

L'examen complémentaire de l'épaule

par Sylvain Boutet

2

L'examen sommaire précédent vous amène à soupçonner une tendinopathie avec conflit sous-acromial et instabilité sous-jacente. Quelles manœuvres particulières allez-vous faire ?

L'EXAMEN SOMMAIRE décrit dans l'article précédent est utile pour guider le choix des autres manœuvres particulières à effectuer. Cette évaluation complémentaire a pour objectif de préciser davantage le diagnostic afin de mieux orienter le traitement. Après avoir exclu un problème articulaire ou capsulaire, nous procéderons aux différentes manœuvres diagnostiques du conflit sous-acromial (*impingement*), rechercherons des structures musculosquelettiques enflammées et des signes d'instabilité, et finalement, nous effectuerons les manœuvres susceptibles d'indiquer une lésion du bourrelet glénoïdien (*labrum*).

L'articulation glénohumérale possède une grande mobilité, ce qui la rend vulnérable aux problèmes d'instabilité. Les mouvements sont aussi régis par un jeu musculaire complexe où l'équilibre est nécessaire pour conserver intègres les différents tissus. Tout déséquilibre musculaire et ligamentaire aura une influence sur la biomécanique globale, et c'est ainsi que tendinite, bursite, capsulite, syn-

drome du conflit sous-acromial, instabilité et déchirure du bourrelet glénoïdien pourront tôt ou tard coexister et complexifier la problématique clinique.

Patron capsulaire

Lors de l'évaluation initiale, s'il y a restriction articulaire ou douleur lors des mouvements actifs ou passifs, on doit rechercher le « patron » capsulaire, que James Cyriax¹ définit comme une perte d'amplitude des mouvements d'une articulation qui suit toujours la même séquence d'un individu à l'autre. Pour l'épaule, le mouvement le plus restreint est d'abord, la rotation externe, puis l'abduction, et finalement, la rotation interne (*photos 1 a, b et c*). Le patron capsulaire exprime l'irritation de la capsule articulaire due à l'inflammation (capsulite), à l'arthrose ou à l'arthrite. Toute limitation de mouvement qui ne correspond pas à ce patron est dite non capsulaire et implique les tissus intra-articulaires et extra-articulaires non capsulaires. La présence d'un patron capsulaire à l'épaule rend les manœuvres diagnostiques du conflit sous-acromial et des instabilités difficilement interprétables.

Conflit sous-acromial

La présomption de conflit sous-acromial repose d'abord sur la présence d'un arc douloureux (voir l'article précédent)

Le Dr Sylvain Boutet, omnipraticien, diplômé en médecine du sport et membre de l'Association québécoise des médecins du sport (AQMS), exerce au Centre médical Cap-Rouge et à la Clinique de physiothérapie et médecine du sport – PCN, à Sainte-Foy.

45

Photos : J. Y. Dallaire.



Photo 1 a. Rotation externe.



Photo 1 b. Abduction.



Photo 1 c. Rotation interne.



Photo 2. Test de Neer.



Photo 3. Manœuvre de Hawkins.



Photo 4. Test de Jobe.

durant l'abduction lors de l'évaluation initiale³. Deux manœuvres subséquentes viennent confirmer ce conflit. D'abord, le **test de Neer**, qui est une élévation antérieure passive forcée avec rotation interne (*photo 2*)²⁻⁴. Deuxièmement, la **manœuvre de Hawkins** (*photo 3*), qui est également un test de mobilisation passive forcée où l'on provoque une rotation humérale interne avec l'épaule en abduction antérieure à 90 degrés et le coude fléchi à 90 degrés²⁻⁴. Ces manœuvres révèlent un conflit sous-acromial lorsqu'il y a douleur.

On peut également confirmer le conflit sous-acromial en injectant 10 mL de Xylocaïne® à 1 % dans l'espace sous-acromial^{3,4}. Cela devrait en principe soulager la douleur. La pré-

sence de structures sous-acromiales enflammées (tendon-bourse) peut justifier l'administration conjointe d'un corticoïde, et ce geste devient un outil à la fois diagnostique et thérapeutique.

