

Tests cliniques de l'épaule

Par Yves Abitteboul¹, Gérard Leroux², Diane Laterre³, Daniel Riviere⁴, Stéphane Oustric¹,
1. Département universitaire de médecine générale de Toulouse. 2. Département de médecine générale Paris 12, Créteil.
3. Faculté de médecine de Toulouse-Rangueil. 4. Service de médecine du sport, hôpital Larrey, Toulouse.

L'épaule douloureuse non traumatique

est fréquente (jusqu'à 4 % des consultations en médecine générale).

Cette forte prévalence est liée à l'extrême mobilité de l'articulation. Rôle également déterminant du vieillissement de ses structures tendineuses comparé à celui du cartilage et de l'os.

Les pathologies péri-articulaires et principalement le conflit sous-acromial sont responsables de douleurs persistantes avec un retentissement notable sur les activités professionnelles, sportives et de loisir. Deuxième cause de maladie professionnelle indemnisée en 2008.

Rappels anatomiques

L'articulation de l'épaule est suspendue, peu congruente, à grande amplitude et donc potentiellement instable.

La mobilité de l'épaule dépend de 4 articulations : gléno-humérale, sterno-claviculaire, acromio-claviculaire, scapulo-thoracique.

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

- supra-épineux (élevateur) (fig. 1) ;
- infra-épineux, petit rond (rotateurs externes) (fig. 1) ;
- sous-scapulaire (rotateur interne) (fig. 2) ;
- long biceps par son tendon intra-articulaire (élévation antérieure) (fig. 2).

Muscles extra-articulaires élévateurs : deltoïde (fig. 3) et trapèze (abducteurs).

Muscles abaisseurs de la tête humérale : grand pectoral, grand dorsal, grand rond.

Le déséquilibre de ce jeu articulaire et musculaire provoque l'ascension de la tête humérale, la perte du rythme scapulo-huméral et du synchronisme musculaire, donc le frottement des tendons contre les structures osseuses sous-acromiales ou ligamentaires acromio-coracoïdiennes, responsable du conflit sous-acromio-claviculaire ou « *impingement syndrome* ».

Examen clinique

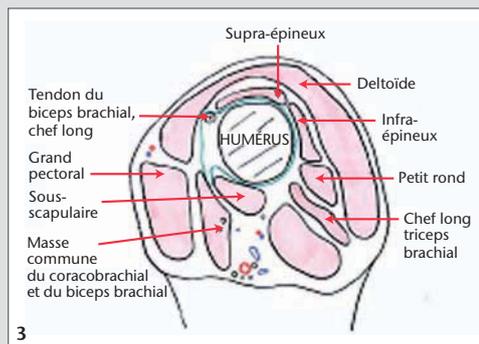
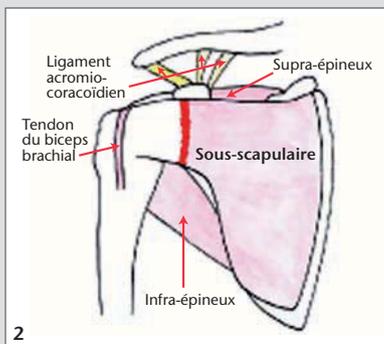
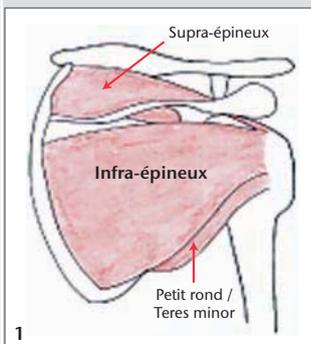
Interrogatoire : précise l'âge du patient, le statut professionnel et sportif, les circonstances d'apparition de la douleur, son irradiation, son caractère diurne ou nocturne, la limitation des amplitudes articulaires, et surtout le degré de gêne fonctionnelle.

Inspection : torse nu, de dos puis de face, avec une attention particulière sur les techniques d'habillage et de déshabillage du patient.

Palpation : soignée, bilatérale et comparative, à la recherche d'une amyotrophie des fosses sus- et sous-épineuse. La recherche de points douloureux, particulièrement des reliefs osseux et ligamentaires, est recommandée uniquement en fin d'examen.

Mesure des amplitudes passives : chez un patient allongé. L'absence de raideur articulaire élimine une rétraction capsulaire.

Mesure des amplitudes actives : chez un patient assis en testant l'élévation antérieure,



la rotation externe et interne puis l'abduction. La souffrance de la coiffe des rotateurs associe le plus souvent des amplitudes passives normales et actives limitées.

La douleur spontanée ou provoquée, l'impotence fonctionnelle partielle ou complète doivent être analysées pour permettre un diagnostic aussi précis que possible : atteinte tendineuse simple ou multiple, lésions de la coiffe, pathologie capsulaire ou du bourrelet. Mais les mécanismes de compensations musculaires infinis et permanents de l'épaule rendent son examen difficile.

Tests musculaires (tableau)

Manœuvre de Jobe : teste le supra-épineux.

Les 2 bras à 90° en abduction, 30° en avant du plan des omoplates, pouces vers le sol, le patient doit résister à la pression exercée sur ses poignets vers le bas (fig. 4).

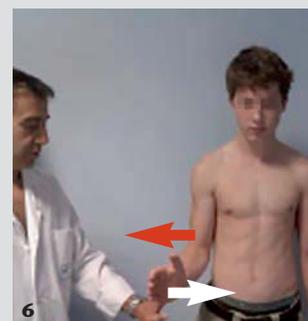
La douleur provoquée signe une atteinte de ce muscle avec une spécificité de 65 à 68 %, une sensibilité de 77 à 95 % et une VPP de 84 %.

Palm test : évalue le tendon du long biceps (fig. 5). L'examineur s'oppose à l'élévation antérieure, en légère abduction à 30°, du bras tendu du patient. Ce test non spécifique signe une atteinte tendineuse s'il provoque une douleur et évoque une rupture du long chef du biceps s'il montre une déformation en boule du biceps.

Manœuvre de Patte : teste l'infra-épineux et le petit rond.

Pour le premier, coude collé au corps et bras fléchi à 90°, le patient résiste à une pression exercée de dehors en dedans, au niveau du poignet (fig. 6). Toute diminution de force à la rotation externe contrariée signe sa rupture, surtout si cette rotation maximale (- 5°), coude au corps, provoque un rappel automatique du bras en rotation interne.

Pour le second, le patient se positionne en rotation externe, à 90° d'abduction dans le sens de l'omoplate. Il résiste à la poussée vers l'avant



et toute diminution de la force musculaire signe son atteinte (fig. 7). Teste environ 20 % de la rotation externe.

Belly-press test ou test de Napoléon : évalue le sous-scapulaire. Coude fléchi à 90°, décollé du thorax, la main appuyant sur l'abdomen, le patient résiste à la tentative de l'examineur de décoller la main du ventre (fig. 8).

Ce test doit être comparatif et mesure la faiblesse musculaire qui se traduit par un recul progressif du coude vers l'abdomen. Toute diminution de force à la rotation interne contrariée signe sa rupture. ●

TABLEAU QUELS TESTS POUR QUELS MUSCLES ?

Tests	Mouvements	Muscles*
Jobe	Abduction	Supra-épineux
Palm test	Élévation	Long biceps
Patte	Rotation externe	Infra-épineux
Patte	Rotation externe	Petit rond
Belly press	Rotation interne	Sous-scapulaire

* Muscles de la coiffe des rotateurs.

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts.