

Examen de l'épaule

ALBAN SADIKU, GABRIELE BRODO

Table des matières

Introduction	02
Contexte	02
Examen clinique	02
1. Inspection	05
2. Palpation	05
3. Mobilité et force	06
4. Tests spécifiques de la coiffe des rotateurs	08
5. Recherche de conflits	10
6. Laxité et instabilité	12
Carte de synthèse	13

PROFILES

Ce document a pour objectif de soutenir l'apprentissage des étudiants en présentant et expliquant les outils nécessaires à la réalisation d'un examen de l'épaule, compétence clinique à acquérir en vue du diplôme fédéral et de l'assistantat, et définie selon les Entrustable Professional Activities (EPA) | PROFILES auquel nous vous référons.

Attention, effectuer un examen exhaustif n'est pas toujours possible en clinique. Selon les informations obtenues du patient, il est attendu de votre part de réaliser les éléments pertinents de l'examen.

INTRODUCTION

Les maladies musculo-squelettiques peuvent atteindre les différentes structures osseuses, musculaires, cartilagineuses, tendineuses ou encore ligamentaires. On considère que 31% de la population suisse souffre un peu des épaules, de la nuque ou des bras, tandis que 7% en souffrent beaucoup. Les causes peuvent être traumatiques, infectieuses, néoplasiques, dégénératives, etc.

L'examen ostéo-articulaire sera très souvent complété par des examens complémentaires (radiographie, IRM, etc.) en fonction du diagnostic différentiel.

CONTEXTE

Avant de commencer l'examen, il est essentiel de s'assurer que l'environnement est adapté. **On se présente au patient** avant de débiter l'examen, on lui demande son accord et on lui fournit des explications sur le déroulement. Mettre le patient à l'aise est une priorité et permet aussi de renforcer l'alliance thérapeutique. L'examen clinique en est d'autant plus facilité.

Les règles d'hygiène prescrivent **une désinfection** des mains en entrant et en sortant de la

pièce, avant et après contact avec le patient et après contact avec l'environnement du patient. Elles prescrivent également le port de gants lors de contact avec des liquides biologiques.

Pour l'examen de l'épaule, on demande au patient d'**enlever le haut** en lui expliquant qu'il est essentiel d'avoir accès à son épaule entière. Dans l'idéal, l'examen du patient se fait à la station debout.

EXAMEN CLINIQUE

On peut voir l'épaule comme un ensemble d'articulations avec des structures anatomiques associées (muscles, tendons, ligaments et bourses). Cette présentation permet de faciliter l'analyse et la compréhension des constats révélés dans le status ainsi que cibler l'étiologie des dysfonctions constatées. Ce complexe articulaire permet de placer la main dans toutes les positions de l'espace. L'amplitude des mouvements que l'épaule permet de générer dans toutes les directions est exceptionnelle.

Au niveau des articulations, nous retrouvons **l'art. gléno-humérale, l'art. sterno-costoclaviculaire et l'art. acromio-claviculaire.**

L'articulation gléno-humérale met en relation la glène de l'omoplate et la tête de l'humérus. Il s'agit d'une articulation non-congruente, contrairement à la hanche par exemple, qui est une articulation congruente. L'avantage d'une articulation non congruente est de permettre des mouvements larges de flexion, extension, abduction, adduction, ainsi que de rotation interne/externe et translation antérieure/postérieure. Le désavantage est la fragilité de l'épaule au niveau de sa stabilité. Ainsi, les ligaments glénohuméraux stabilisent l'articulation de façon statique, alors que les tendons de la coiffe des rotateurs ainsi que les stabilisateurs de l'omoplate (rhomboïdes, etc.) effectuent une stabilisation dynamique de l'articulation, en apposant la glène à la tête humérale par traction musculaire.

FIG 1 Articulations de l'épaule

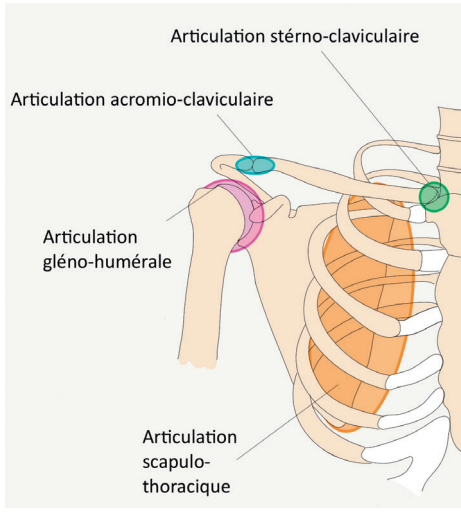
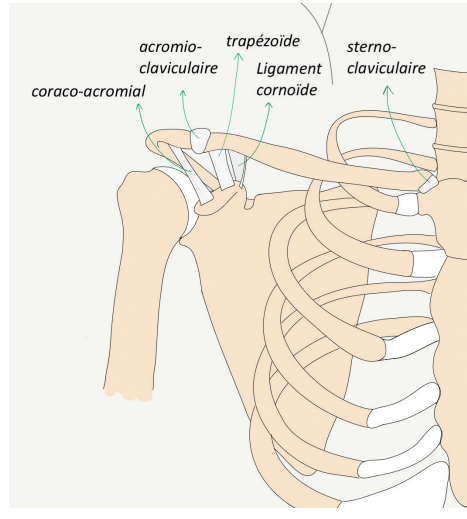


FIG 2 Ligaments de l'épaule



L'articulation sterno-costo-claviculaire met en relation le sternum, la clavicule ainsi que le premier cartilage costal. Elle est stabilisée par tout un complexe ligamentaire interclaviculaire, sterno-claviculaire et costo-claviculaire ainsi que par le tendon du muscle subclavier.

