  : 03 21 79 26 36
ROUTE DE NEUVIREUIL - 62320 BOIS BERNARD



L'examen clinique de l'Épaule

Dr. ELISE Sylvain

Un petit rappel Anatomique



Hôpital Privé de Bois Bernard

Consultation sur rendez-vous : 03 21 79 26 56 Secrétariat : 03 21 79 26 36

Urgences : 03 21 79 24 24

Route de Neuvireuil 62320 BOIS-BERNARD

Membre d'une association agréée - Le règlement des honoraires par chèque est accepté



PRISE DE RENDEZ-VOUS **ÉPAULE**

LIGNE DIRECTE **07 8282 0135**

MAIL RDVepaule@gmail.com

WEB WWW.EPAULE.NET

L'Examen clinique de l'Épaule

L'Examen de l'épaule douloureuse

Comme toute articulation, l'épaule doit être explorée à l'aide d'un examen clinique systématique. Cet examen fait bien entendu suite à un interrogatoire au cours duquel seront relevés les antécédents médicaux, les circonstances de survenue, la durée d'évolution, le siège et le caractère des douleurs. Le terrain sur lequel survient la pathologie de l'épaule est particulièrement important. Chez les sujets jeunes de moins de 25 ans, on pensera en premier lieu à une pathologie d'instabilité, chez les sujets d'âge moyen, de sexe féminin, ce sont les capsulites et les calcifications de l'épaule qui seront particulièrement envisagées. Chez les sujets de plus de 50 ans, c'est la pathologie de la coiffe qui sera de très loin au premier rang.

I. L'INSPECTION

1. Attitude du patient

On recherche une asymétrie des épaules qui peut, d'emblée, faire évoquer une pathologie neurologique. Les douleurs suraiguës de l'épaule entraînent volontiers une attitude particulière, dite des traumatisés du membre supérieur, le bras opposé soutenant le bras atteint en position d'abduction, le bras reposant sur l'abdomen. En dehors d'un contexte traumatique, cette attitude doit faire évoquer une crise hyperalgique par rupture d'une calcification tendineuse dans la bourse sous-acromiale.

2. Les modifications musculaires

On recherche particulièrement une atrophie des muscles sus- et sous-épineux, en comparant au côté opposé. Les atrophies mineures peuvent être détectées en examinant les muscles à jour frisant. L'atrophie des masses sus- et/ou sous-épineuses peut traduire une rupture massive de la coiffe des rotateurs chez le sujet d'âge avancé ; elle peut traduire une pathologie neurologique par atteinte du nerf sus-scapulaire chez les sportifs plus jeunes. Dans ce cas l'amyotrophie d'une ou des deux fosses permet de préciser le siège de la compression du nerf sus-scapulaire.

3. Les déformations

L'articulation acromio-claviculaire peut être le siège d'une saillie vers le haut pouvant traduire une disjonction. La tuméfaction de l'articulation peut traduire une arthropathie. La saillie de la scapula qui se décolle du grill costal peut traduire une paralysie du nerf grand dentelé. Lorsque celle-ci n'apparaît pas clairement et qu'elle est suspectée, des mouvements de "pompe" contre un mur peuvent démasquer ce décollement. La déformation du relief musculaire du biceps brachial peut traduire la rupture spontanée de son chef long. Cette déformation apparaît particulièrement lorsque l'on fait contracter ce biceps par une



manoeuvre de flexion du coude contrariée. Une chute du moignon de l'épaule ou une atrophie unilatérale du deltoïde doit faire évoquer une atteinte neurologique.

4. Le gonflement

L'épanchement de l'épaule et/ou de la bourse sous-acromio-deltoïdienne entraîne une augmentation de volume de l'épaule. Cette déformation apparaît particulièrement en avant en raison de l'extension antérieure de cette bourse. Cet épanchement est particulièrement fréquent dans les ruptures massives de la coiffe des rotateurs. L'épanchement peut être citrin, ou hémorragique (épaule sénile hémorragique). La ponction à la partie antérieure de l'articulation peut permettre d'affirmer la nature de cet épanchement.

5. Les modifications de coloration

Une coloration rougeâtre de l'épaule fait évoquer un processus inflammatoire ou infectieux. Un hématome de la région antérieure de l'épaule débordant souvent sur le thorax fait évoquer une rupture récente du chef long du muscle biceps.

II. LA PALPATION

La palpation doit intéresser les articulations sternoclaviculaires, acromio-claviculaires, à la recherche d'une douleur. La palpation de la région antérieure de l'épaule, et particulièrement de la région coracoïdienne, est de peu d'intérêt : cette zone est spontanément douloureuse chez le sujet normal. Une douleur de cette région est par ailleurs très peu spécifique, car toutes les causes d'inflammation de la bourse sous-acromiale, très étendue en avant, entraînent une douleur à la palpation de cette région. La palpation de l'articulation acromio-claviculaire recherche une douleur, mais également une mobilité anormale en "touche de piano" faisant évoquer une disjonction.