Tissus enflammés

Les unités musculotendineuses enflammées s'évaluent en étirement passif, et surtout lors de la mise en tension contre résistance³. Les bourses sous-acromiales et coracoïdiennes sont sollicitées par des manœuvres en compression.

Le **test de Jobe** (*photo 4*) est particulièrement utile pour évaluer spécifiquement le muscle sus-épineux²⁻⁴. Le bras est en abduction à 90 degrés et à un angle de 30 degrés vers l'avant (plan de l'omoplate) avec une rotation

La présomption de conflit sous-acromial repose d'abord sur la présence d'un arc douloureux lors de l'évaluation initiale. Le signe de Neer et la manœuvre de Hawkins sont deux tests de mobilisation passive complémentaires.

Les unités musculotendineuses enflammées s'évaluent en étirement passif et lors de la mise en tension contre résistance.

interne complète, de sorte que le pouce soit orienté vers le plancher. Le résultat du test est positif lorsqu'il y a douleur ou faiblesse au mouvement contrarié.

Les muscles **sous-épineux** et **sous-scapulaire** peuvent être évalués avec l'épaule en position neutre, le coude fléchi à 90 degrés et une résistance appliquée au poignet en rotation externe ou interne respectivement (photos 5 a et 5 b)²⁻⁴.

Pour éviter de solliciter aussi le muscle sus-épineux, l'évaluation du **sous-épineux** peut être faite avec l'épaule en abduction à 90 degrés, le coude fléchi à 90 degrés dans le plan horizontal avec une résistance en rotation externe (photo 6)⁴. Aussi, pour évaluer le muscle **sous-scapulaire** avec la main dans le dos en rotation interne complète de l'épaule, il faut maintenir la main à distance du dos contre résistance (photo 7)⁴. Le résultat de ces manœuvres est positif si elles reproduisent les douleurs ayant motivé la consultation.

Finalement, la **manœuvre de Speed** (photo 8) est une flexion antérieure contrariée pendant que le bras est en supination et le coude en extension. Une douleur indique une irritation du tendon de la longue portion du biceps²⁻⁴.

Instabilité glénohumérale

La notion d'instabilité de l'épaule regroupe un ensemble de manifestations cliniques résultant de l'incapacité de maintenir la tête humérale dans la cavité glénoïde lors de la mobilisation active de l'épaule. L'instabilité de l'épaule est souvent classée en deux catégories, dont l'instabilité multidirectionnelle atraumatique, souvent bilatérale et mise en évidence par le **test du sillon** (*sulcus test*) (photo 9). Il s'agit d'une traction du bras vers le bas qui crée un glissement inférieur de la tête humérale avec apparition d'une légère dépression sous-acromiale^{3,4,8}.

Cependant, la majorité des cas d'instabilité glénohumérale sont de nature unidirectionnelle et antérieure^{6,8}. Le mécanisme peut être d'origine traumatique ou microtraumatique, c'est-à-dire sans antécédent de luxation, et se traduire par différentes affections douloureuses de l'épaule.

Pour l'instabilité antérieure, on procède à la **manœuvre d'appréhension** (photo 10). Le patient en décubitus dorsal, on place sa main à plat sous la tête humérale alors que l'épaule est en abduction à 90 degrés et en rotation externe



Photo 5 a. Évaluation du sous-épineux.

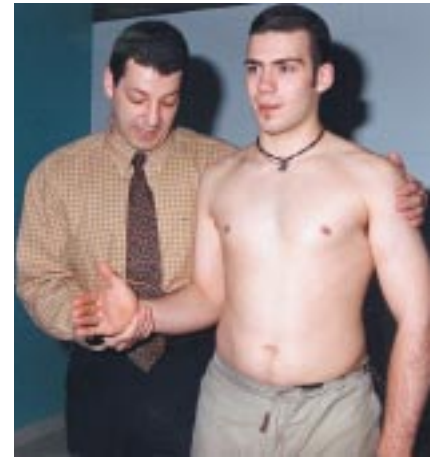


Photo 5 b. Évaluation du sous-scapulaire.



Photo 6. Évaluation du sous-épineux.