L'articulation acromio-claviculaire relie l'acromion à la clavicule distale. Elle est stabilisée par les ligaments coraco-claviculaires et coraco-acromial.

Au niveau musculaire, nous retrouvons la coiffe des rotateurs, le groupe axio-scapulaire, le groupe axio-huméral ainsi que le biceps brachial.

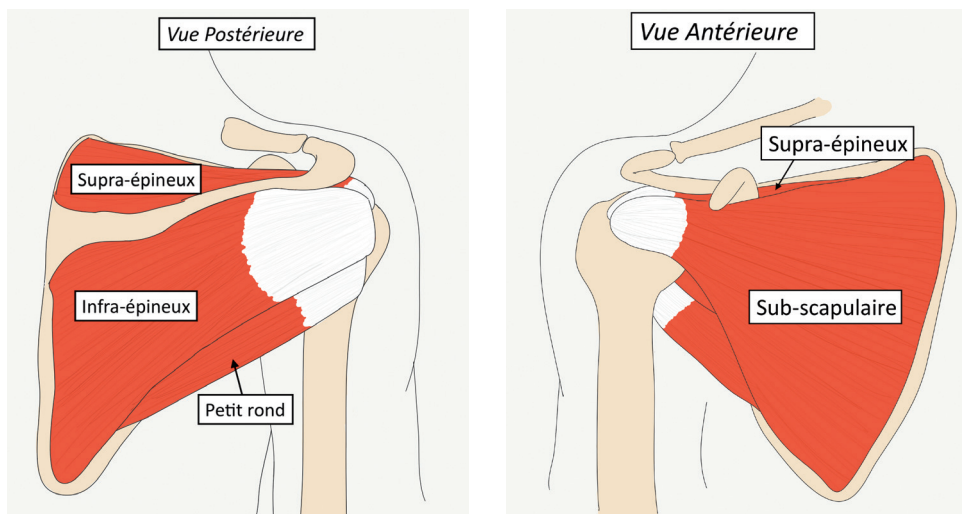
La coiffe des rotateurs comprend 4 muscles insérés sur l'omoplate avec leurs tendons respectifs dirigés vers l'humérus. **Le sous-scapulaire** prend naissance au niveau de la face antérieure de la scapula et s'insère sur le tubercule mineur de l'humérus. Il permet un mouvement de **rotation interne du bras**. **Le sus-épineux** s'insère sur la scapula, au-dessus

de l'épine scapulaire. Son tendon passe par un plan de glissement sous l'acromion pour s'insérer au niveau du petit trochiter. Il permet un mouvement **d'abduction du bras**. **Le muscle infra-épineux** s'insère sur la partie postérieure de la scapula, en dessous de l'épine scapulaire. Son tendon s'insère aussi sur le petit trochiter, inférieurement à l'insertion du sus-épineux. Il permet un mouvement de **rotation externe**. **Le petit rond** s'insère sur la face postérieure de la scapula, inférieurement au sous-épineux, et son tendon s'insère aussi sur le petit trochiter, inférieurement à l'insertion du sous-épineux. Il permet **la rotation externe du bras**, surtout lorsque celui-ci est en abduction.

À noter que la coiffe des rotateurs a une importance particulière dans la stabilisation dynamique de l'articulation glénohumérale par coaptation. La coiffe des rotateurs est impliquée dans plus de 60% des cas d'épaule douloureuse.

Le groupe axio-scapulaire comprend le trapèze, les rhomboïdes, le dentelé antérieur et

FIG 3 Coiffe des rotateurs



l'élevateur de la scapula. Ces muscles permettent le glissement omo-thoracique et stabilisent la scapula dans les mouvements de l'épaule.

Le groupe axio-huméral comprend le grand et petit pectoral ainsi que le grand dorsal. Ces muscles permettent une rotation interne du bras.

Le biceps brachial est pris en compte car il permet une flexion du bras et que des tendons sont en relation avec l'épaule.

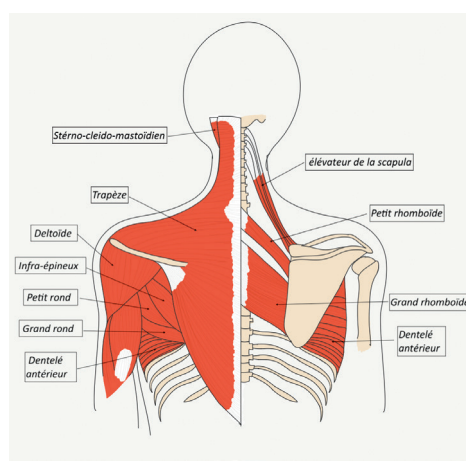
Il existe deux plans de glissement au sein de l'épaule, en plus des articulations. Ces plans peuvent être qualifiés de fausses articulations. Il s'agit des plans omo-thoracique et sous-acromial.