La palpation des différentes insertions tendineuses de la coiffe des rotateurs sur la tête humérale peut être réalisée par certaines manoeuvres : le supra-épineux est palpé à la face antérieure de l'acromion, le bras étant placé en rotation interne, le bras dans le dos ; l'infra-épineux peut être palpé à la face postérieure de l'acromion, après avoir placé le bras en adduction-rotation externe, de façon à dégager l'insertion de la voûte acromiale. Ces palpations, très utilisées par les kinésithérapeutes pour des massages transverses profonds, sont en fait de peu de valeur diagnostique.

La palpation du tendon du chef long du biceps à la partie antérieure de l'épaule est pratiquement impossible à l'exception des sujets particulièrement maigres. Il convient de se rappeler que le tendon est en position parfaitement antérieure lorsque le bras est placé à 10° de rotation interne. Lorsque l'on croit palper le tendon du biceps, c'est en général le bord antérieur du deltoïde que l'on palpe en réalité.

La palpation des muscles para-vertébraux recherche des zones contracturées. Il convient de noter que toutes les pathologies de l'épaule qui entraînent un dysfonctionnement de l'articulation scapulo-thoracique (sonnette externe de l'omoplate en



particulier) entraînent des douleurs et à des contractures des muscles para-vertébraux et des muscles trapèzes, expliquant l'irradiation fréquente des douleurs au rachis cervical.

La palpation recherchera enfin une élasticité anormale de la peau pouvant être intéressante dans le cadre des instabilités multidirectionnelles de l'épaule.

III. LES AMPLITUDES ARTICULAIRES

L'examen de la mobilité de l'épaule s'intéresse non seulement aux amplitudes articulaires, mais aussi à un éventuel dysfonctionnement au cours du mouvement. Il est également capital de savoir si les réductions éventuelles d'amplitude sont ou non liées à la douleur. Le patient doit être examiné en position debout et en position couchée sur le dos. Les mouvements d'abduction et de rotation interne sont mieux examinés en position debout, alors que les rotations externes et l'élévation passive de l'épaule sont mieux examinées en position couchée. Les mouvements qui doivent être recherchés sont l'élévation antérieure en flexion, l'abduction dans l'axe de l'omoplate (environ 20°C d'antépulsion), la rotation externe mesurée dans trois positions :

1. bras le long du corps, coude fléchi à 90°C (RE1)
2. bras en abduction à 90°C, coude fléchi à 90°C (RE2)
3. bras en élévation antérieure à 90°C, coude fléchi à 90°C (RE3).

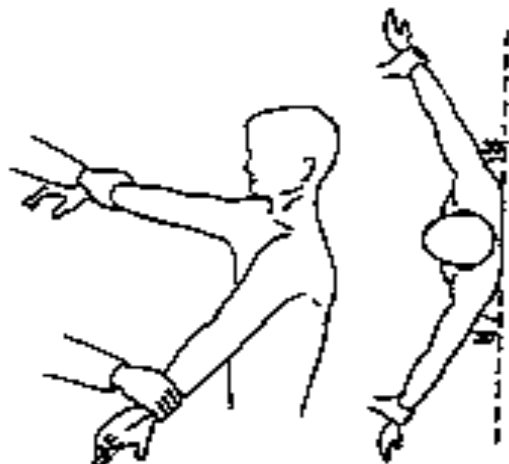
La rotation interne est mesurée en portant le bras dans le dos ; le niveau atteint : fesses, sacrum, niveau vertébral est mentionné. Toutes ces mesures doivent être bilatérales et comparatives. Une limitation articulaire particulière est réalisée dans la capsulite rétractile de l'épaule : dans ce cas tous les mouvements sont atteints, la perte d'amplitude (mesurée au goniomètre) étant plus importante pour la flexion et la rotation externe que pour l'abduction et la rotation interne ; l'examineur ressent d'autre part une sensation très caractéristique de butée élastique en fin d'amplitude.