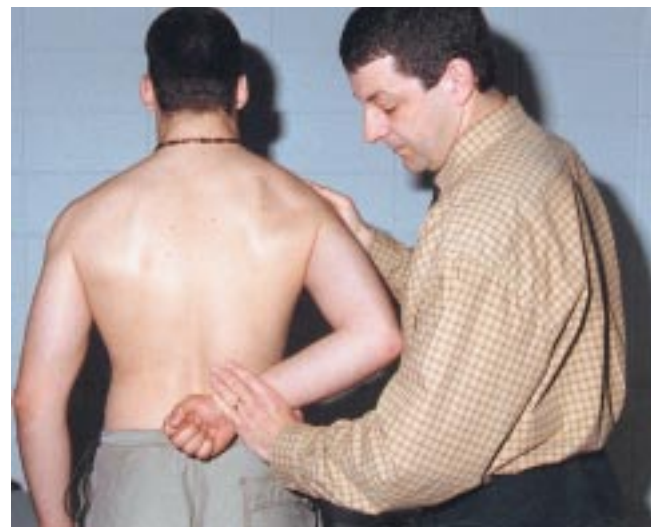


Photo 7. Évaluation du sous-scapulaire.



Photo 8. Manœuvre de Speed.

à 90 degrés^{3,4,8}. Une rotation externe passive de l'épaule est ensuite provoquée par une légère pression au poignet. La manœuvre indique une instabilité de l'épaule lorsque le patient ressent une appréhension ou une sensation de luxation imminente qui l'amène à résister volontairement au mouvement.

Par la suite, on procède à la **manœuvre de relocalisa-**

tion (photo 11), qui s'effectue dans la même position. On provoque une rotation externe passive de l'épaule par une légère pression au poignet tout en appliquant, avec l'autre main, une force de stabilisation à la face antérieure de l'humérus proximal^{3,4,8}. Lorsque la force de stabilisation antérieure permet d'éliminer la sensation ressentie pendant la manœuvre d'appréhension, le résultat du test est positif et évoque une instabilité antérieure.

Pour l'**instabilité postérieure**, beaucoup plus rare, les mouvements à risque sont la flexion, l'adduction horizontale et la rotation interne^{3,4,7}. Un test d'appréhension postérieure associe ces trois mouvements, et l'on applique une force axiale pour reproduire la luxation (photo 12).

Finalement, pour l'instabilité unidirectionnelle antérieure ou postérieure, on peut aussi faire un test par glissement antérieur (photo 13) ou postérieur (photo 14), à la recherche d'une mobilité accrue ou d'une sensation imminente de luxation^{3,8}.

Bourrelet glénoïdien

Le bourrelet glénoïdien est un anneau de tissu fibreux attaché à la cavité glénoïde qui augmente la surface de contact

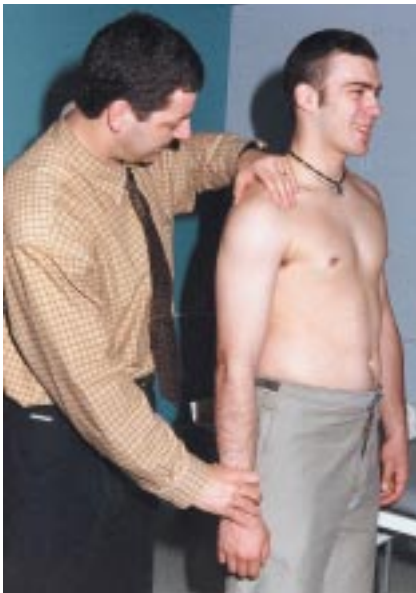


Photo 9. Test du sillon.



Photo 10. Manœuvre d'appréhension.

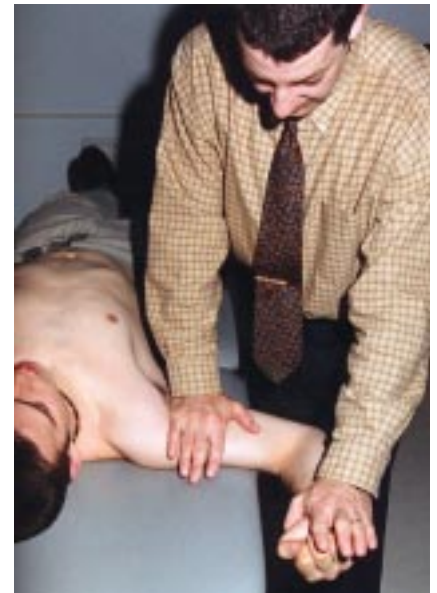


Photo 11. Manœuvre de relocalisation.