Le plan omo-thoracique où la scapula glisse sur la grille thoracique grâce au groupe axio-scapulaire

Le plan sous-acromial est très important, car c'est le lieu de passage des tendons sus et

infra-épineux. Ce tunnel étroit est le siège du conflit sous-acromial, causé par un acromion proéminent, des ostéophytes ou une dégénérescence des tendons liés à des mouvements répétés.

FIG 4 Muscles du groupe axio-scapulaire



On commence toujours par l'**inspection** du patient. Ensuite, viennent, dans cet ordre, la **palpation, la mobilité, la force, les tests de provocation spécifiques ainsi que l'examen de la laxité et de l'instabilité.**

1. Inspection

ON observera premièrement comment le patient se déshabille ainsi que sa capacité à le faire, le ballant des bras, la position antalgique ainsi que la poignée de main. Un patient arrive à retirer son pull ou t-shirt en levant les 2 bras au-dessus de la tête, possède un ballant symétrique, n'a pas d'asymétrie de position et ne réagit pas à la poignée de main, on exclut assez sûrement une pathologie de l'épaule. Un patient n'utilise que son bras sain pour se déshabiller et tire son habit le long du membre supérieur atteint, possède un ballant asymétrique, adopte une position antalgique ou présente des douleurs à la poignée de mains, on pensera grossièrement à une pathologie de l'épaule.

Puis, on observera l'allure de l'épaule. On le fera de manière symétrique en observant de manière systématique les différentes structures anatomiques de l'épaule. On s'attardera sur la position du patient, les éventuelles déformations, la présence de lésions cutanées, la trophicité musculaire, la présence de fasciculations, etc.:

- On observe une asymétrie horizontale entre les deux épaules. On pense à des atteintes neurologiques, par exemple, une paralysie du trapèze sur atteinte du nerf accessoire, à une posture asymétrique en raison d'une surcharge de poids, à une scoliose, etc.
- On observe une asymétrie verticale. On pense à la scapula alata d'origine neuromusculaire, à une luxation acromio-claviculaire avec la touche de piano, à une fracture de la clavicule, à une scoliose etc.
- On observe une épaule rouge, tuméfiée, chaude. On pense à une arthrite septique, une arthrite micro-cristalline, une tendinite calcifiante de l'épaule, une bursite sous-acromiale, une tendinite de la coiffe des rotateurs, etc.

- On observe une masse au niveau du biceps de manière asymétrique. On parle du signe de Popeye. On pense à une tendinopathie du biceps avec déchirure complète.
- On observe une voussure au niveau de l'épaule avec un bras en légère abduction et rotation externe, on pense à une luxation antérieure de la tête humérale.
- On observe une dépression au niveau de l'épaule avec un bras en adduction et rotation interne, on pense à une luxation postérieure de l'épaule.
- On observe des cicatrices cutanées, on pense à une intervention en lien avec une rupture de la coiffe des rotateurs, un conflit sous-acromial, une luxation gléno-humérale, etc.

2. Palpation

La palpation se fait de manière symétrique en palpant systématiquement les différentes structures anatomiques. On palpera l'art. sterno-claviculaire, la clavicule, l'articulation acromio-claviculaire, acromion, processus coracoïde, scapula avec épine scapulaire, la tête humérale et la gouttière bicipitale. On recherchera les zones douloureuses, les déformations, les voussures, etc.

On palpe une zone douloureuse au niveau de la clavicule avec une voussure et la peau tendue, on pense à une fracture de la clavicule.

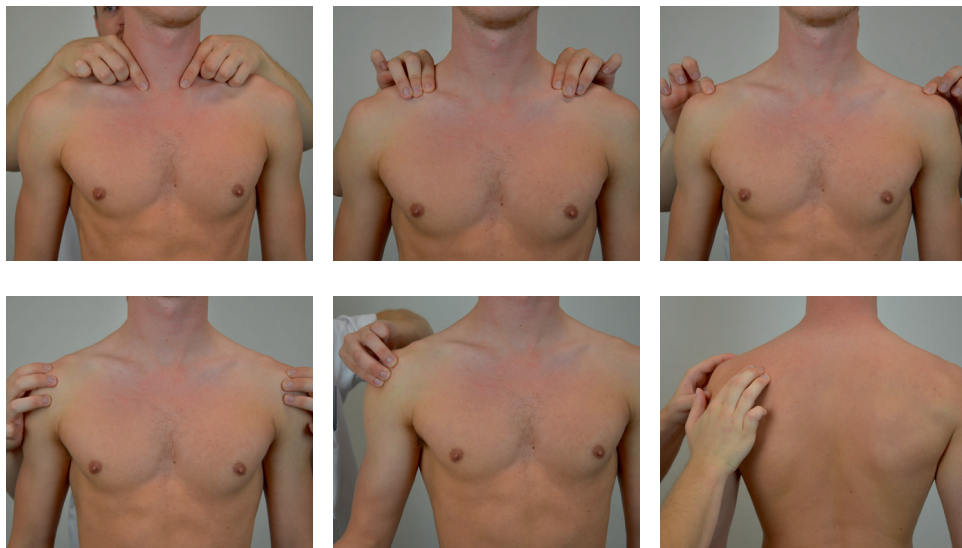
On observe une voussure au niveau de l'art. acromio-claviculaire avec une certaine réductibilité de la voussure. On parle d'une «touche de piano». On pense à une lésion du complexe ligamentaire acromio-claviculaire.