IV. LA MESURE DE LA FORCE MUSCULAIRE

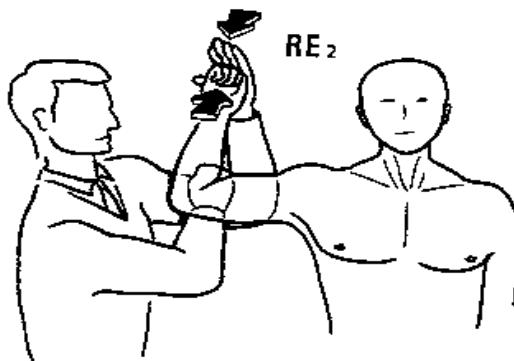
A l'épaule, la difficulté du testing musculaire provient du fait que chaque mouvement teste, en réalité, un grand nombre de structures, et qu'il est difficile de tester spécifiquement un muscle donné. La flexion antérieure contre résistance teste à la fois la partie antérieure du muscle deltoïde, une partie du grand pectoral, le coraco-biceps, le chef long du biceps. L'abduction contre résistance teste la partie moyenne du deltoïde, le supra-épineux, le chef long du biceps. La mise en rotation interne de l'avant-bras permet de tester plus spécifiquement le supra-épineux (manoeuvre de Jobe). Cette manoeuvre est réalisée les bras à 90° d'abduction 30° de flexion antérieure (plan de la scapula) les pouces dirigés vers le bas afin de réaliser une rotation médiane. L'examineur, devant le patient tente de lui baisser les bras contre résistance. Ce test peut être réalisé de façon chiffrée à l'aide d'un dynamomètre appliqué autour du poignet du patient. Cette mesure objective est indispensable au remplissage des fiches recommandées par les différentes sociétés savantes s'intéressant à l'épaule. La rotation externe contre résistance teste essentiellement l'infra-épineux et le teres minor (petit rond). La partie postérieure du deltoïde ne joue qu'un rôle accessoire.



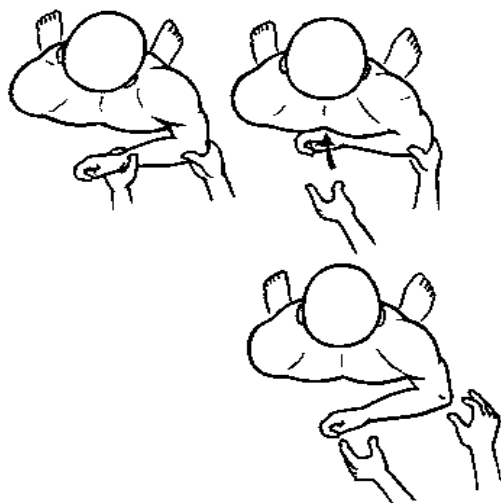
La rotation interne contre résistance est réalisée par la manoeuvre de Gerber. Celle-ci consiste à placer la main dans le dos à hauteur de la charnière lombaire ; l'examineur décolle la main de 10 cm, maintient la flexion du coude, et demande au patient de conserver cette position. Le test est positif si la main du patient vient passivement frapper son dos comme un ressort. La positivité de ce test affirmerait la rupture du sub-scapulaire.



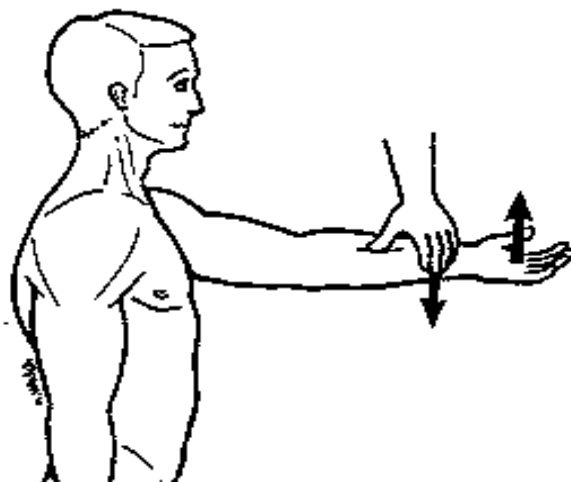
JOBE



PATTE



GERBER



PALM UP TEST



V. LES MANOEUVRES SPECIFIQUES

1. Les signes classiques

- *La recherche d'un tiroir :*

Cette manoeuvre est réalisée en empaumant d'une main la face supérieure de l'épaule de façon à stabiliser la scapula, l'autre main imprime entre pouce et index des mouvements antéro-postérieurs qui seront comparés au côté opposé. Il convient de s'assurer que l'épaule n'est pas spontanément en position anormale dans la glène, ce qui peut se voir dans les instabilités multidirectionnelles. Il ne faudrait pas prendre pour un tiroir postérieur la simple remise en place en position neutre d'une épaule spontanément sub-luxée en avant (on retrouve là un problème identique aux sub-luxations postérieures du genou par rupture du croisé postérieur qui peut être confondue avec un tiroir antérieur).

- *Le sulcus test :*

La manoeuvre consiste à empaumer le coude du patient, et à réaliser une traction dans l'axe du membre supérieur : l'apparition d'un coup de hache à la face externe du deltoïde, juste en dessous du rebord acromial traduit une sub-luxation inférieure de la tête humérale, traduisant une laxité inférieure anormale.

- *Le test d'appréhension :*

Ce test peut être réalisé sur le patient en position debout ou assise. Il consiste à placer le bras en abduction à 90°, rotation externe. L'examineur applique, avec son pouce, une force dirigée en avant, pendant que ses autres doigts sont placés à la partie antérieure de l'articulation de façon à détecter un ressaut éventuel. Cette manoeuvre est positive si le patient esquive la pression postérieure, et s'il craint la reproduction des phénomènes de subluxation qu'il connaît. En revanche la seule présence d'une douleur à la palpation n'a pas de valeur.

- *Le test de repositionnement :*

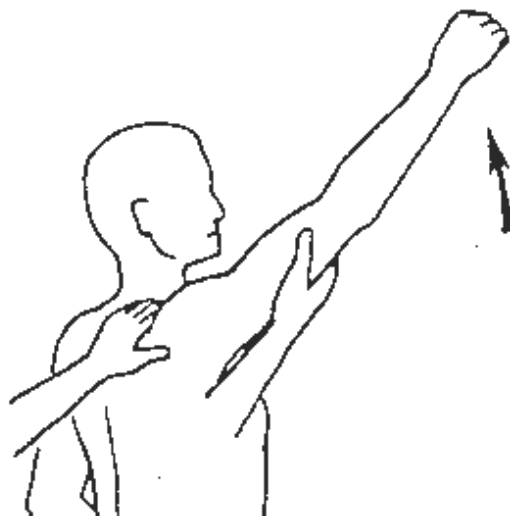
Le patient est placé en position de décubitus dorsal, sur la table d'examen, l'épaule étant placée sur le bord latéral de la table qui fait levier. Le bras est alors positionné en abduction à 90° et en rotation externe. A un certain degré de rotation externe, la sensation d'appréhension apparaît, l'appui sur le rebord de la table étant identique à la pression postérieure utilisée dans le signe d'appréhension. L'examineur appuie alors sur le bras du patient, ce qui a pour effet de refouler en arrière la tête humérale et à supprimer la sensation d'appréhension.

- *Les tests de conflit :*

1. **Le signe d'impingement** a été popularisé par Neer et Welsch. L'examineur se place derrière le patient. La rotation de la scapula est prévenue par une main tandis que l'autre élève passivement le bras du patient en flexion antérieure et abduction. Le signe est positif si une douleur apparaît. Ce signe, qui vise à comprimer la partie antérieure de la coiffe contre



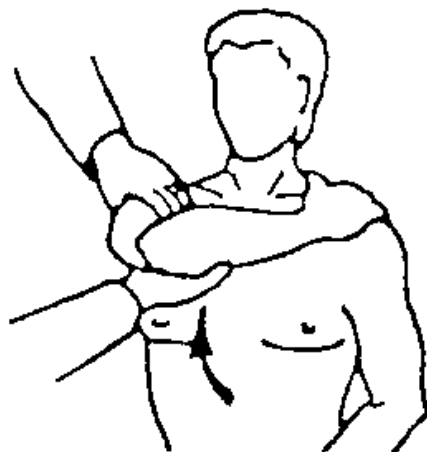
l'acromion, est positif dans la pathologie de la coiffe. Le test d'impingement consiste à injecter 10 ml de Xylocaïne à 1 p. cent dans la bourse sous-acromiale. La disparition de la douleur en renouvelant la manoeuvre d'impingement confirme l'origine sous-acromiale de la pathologie.



TEST DE NEER

2. **La recherche d'un arc douloureux :** Ce test consiste à rechercher une douleur dans l'abduction dans le plan coronal. Cette douleur apparaît plus volontiers à la descente du bras qu'à son élévation. Elle peut être améliorée par l'application d'une légère contre résistance au cours de la manoeuvre.

3. **Le test de Yocum :** Le patient place sa main sur l'épaule opposée et réalise une élévation du coude sans lever son épaule. Cette manoeuvre peut également être sensibilisée par l'application d'une légère force contre résistance. La survenue d'une douleur lors de cette manoeuvre est un signe de lésion de l'espace sous-acromial. Dans certains cas, les patients sont incapables de placer leur main sur l'épaule opposée, ce qui traduit habituellement une bursite sous-acromiale intense. Il faudra se méfier de la confusion possible avec une pathologie acromio-claviculaire reproduite par une abduction horizontale forcée.

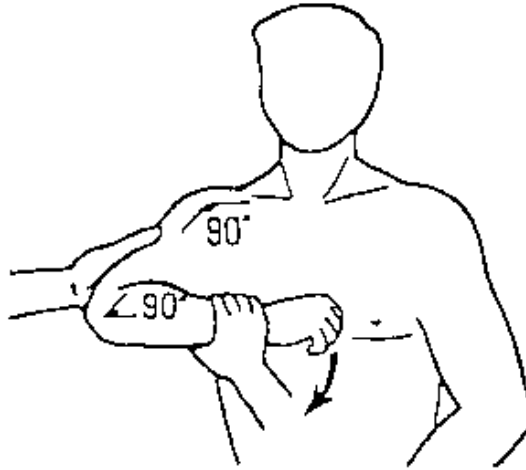


YOCUM



4. **La manoeuvre de Hawkins** : Le membre supérieur est placé en position de RE3 : élévation antérieure du bras, flexion du coude à 90°. L'examineur applique alors une rotation médiale (interne) en abaissant l'avant-bras ce qui déclenche une douleur en cas de conflit sous-acromial.

HAWKINS



2. Les manoeuvres testant le chef long du biceps

Le test de Yergason

Le coude est fléchi à 90°, l'avant-bras en pronation, l'examineur résiste au patient qui réalise une supination contre résistance. L'apparition d'une douleur dans la région de la gouttière bicipitale évoque une pathologie du long biceps.

Le palm-up test de Gilchreest

Le coude étant étendu et l'avant-bras en supination, l'examineur résiste à une élévation antérieure du bras à environ 60° d'élévation. Le test est positif si une douleur (et non un déficit) apparaît dans la région de la région bicipitale.

Le test de Ludington

Les deux mains sont placées sur la tête, les doigts étant entrecroisés, le patient réalise des manoeuvres de contraction-décontraction du biceps. Le test est positif si une douleur apparaît au cours de cette manoeuvre. La déformation du muscle traduit évidemment sa rupture.

3. Les tests par injection anesthésique

Nous avons déjà mentionné le test de Neer. Lorsque le diagnostic est difficile, entre une pathologie gléno-humérale et une pathologie de l'espace sous-acromial, l'injection gléno-humérale de Xylocaïne peut être un élément de valeur. L'injection test de l'articulation acromio-claviculaire peut également être de grand intérêt. En cas de difficulté, ces injections sont réalisées au mieux sous contrôle radiographique par injection d'une petite quantité de produit de contraste.



Il faut enfin mentionner les manœuvres utiles en cas d'épaule cliniquement enraidie : il est parfois difficile d'infirmier l'origine de cet enraidissement, et en particulier de savoir s'il s'agit d'un enraidissement purement antalgique. L'injection d'anesthésique dans l'espace sous-acromial est particulièrement utile. La réapparition d'amplitudes normales affirme le caractère purement antalgique de l'enraidissement.

Dans des cas de diagnostic particulièrement difficile entre rétraction capsulaire et enraidissement antalgique, la réalisation par un anesthésiste d'un bloc inter-scalénique permet le diagnostic différentiel par la disparition immédiate d'un enraidissement antalgique.

VI. LA FIABILITE DES MANOEUVRES

Plusieurs travaux de la littérature Française ont recherché la fiabilité de certaines manoeuvres diagnostiques. Leurs conclusions sont assez divergentes. Leroux et coll. ont en particulier étudié la sensibilité des manoeuvres de Neer, Hawkins, Yocum en examinant 55 patients en pré-arthroscopie pour syndrome du défilé sous-acromial. Cette sensibilité est bonne (78 à 89 %) . Dans les cas où le signe de Neer est négatif l'un des autres signes est positif. Les auteurs ont d'autre part testé la sensibilité et la spécificité des tests topographiques (Jobe, Patte). Les tests de Jobe et de Patte paraissent sensibles (respectivement 86 et 92%) mais peu spécifiques (50 à 30%) ; pour ces deux tests le degré d'impotence est peu corrélé avec la taille de la brèche (coefficients de corrélation 0,45 et 0,53). Ces résultats sont assez différents de ceux de Walch qui estime à 90% la fiabilité de la manoeuvre de Jobe dans les perforations complètes, en reconnaissant la fréquence des faux négatifs dans les perforations partielles et à 79 et 67% les sensibilités et spécificité de la manoeuvre de Patte. Leroux et Coll. pensent que les sujets très algiques sont incapable de résister à l'examineur du fait de la douleur et non du déficit tendineux. Favard et Coll. retrouvent une bonne sensibilité des manoeuvres de Jobe et de la rotation externe contre résistance bras au corps. Pour Gerber , les sensibilité et spécificité du qui porte son nom sont de 100% si le tendon du sub-scapulaire présente une rupture complète. Le test devient peu fiable en cas de rupture partielle du tendon . Le test de Gilchreest ("palm-up test") aurait selon Walch une bonne sensibilité (87%) et une faible spécificité (47%). Pour Leroux et Coll. ce test n'est ni sensible ni spécifique.

CONCLUSION

L'examen clinique de l'épaule permet, dans l'immense majorité des cas, un diagnostic lésionnel précis. L'âge, le sexe, l'activité des patients sont des éléments d'orientation essentiels. Il est parfois difficile, devant des douleurs isolées de la racine du membre supérieur, de différencier une atteinte de l'épaule, d'une névralgie cervico-brachiale. Dans ce cas, c'est l'examen clinique systématique de l'épaule (et non du rachis) qui permet le diagnostic : la présence de signes spécifiques étant un élément de grande valeur pour infirmer l'origine scapulaire des troubles.



L'Examen de l'épaule instable

En cas de luxation récidivante typique et documentée (radiographies en position luxée), le problème est relativement simple, le seul piège est de méconnaître une hyperlaxité associée. Le développement de la pratique sportive intense amène à voir en consultation de nombreux cas où la gêne est moins bien caractérisée. C'est là surtout que l'examen systématique va être indispensable.