La majorité des cas d'instabilité glénohumérale sont de nature unidirectionnelle et antérieure. Les manœuvres d'appréhension et de relocalisation sont les plus utiles en clinique.

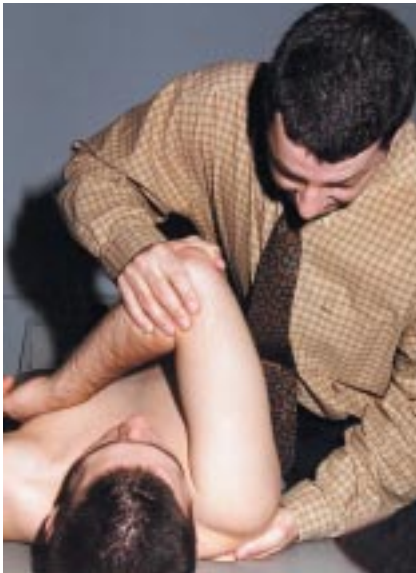


Photo 12. Évaluation de l'instabilité postérieure.



Photo 13. Évaluation de l'instabilité unidirectionnelle antérieure.

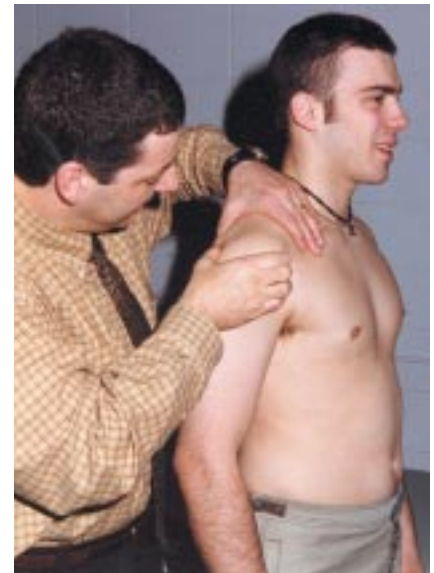


Photo 14. Évaluation de l'instabilité unidirectionnelle postérieure.

avec la tête humérale. Il est aussi intimement lié aux ligaments glénohuméraux et à la capsule articulaire. De plus, à sa portion supérieure s'insère le tendon de la longue portion du biceps.

Cliniquement difficiles à mettre en évidence, les lésions du bourrelet glénoïdien sont fréquemment associées à d'autres affections de l'épaule, dont l'instabilité. La douleur et les crépitations sont les symptômes signalés par les patients, et les signes physiques peuvent être subtils et non spécifiques. La lésion du bourrelet glénoïdien la plus fréquente est le **SLAP** (*superior labrum anterior and posterior*), qui peut être mise en évidence par la manœuvre de O'Brien (*photo 15*)^{4,8}. L'épaule est en élévation antérieure à 90 degrés avec légère adduction horizontale et rotation humérale interne maximale, le pouce orienté vers le bas. Il s'agit d'un test contre résistance avec

une force appliquée vers le bas. Une douleur indique que le test est positif. Une autre manœuvre est le test de **glissement antérieur** (*photo 16*), où l'examineur exerce avec sa main placée sur le coude du patient une pression vers l'avant contre la résistance de ce dernier⁸. Le résultat du

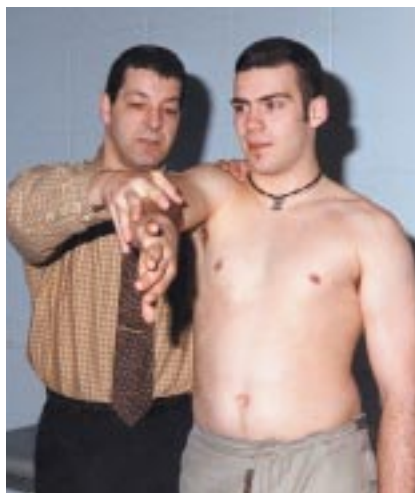


Photo 15. Manœuvre de O'Brien.