On observe une voussure au niveau de l'art. sterno-claviculaire. On pense à une lésion du complexe ligamentaire avec possible luxation.

On palpe une trophicité diminuée de la fosse sus-épineuse ou sous-épineuse. On pense respectivement à une amyotrophie du muscle sus-épineux ou du muscle sous-épineux.

FIG 5

Palpation de l'épaule



On palpe une zone douloureuse au niveau de la gouttière bicipitale, on pense à une tendinopathie bicipitale. On palpe une masse asymétrique au niveau de l'insertion distale du tendon bicipital. On parle du signe de Popeye. On pense à une rupture tendineuse du biceps brachial.

3. Mobilité et force

On distingue deux types de mobilité: la mobilité active, où le mouvement est effectué par le patient seulement, et la mobilité passive, où le mouvement est effectué par l'examineur.

L'examen de la mobilité passive n'est effectué que si la mobilité active est pathologique. Il permet de différencier la capsulite rétractile d'autres pathologies courantes, comme une rupture tendineuse

On sera attentif à une perte d'amplitude, généralisée pour tous les mouvements ou propre à un mouvement en particulier. Une diminution de l'amplitude dans une direc-

tion précise fait suspecter une rupture d'un tendon de la coiffe des rotateurs. Une incapacité à maintenir une position donnée évoque également une rupture. Une diminution de l'amplitude généralisée à tous les mouvements évoque une capsulite rétractile. On sera aussi attentif au déclenchement de douleurs, généralisée à plusieurs mouvements ou pour un mouvement isolé, qui peut nous orienter vers une tendinopathie spécifique.

L'examen de la mobilité active et passive de l'épaule comprend l'abduction, la flexion, l'extension, les rotations interne et externe.

L'abduction est testée en demandant au patient d'écartier les deux bras et de les ramener le plus haut que possible.

La rotation interne – externe est testée en demandant au patient de coller ses coudes au corps et d'exercer une rotation interne pour une rotation externe contre résistance.

FIG 6	Abduction des bras	
--------------	---------------------------	--

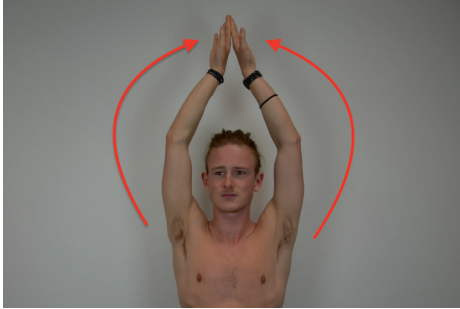


FIG 8	Flexion des bras	
--------------	-------------------------	--

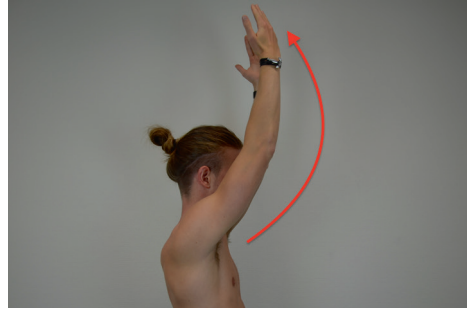


FIG 7	Rotation interne et externe des bras	
--------------	---	--

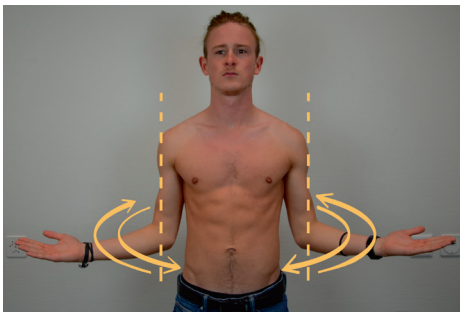
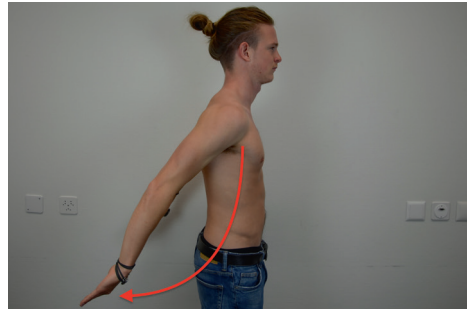


FIG 9	Extension des bras	
--------------	---------------------------	--



La flexion est testée en demandant au patient de lever les bras par-devant (donc sur le plan sagittal) le plus haut possible.

L'extension est testée en demandant au patient de lever les bras par-derrière le plus loin possible.

Il est important de tester la mobilité en actif et en passif, car le diagnostic différentiel change.

Le patient arrive à effectuer tous ces mouvements en actif sans douleur, on exclut de manière sûre une pathologie de l'épaule.

Le patient présente un déficit ou des douleurs au mouvement actif, mais sans déficit passivement, on pense à une atteinte musculaire ou

neurologique spécifique au mouvement déficitaire.

Si l'abduction est déficitaire, on pensera à une rupture du tendon sus-épineux, une lésion du nerf axillaire, etc. Une douleur évoquée par le patient en cours de mouvement permet de suspecter un conflit sous-acromial.

Si la rotation interne ou externe est déficitaire, on pensera respectivement à une atteinte grossière des muscles rotateurs internes et à une atteinte grossière des muscles rotateurs externes.