L'interrogatoire

Le traumatisme inaugural est souvent spontanément rapporté par le patient. Il devra toujours être recherché soigneusement. Parfois le premier épisode de luxation semblait d'origine non traumatique mais l'interrogatoire peut retrouver dans les antécédents un traumatisme d'épaule relativement important qu'il faudra savoir prendre en compte. Il existe en effet des situations où un traumatisme peut créer l'essentiel des lésions nécessaires à la luxation sans que cette dernière ne survienne. Dans d'autres cas la notion de pratique intensive de sports avec des mouvements d'abduction et rotation externe forcée est utile à rechercher.

Inversement, l'existence d'un traumatisme inaugural ne dispense pas de rechercher les signes d'hyperlaxité multidirectionnelle éventuellement associés. Le type de traumatisme est souvent difficile à caractériser avec précision. La seule notion importante est celle de traumatisme direct sur le moignon de l'épaule (d'arrière en avant) ou de traumatisme indirect (sur le coude où l'avant-bras) qui est de loin le plus fréquent. Nous voyons que l'analyse de ce premier paramètre est donc loin d'être dénuée d'ambiguïté. La description des accidents d'instabilité est importante. Le nombre d'épisodes d'instabilité et la facilité de survenue devront être analysés. De nombreux épisodes d'instabilité survenant pour un traumatisme minime plaideront évidemment en faveur d'une intervention. Mais il est clair qu'une première récurrence de luxation survenue chez un plongeur sous-marin pourra également faire discuter l'intervention compte tenu du risque spécifique encouru...

L'examen physique

L'examen physique va se dérouler en trois étapes et il faut bien différencier trois grandes catégories de signes cliniques : les signes d'appréhension correspondent à des manœuvres dynamiques dont l'objectif est de démasquer l'instabilité, les signes de laxité sur l'analyse desquels nous reviendrons et, enfin, les éléments en faveur d'une hyperlaxité multidirectionnelle associée.

Hôpital Privé de Bois Bernard

Consultation sur rendez-vous : 03 21 79 26 56 Secrétariat : 03 21 79 26 36

Urgences : 03 21 79 24 24

Route de Neuvilleuil 62320 BOIS-BERNARD

Membre d'une association agréée - Le règlement des honoraires par chèque est accepté



PRISE DE RENDEZ-VOUS **ÉPAULE**
LIGNE DIRECTE **07 8282 0135**
MAIL **RDVepaule@gmail.com**
WEB **WWW.EPAULE.NET**

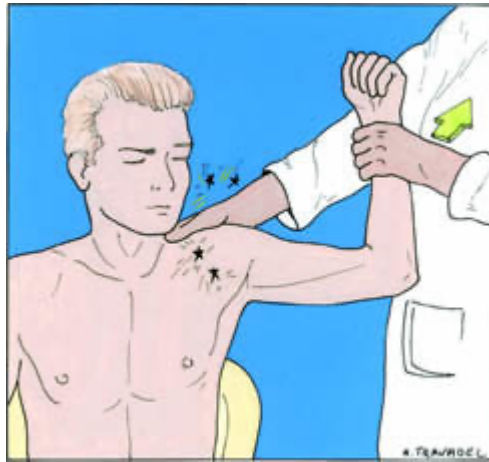


Fig 5 du bras. Il vise à mettre l'épaule dans la position d'instabilité maximum, c'est à dire en abduction et rotation externe forcée. Le test est positif lorsque le patient décrit une douleur et une sensation d'insécurité.

Les manœuvres d'appréhension :

Leur objectif commun est de mettre la tête humérale en situation d'instabilité imminente ce qui déclenche chez le patient une vive appréhension et la reconnaissance de la gêne fonctionnelle spontanée.

Le test de l'armer du bras

Il vise à reproduire la situation d'instabilité, c'est le test le plus classique. Il consiste à provoquer une abduction associée à une rotation externe maximum qui déclenche dans certains cas la sensation d'appréhension (Fig 5). C'est le test le plus fréquemment utilisé. Sa présence est très spécifique d'une instabilité. Le fait que ce test soit négatif ne permet pas d'éliminer l'hypothèse d'une instabilité d'épaule. Ce test peut se pratiquer indifféremment debout ou assis.

Le relocation test

Il s'agit d'une variante plus sensible du test précédent. Il se pratique sur un patient en décubitus dorsal. Dans un premier temps on pratique le test conventionnel de l'armer en poussant la tête humérale vers l'avant ce qui déclenche l'appréhension. Dans un deuxième temps on pratique ce test en appuyant sur la face antérieure de la tête humérale. Cet appui direct sur la tête va prévenir la subluxation antérieure de la tête et entraîner la négation du test (fig 6a, 6b).