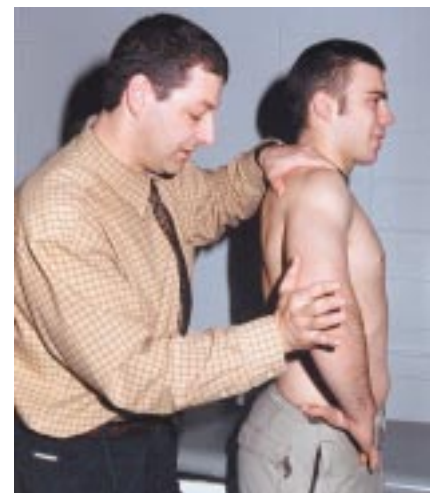


Photo 16. Test de glissement antérieur.

Cliniquement difficiles à mettre en évidence, les lésions du bourrelet glénoïdien sont fréquemment associées à d'autres affections de l'épaule. La manœuvre de O'Brien est le test diagnostique le plus connu.

REPÈRE



Photo 17 a. Test de compression.



Photo 17 b. Test de compression.



Photo 18. Manœuvre de compression.

test est positif si on reproduit la douleur ayant motivé la consultation, avec ou sans « dé clic » dans la région de l'épaule.

Finalement, le test de compression (*crank test*) (photos 17 a et 17 b) est fait pendant que le patient est en décubitus latéral, le bras en abduction à 90 degrés. On effectue une compression axiale de la tête humérale et des mouvements alternatifs de rotation interne et externe à la recherche de douleur et (ou) de crépitations dans l'épaule⁸.

Soulignons que dans les cas de lésion du bourrelet glénoïdien, les résultats des manœuvres diagnostiques d'instabilité, de conflit sous-acromial et même de Speed peuvent être positifs.

Articulation acromioclaviculaire

Une adduction forcée passive dans le plan horizontal est spécifique à l'articulation acromioclaviculaire, mais sert

aussi de manœuvre de compression pour la bourse coracoïdienne (photo 18).

LE CHOIX ET L'EXÉCUTION APPROPRIÉS des manœuvres particulières de l'épaule permettent de préciser dans la majorité des cas le bon diagnostic. Il ne faut pas oublier que la coexistence de différentes affections de l'épaule est fréquente. ❧

Date de réception : 30 mai 2002.

Date d'acceptation : 6 août 2002.

Mots clés : évaluation de l'épaule, instabilité, conflit sous-acromial, tendinite, lésion du bourrelet glénoïdien.

Bibliographie

1. Diagnosis of soft tissue lesions. Dans : Cyriax J. *Textbook of Orthopaedic Medicine* (vol. 1). Londres : Baillieu Tindall, 1982.
2. Magee DJ. *L'Évaluation clinique en orthopédie*. Saint-Hyacinthe-Paris : Edisem-Maloine, 1988.
3. Reid DC. *Sports injury assessment and rehabilitation*. Philadelphie : Churchill Livingstone, 1992.
4. Hawkins RH. Clinical assessment of the shoulder. *Can J CME* décembre 2001 : 87-99.
5. Frémont P. Une douleur à l'épaule peut-elle cacher une instabilité gléno-humérale ? *Le Médecin du Québec* avril 1999 ; 34 (4) : 49-54.
6. Lirette R, Tardif J. Shoulder instability: Diagnosis and treatment. *Can J CME* juillet 1998 : 59-70.
7. Richard DB. Injuries to the glenoid labrum: a diagnostic and treatment challenge. *Physician Sports Med* juin 1999 ; 27 (6).

S U M M A R Y

The complementary exam of the shoulder. The functional exam described in the preceding article is of great help to guide us in the use of special tests. The goal of the complementary assessment is to refine the diagnosis in order to choose the optimal treatment. After eliminating a joint or capsular problem, we will try to detect an impingement syndrome; we will look for inflamed structures, signs of instability, and finally use special tests for labral lesions.

Key words: shoulder assessment, instability, impingement, tendonitis, labral lesion.