Le patient présente un déficit au mouvement actif et passif, on pense à une atteinte articu-

laire ou ligamentaire du type capsulite rétractile, etc.

4. Tests spécifiques de la coiffe des rotateurs

Il existe différents tests pour isoler les différents muscles de la coiffe des rotateurs et le biceps brachial.

On demande au patient de tendre ses bras devant lui à 90° d'abduction et 30° d'inclinaison par rapport au plan frontal avec les pouces vers le bas, puis on lui demande de résister contre le mouvement de l'examineur. L'examineur applique une force contre le bas au niveau des avant-bras. C'est ce qu'on appelle le **test de Jobe**. On isole donc le muscle sus-épineux.

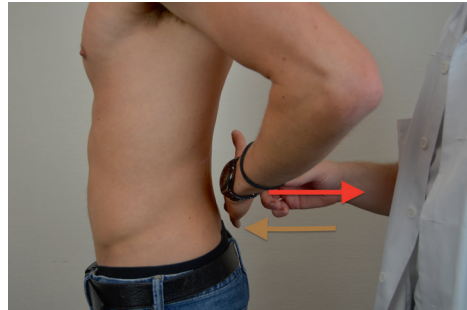
Une faiblesse ou une douleur ressentie lors de ce test fait suspecter une déchirure du muscle sus-épineux, une tendinopathie sur un conflit sous-acromial ou encore une bursite.

On demande au patient de mettre les mains au niveau des lombaires, paumes vers l'extérieur. On demande à celui-ci de décoller les mains et de résister au mouvement de l'examineur qui essaiera de recoller les mains au dos. Si cette version du test est difficile, on peut aider le patient à décoller les mains du dos et lui demander de tenir cette position.

FIG 10	Test de Jobe
---------------	---------------------



FIG 11	Test du Lift-off
---------------	-------------------------



C'est ce qu'on appelle le lift-off. On isole la partie inférieure du muscle subscapulaire. Une impossibilité à effectuer ce geste fait suspecter une atteinte du subscapulaire.

On demande au patient d'appuyer sur l'abdomen avec les mains en maintenant la rotation interne et en vérifiant que les bras et les coudes soient bien alignés. L'examineur essaiera de décoller les mains du ventre ou poussera sur les coudes vers l'arrière. C'est ce qu'on appelle le **belly press**. On isole la partie supérieure du muscle subscapulaire. Si le patient n'arrive pas à garder les coudes alignés, on suspectera une atteinte du subscapulaire.

On demande au patient d'élever les bras à 90° d'abduction et coudes fléchis à 90°.

FIG 12	Test du Belly press
---------------	----------------------------

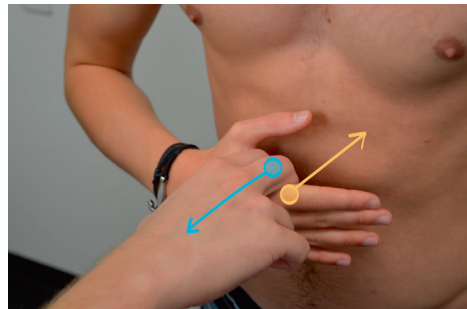
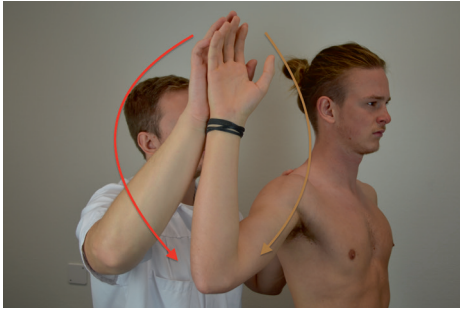


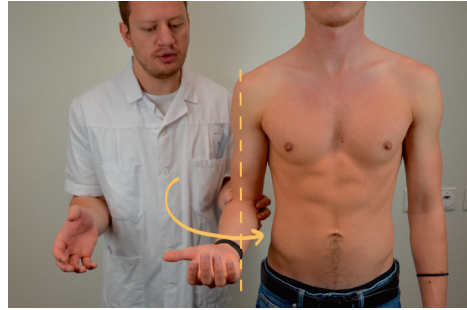
FIG 13	Test de Patte	
---------------	----------------------	--



On demandera au patient alors de résister à un mouvement de rotation interne exercée par l'examineur. Le patient effectue alors un mouvement de rotation externe contre résistance. **C'est ce qu'on appelle le test de Patte. On isole le muscle petit rond.** Si le test est douloureux, qu'on observe un déficit de force ou que l'avant-bras tombe en rotation interne, on suspectera une atteinte du petit rond.