Le test d'appréhension inférieure

Il a été décrit initialement par Feagin et précisé secondairement par Itoi ⁽¹⁶⁾ qui a proposé de l'appeler ABIS (Abduction inferior stability). Sur un membre supérieur tenu en abduction, l'avant bras du patient repose sur l'épaule de l'examineur qui exerce une pression dirigée vers le bas au niveau du col de humérus. La présence d'une instabilité



d'épaule provoque une descente de la tête avec apparition d'un sillon avec, parfois, une sensation d'appréhension (fig 7).

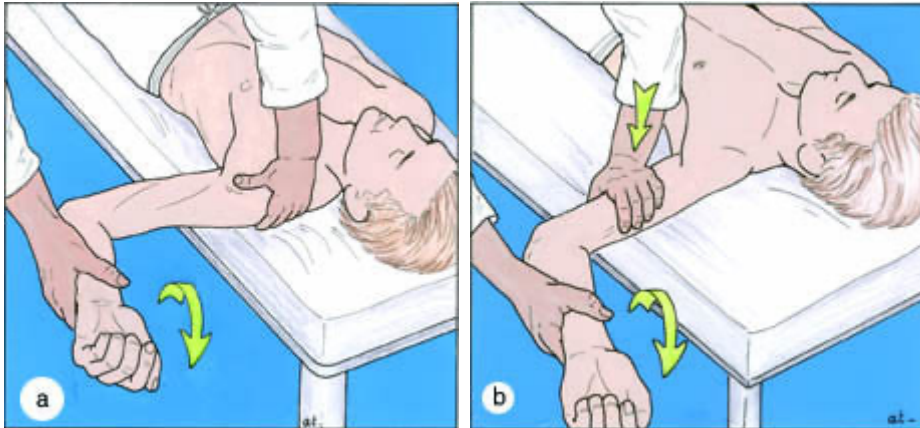


Fig 6 : Relocation test, Il se pratique en position couchée.

a : La pression d'arrière en avant sur la tête sensibilise le déclenchement de l'insécurité, à l'inverse
b : la pression d'avant en arrière sur la tête empêche cette dernière de se subluser en avant et prévient la survenue de la douleur.

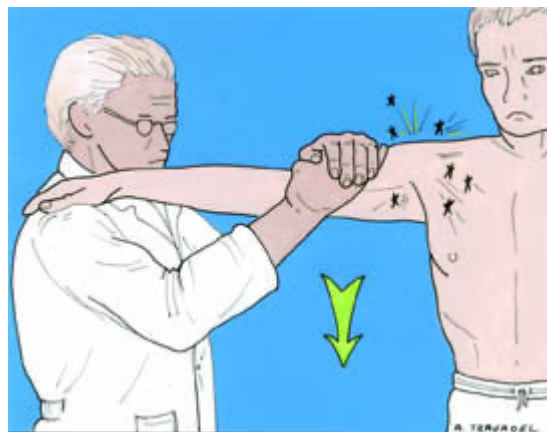


Fig 7 : Abduction Inferior Stability (ABIS) Test

Le bras est en abduction, l'avant bras posé sur l'épaule de l'examineur, une pression progressive sur le bras pousse la tête humérale vers le bas. Le test est positif s'il existe une migration de la tête vers la bas ou une sensation d'appréhension.

Les tests de laxité globale :

Ces tests ont pour objectif de mettre en évidence des mouvements anormaux de la tête humérale. Dans la mesure où aucun ligament articulaire n'est tendu dans la position où s'effectuent ces tests ils ne doivent pas être interprétés comme des tests de laxité ligamentaire. Ils fournissent des informations globales difficiles à interpréter à propos de la laxité articulaire qui prennent en compte non seulement la laxité de l'ensemble de l'appareil capsulo-ligamentaire mais aussi le contrôle du tonus musculaire. Ils doivent être interprétés comme des test d'hyperlaxité.



Le sulcus test

Sur un patient bien détendu, le test consiste attirer doucement le membre inférieur vers le bas (fig 8). Le test est positif lorsque la traction provoque une descente de la tête humérale qui est objectivée par l'apparition d'un sillon en dessous du bord externe de l'acromion ⁽²⁰⁾. Il est possible de quantifier l'importance du déplacement inférieur de la tête humérale.

Les tests de tiroir

Il faut là encore que le patient soit bien détendu. On lui demande de se pencher légèrement en avant et de laisser pendre les deux membres supérieurs. Une main de l'examineur maintient la ceinture scapulaire, l'autre saisit la tête humérale et essaye de provoquer un tiroir antérieur puis postérieur à la recherche d'une translation anormale de la tête humérale (Fig 9). Ce test peut également se rechercher sur un patient assis ou encore allongé sur le dos.



Fig 8 : Sulcus test



Fig 9 : Test du tiroir

Chez un patient détendu et penché légèrement en avant, l'examineur tire doucement le membre inférieur vers le bas. Le test est positif si la tête humérale descend en glissement antérieur ou postérieur. Ce test laissant apparaître un sillon sous le bord externe de l'acromion, il indique une hyperlaxité globale (n'est pas spécifique d'un ligament donné) et peut mesurer l'importance du sillon. Ce test a une valeur indicative en faveur d'une hyperlaxité.

Un test de laxité spécifique est-il envisageable ?

Dans la mesure où il existe une valeur constante de l'abduction passive et que l'amplitude de ce mouvement est contrôlée par le LGHI, nous avons fait l'hypothèse qu'une laxité du LGHI devait s'accompagner d'une augmentation d'amplitude de l'abduction active. Le test d'abduction passive a été pratiqué chez des patients souffrant d'instabilité post-traumatique d'épaule sans signe d'hyperlaxité associée. Dans 85 pour cent des cas l'amplitude



d'abduction passive était au minimum de 105° alors que du côté sain elle était limitée à 90°. Dans quinze pour cent des cas le test provoquait une sensation très vive d'appréhension ce qui rend la mesure de l'abduction passive impossible. Dans ces cas le test a valeur de test d'appréhension et rejoint le test décrit initialement par Feagin et proposé par Itoi⁽¹⁶⁾ sous le nom d'ABIF test. Le test a été pratiqué sous anesthésie générale juste avant l'intervention, dans tous les cas l'abduction passive était de 105° au minimum alors que le côté controlatéral ne montait à plus de 90°.

A condition de pratiquer ce test de manière très stricte dans le plan frontal nous disposons donc d'un moyen d'objectiver l'allongement du ligament gléno huméral inférieur et de mettre en évidence de manière directe la laxité de ce ligament. Ce test d'hyperabduction passive est donc positif si l'amplitude du côté atteint est supérieure à 105° (Fig 10). Il s'agit du premier test permettant l'appréciation directe de la laxité ligamentaire de l'épaule, mais il mérite d'être validé par un travail prospectif mesurant sa spécificité et sa sensibilité.

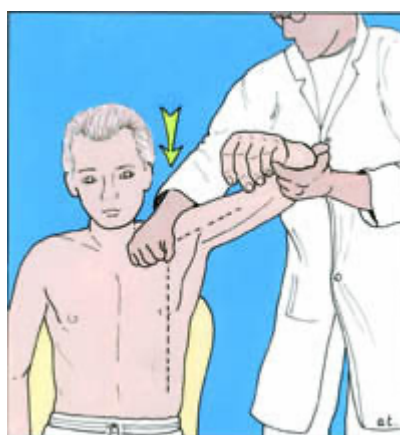


Fig 10 : Test d'hyperabduction positif.
L'asymétrie d'amplitude est évidente entre les deux cotés et établit l'existence d'une laxité du complexe ligamentaire.

La recherche des signes d'hyperlaxité constitutionnelle

L'existence d'une hyperlaxité multidirectionnelle modifie en effet le pronostic du traitement de l'instabilité. L'examen retrouvera au niveau du membre supérieur un test du sillon (sulcus test) supérieur à 2 cm ainsi que des tiroirs antérieur et postérieur très importants. On considère également comme un signe d'hyperlaxité une rotation externe du membre supérieur supérieure à 90°. On recherchera une laxité au niveau des poignets, l'existence d'une hyperextension exagérée au niveau des coudes, un genu recurvatum important ou encore la possibilité de flexion importante du tronc vers l'avant (possibilité de mettre les mains à plat sur le sol). Le test d'hyperabduction passive sera positif des deux côtés. Si de tels signes sont présents, le diagnostic d'instabilité associée à une hyperlaxité multidirectionnelle sera posé. Il faudra rechercher soigneusement des arguments en faveur d'une authentique instabilité multidirectionnelle. L'élément le plus important est l'existence d'épisodes d'instabilité postérieure qui surviennent en élévation antérieure et en rotation interne. L'interrogatoire recherche la notion d'épisode d'instabilité postérieure de l'épaule.



Dans ce contexte qu'il faudra veiller à rechercher la notion d'antécédents de luxation volontaire de l'épaule.

Dans certains cas difficiles, notamment lorsqu'un doute existe sur une authentique instabilité multidirectionnelle, l'arthroscanner peut ne pas être contributif. Une indication d'arthroscopie pourra être discutée à la recherche de critères objectifs de laxité.

Ce Qu'il faut retenir

Diminution des amplitudes PASSIVES RE 1 Dimunée & Rotation int diminuée Abduction diminuée	=	Capsulite rétractile
Epaule douloureuse pure Yocum positif Hawkins positif Jobe positif avec force conservée	=	Conflit sous acromial tendinite de la coiffe Ou rupture non perforante
Epaule douloureuse et impotente Jobe + non maintenu Patte + Palm up +	=	Rupture de la coiffe = touchant le sus-épineux = touchant le sous-épineux = large exposant le biceps
Epaule instable Armer + Sulcus +	=	Instabilité antérieure = Hyperlaxité