On a déjà testé la rotation externe en demandant au patient de résister à une rotation externe lorsque celui-ci a les coudes collés au corps et fléchis à 90°. Cette fois-ci, on amène passivement les avant-bras en rotation externe maximale toujours à partir de la même position de départ. Le patient ramène

FIG 14	Test du portillon	
---------------	--------------------------	--



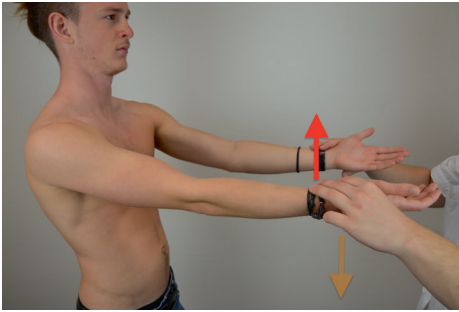
ses avant-bras en rotation interne sans pouvoir maintenir la position, **on parle du signe du portillon. On pense à une atteinte du sous-épineux.**

On demande au patient de lever la main vers la bouche, comme pour boire un verre d'eau, par exemple. Si celui-ci arrive à effectuer le geste en gardant le coude en bas et en maintenant donc la rotation externe, on pensera donc que les rotateurs externes de la coiffe des rotateurs ont gardé leur intégrité. Si le patient doit lever le coude et donc exercer un mouvement de rotation interne pour effectuer ce geste, on parlera du **signe du Clairon. On pensera à une atteinte des rotateurs externes, c'est-à-dire, le petit rond et le sous-épineux.**

FIG 15	Signe du Clairon (positif en bas)	
---------------	--	--



FIG 16	Test du Palm-up	
---------------	------------------------	--



On demande au patient de mettre les bras tendus devant lui en supination. On appuiera alors sur les avant-bras et on demandera au patient de résister au mouvement exercé. **C'est ce qu'on appelle le palm-up. On isole donc le chef long du biceps brachial.**

Si le patient n'arrive pas à résister au mouvement de l'examineur ou présente une douleur au niveau de la gouttière bicipitale, on pensera à une tendinopathie bicipitale, une subluxation du chef long du biceps, une lésion du labrum ou encore à un conflit sous-acromial.

On demande au patient de fléchir le bras à 90°, on stabilise celui-ci en le tenant par le poignet et le coude. Puis on demande au patient d'ef-

fectuer un mouvement de supination contre résistance. **C'est ce qu'on appelle le Yergason.** On isole donc le long chef du biceps. Si le patient présente une douleur lors de ce mouvement, on pensera aussi à une tendinopathie du long chef du biceps.

5. Recherche de conflits

Les tests de provocations permettent d'orienter le diagnostic clinique. Ces tests mettent une certaine structure anatomique sous stress. La provocation d'une douleur décrit un test positif et permet de localiser plus précisément la localisation de la lésion sous-jacente. On cherchera surtout à mettre en évidence un conflit sous-acromial, un conflit de l'art. acromio-claviculaire ou encore un conflit avec le long chef du biceps.

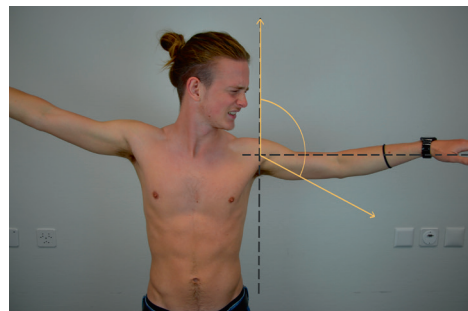
Lors d'un conflit sous-acromial, les patients éprouvent le plus souvent une douleur lors de mouvement d'abduction et rotation externe, parfois une perte d'amplitude dans le cas d'une rupture tendineuse. Le conflit sus-acromial peut être engendré par un acromion proéminent, des ostéophytes dans le cadre d'une pathologie arthrosique:

On demande au patient d'effectuer une abduction les bras tendus. Si le patient présente une douleur entre 60° et 120°, on pensera à un conflit sous-acromial. Si le patient

FIG 17	Test de Yergason	
---------------	-------------------------	--



FIG 18	Arc douloureux	
---------------	-----------------------	--



présente une douleur entre 120° et 170° , on pensera à une atteinte de l'articulation acromio-claviculaire. Si la douleur est présente tout le long du mouvement, on pensera à une atteinte glénohumérale sur une épaule gelée, une arthrose, etc. **C'est ce qu'on appelle l'arc douloureux.**

L'examineur place une main sur la scapula afin de stabiliser celle-ci et l'autre main sur le bras du patient. L'examineur amènera donc le bras passivement en flexion maximale en faisant bien attention à garder le bras en pronation le long de la flexion. **On parle du test de Neer.** Si le patient présente une douleur entre 90° et 120° , on pensera à un conflit sous-acromial et plus spécifiquement à une atteinte du muscle sus-épineux. La douleur diminue en rotation externe.

On demande au patient de fléchir le coude à 90° avec une abduction du bras de 90° . L'examineur placera une main sur le coude et l'autre sur l'avant-bras, puis exercera des rotations internes passives de l'avant-bras tout en ramenant celui-ci vers l'avant. **C'est ce qu'on appelle le test de Hawkins-Kennedy.** Une douleur lors de la rotation interne fait penser à un conflit sous-acromial avec une pathologie de la coiffe des rotateurs, mais plus spécifiquement du sus-épineux.

FIG 19	Test de Neer	
---------------	---------------------	--



FIG 20	Test de Hawkins-Kennedy	
---------------	--------------------------------	--

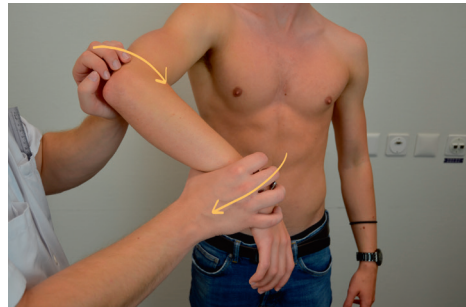
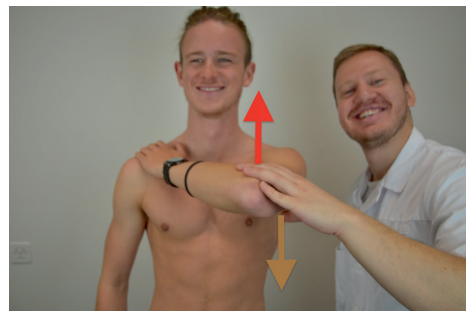


FIG 21	Test de Yocum	
---------------	----------------------	--

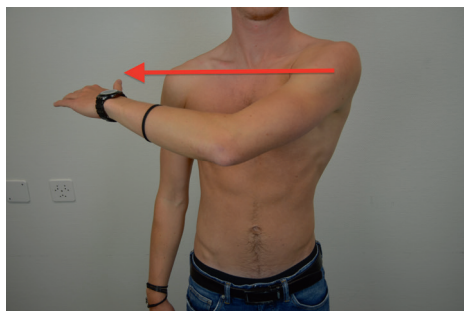


On demande au patient de placer sa main sur l'épaule controlatérale avec une antéverson de 90° . Puis on demande au patient de lever le coude contre résistance. **C'est ce qu'on appelle le test de Yocum.** Une douleur lors de ce mouvement fait penser à un conflit sous-acromial.

Comme mentionné précédemment, le test de Jobe, qui met en contrainte le muscle sus-épineux, peut aussi faire penser à un conflit sous-acromial si celui-ci est positif.

L'examineur saisit le coude du patient et amène le coude à 90° de flexion et d'antéverson. Puis il effectue de manière passive un mouvement d'adduction horizontale maximale en amenant le coude vers l'épaule op-

	FIG 22 Body cross test	
--	-------------------------------	--



posée. C'est ce qu'on appelle le **body-cross test** ou le test de l'adduction forcée. Si le patient ressent une douleur en regard de l'art. acromio-claviculaire, on pensera à un conflit de l'art. acromio-claviculaire.

Comme mentionné précédemment, une douleur ressentie lors du palm-up ou du Yergason fait suspecter un conflit sous-acromial avec une tendinopathie du long chef du biceps brachial.

6. Laxité et instabilité

Une articulation peut être laxe sans être instable. L'instabilité est ressentie comme désagréable par le patient car il appréhende la luxation. La laxité n'est pas désagréable pour le patient. Une laxité sans instabilité peut être observée chez des patients sains, comme chez des patients atteints de maladies touchant le tissu conjonctif, comme l'Ehler-Danlos, Marfan, etc. Ceci dénote une possibilité d'effectuer des mouvements avec une amplitude anormale, sans être pathologique.

L'examen de la laxité peut être effectué sur l'articulation sternoclaviculaire, acromio-claviculaire et gléno-humérale:

On place une main sur l'épaule (au niveau du processus coracoïde et l'épine scapulaire) afin de stabiliser la scapula. L'autre main

	FIG 23 Test du tiroir antérieur et postérieur	
--	--	--



servira à tenir la tête humérale et effectuer des translations antérieure et postérieure de la tête humérale. **C'est ce qu'on appelle le tiroir antérieur et postérieur.** Si une différence de laxité existe entre les deux épaules, on pensera à une laxité antéropostérieure de l'art. glénohumérale.

Une main stabilise l'épaule du patient pendant que l'autre saisit le bras juste au-dessus du coude. On exerce une pression vers le bas à la recherche d'un sillon se creusant entre l'humérus et l'acromion. **C'est ce qu'on appelle le tiroir inférieur.** Si la manœuvre met en évidence le sillon susmentionné et qu'une différence existe entre les 2 épaules, on pensera à une laxité inférieure.

	FIG 24 Test du tiroir inférieur	
--	--	--



On stabilise l'acromion d'une main et en effectuant des mouvements de translations antérieures et postérieures de l'autre main au niveau de la clavicule distale. Si une différence existe entre les deux épaules, on pensera à une laxité acromio-claviculaire dans le cadre d'une rupture du complexe ligamentaire acromio-claviculaire et coraco-acromial.

Une instabilité dénote une déchirure des ligaments péri-articulaires causée par une luxation de l'articulation. On la recherchera donc si l'on suspecte des déchirures ligamentaires. Le patient se plaint d'appréhension lors de certains mouvements. À noter que la récurrence de luxation est élevée, allant de 50% à plus de 80%:

On place une main sur l'épaule du patient afin de stabiliser la scapula. On place le bras du patient à 90° de flexion et 90° d'abduction. On exerce une rotation externe du bras et on pousse la tête humérale en avant. **C'est ce qu'on appelle le test d'appréhension antérieur.** Si on palpe une subluxation ou si le patient appréhende le mouvement de rotation externe en ne se laissant pas faire, on pensera à une lésion du complexe capsulo-ligamenteux.

FIG 25	Test d'appréhension antérieur
---------------	--------------------------------------

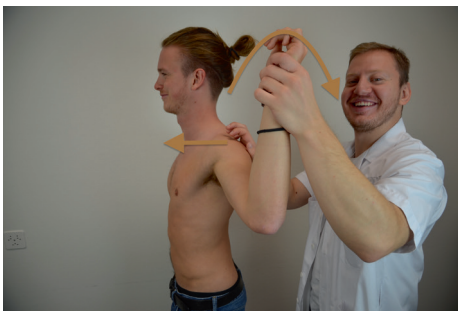


FIG 26	Test d'appréhension postérieur
---------------	---------------------------------------



On place le bras du patient à 90° de flexion antérieur, coude fléchi à 90° et en rotation interne. Une main stabilise la scapula pendant que l'autre saisit le coude et pousse la tête humérale en arrière. **C'est ce qu'on appelle le test d'appréhension postérieur.** Si on palpe une subluxation ou si le patient appréhende le mouvement de rotation interne en ne se laissant pas faire, on pensera à une lésion du complexe capsulo-ligamentaire.

CARTE DE SYNTHÈSE

Cette carte de synthèse reprend sous forme de liste à puces les outils nécessaires à la réalisation d'un examen de l'épaule. Elle vous servira comme support visuel rapide et intuitif en situation clinique comme rappel des outils à disposition et vous permettra de vous auto-évaluer.

Vous trouverez l'ensemble des cartes de synthèses que nous proposons sous la section relative de notre plateforme en ligne.

Contributeurs

Nous tenons à remercier tous les partenaires impliqués dans la réalisation de ce document et plus particulièrement, leurs auteurs et illustrateurs ainsi que les partenaires de projet

impliqués dans la relecture et la publication des documents.

La propriété intellectuelle revient à qui de droit.

© Association des Étudiantes en Médecine de Lausanne
30.04.2021

Ressources bibliographiques

Ce chapitre présente les ressources bibliographiques qui ont été utilisées en vue de la rédaction du document. La validité scientifique de l'information proposée a été soumise pour correction et validation à notre partenaire, la Revue Médicale Suisse.

- 1 Verte LS. [En ligne]. PROFILES | Home [cité le 16 novembre 2020]. Disponible: <https://www.profilesmed.ch/>
- 2 Cleland, J., Koppenhaver, S., & Netter, F. H. (2011). Netter's orthopaedic clinical examination: An evidence-based approach. Philadelphia, Pa: Saunders/Elsevier.
- 3 Citation Dutton M. Dutton M (Ed.), Ed. Mark Dutton. (2012). Dutton's Orthopaedic Examination, Evaluation, and Intervention, 3e. McGraw-Hill.
- 4 Netgen. Revue Médicale Suisse [En ligne]. Épaule douloureuse : prise en charge ambulatoire [cité le 16 novembre 2020]. Disponible: <https://www.revmed.ch/RMS/2013/RMS-N-408/Epaule-douloureuse-prise-en-charge-ambulatoire>
- 5 Update Rhumatologie 2020. Douleurs de l'épaule. À bon diagnostic, traitement efficace. Ligue suisse contre le rhumatisme
- 6 Philippe Furger. INVESTI-MÉD©. Editions D&F
- 7 Tran, C., Chen, Y. A., Shah, R., & Vaisman, A. (2011). The Toronto notes 2011: Comprehensive medical reference and review for the Medical Council of Canada Qualifying Exam Part 1 and the United States Medical Licensing Exam Step 2. Toronto: Toronto Notes for Medical Students, Inc.

Références

Figure 1: Articulations de l'épaule	03
Figure 2: Ligaments de l'épaule	03
Figure 3: Coiffe des rotateurs	04
Figure 4: Muscles du groupe axio-scapulaire	04
Figure 5: Palpation de l'épaule	06
Figure 6: Abduction des bras	07
Figure 7: Rotation interne et externe des bras	07
Figure 8: Flexion des bras	07
Figure 9: Extension des bras	07
Figure 10: Test de Jobe	08
Figure 11: Test du Lift-off	08
Figure 12: Test du Belly press	08
Figure 13: Test de Patte	09
Figure 14: Signe du Clairon (positif en bas)	09
Figure 15: Test du portillon	09
Figure 16: Test du Palm-up	10
Figure 17: Test de Yergason	10
Figure 18: Arc douloureux	10
Figure 19: Test de Neer	11
Figure 20: Test de Hawkins-Kennedy	11

Figure 21: Test de Yocum	11
Figure 22: Body cross test	12
Figure 23: Test du tiroir antérieur et postérieur	12
Figure 24: Test du tiroir inférieur	12
Figure 25: Test d'appréhension antérieur	13
Figure 26: Test d'appréhension postérieur	13

AUTEURS

ALBAN SADIKU

Association des étudiantes en médecine de Lausanne
1011 Lausanne

GABRIELE BRODO

Association des étudiantes en médecine de Lausanne
1011 Lausanne

ILLUSTRATIONS

Dessin

JULIA BALDWIN

Association des étudiantes en médecine de Lausanne
1011 Lausanne

Photographie

VALENTIN TAMMARO

Association des étudiantes en médecine de Lausanne
1011 Lausanne

JONATHAN RIGBY

Association des étudiantes en médecine de Lausanne
1011 Lausanne

REVIEWING

PROF. JEAN-FRANÇOIS BALAVOINE

Ancien vice-doyen associé en charge de la formation postgrade et en médecine de premier recours à la Faculté de médecine de Genève - UNIGE, enseignant de la sémiologie clinique, de la médecine psychosociale, de l'éthique et des infections
1205 Genève