



Kliniek SINT-JAN
Clinique SAINT-JEAN

RESUMES

RÉSEAU MULTIDISCIPLINAIRE D'ÉCHANGE SCIENTIFIQUE

Examen clinique de l'épaule et prévention

Dr Maxime Bonnelance

APBMT

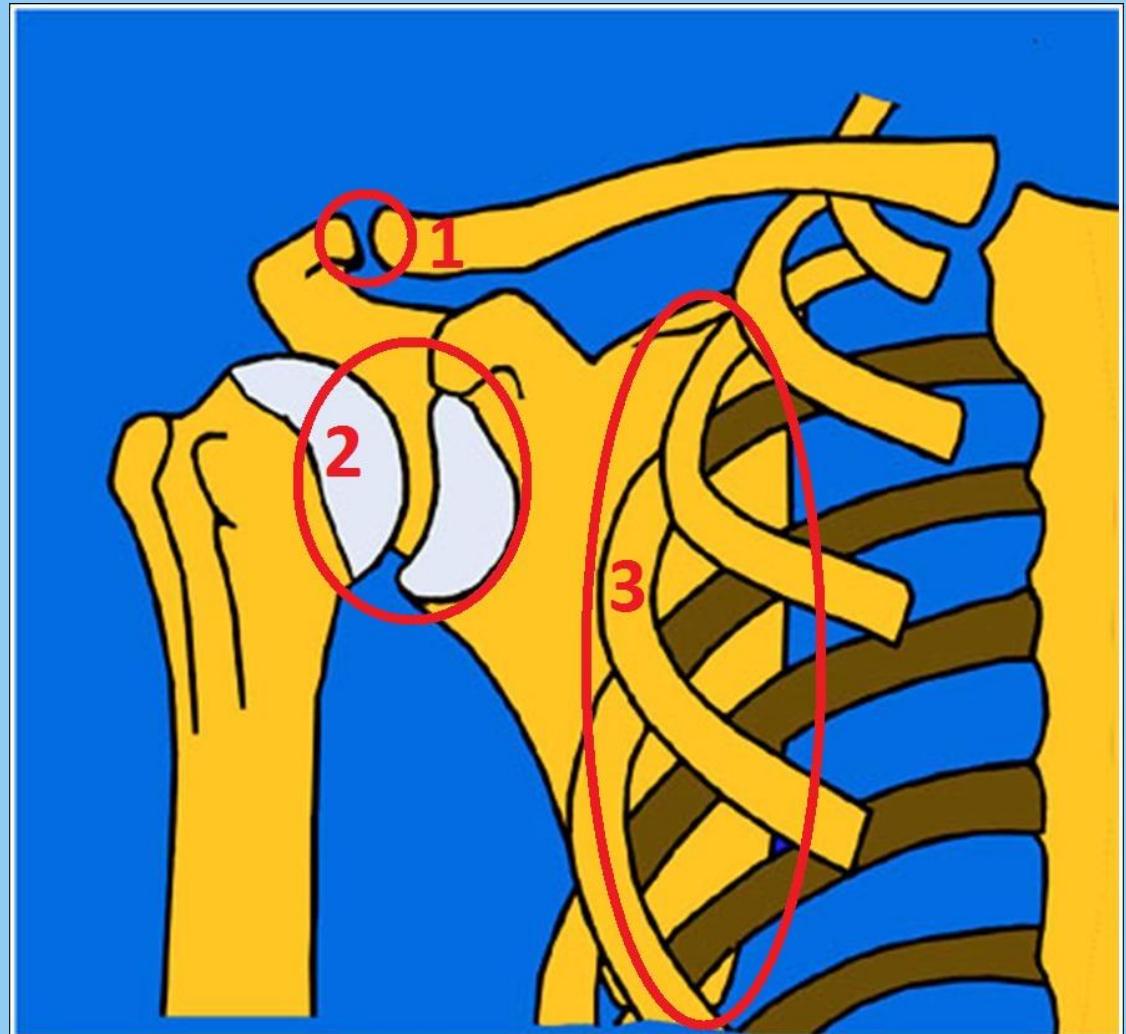
28/11/2025

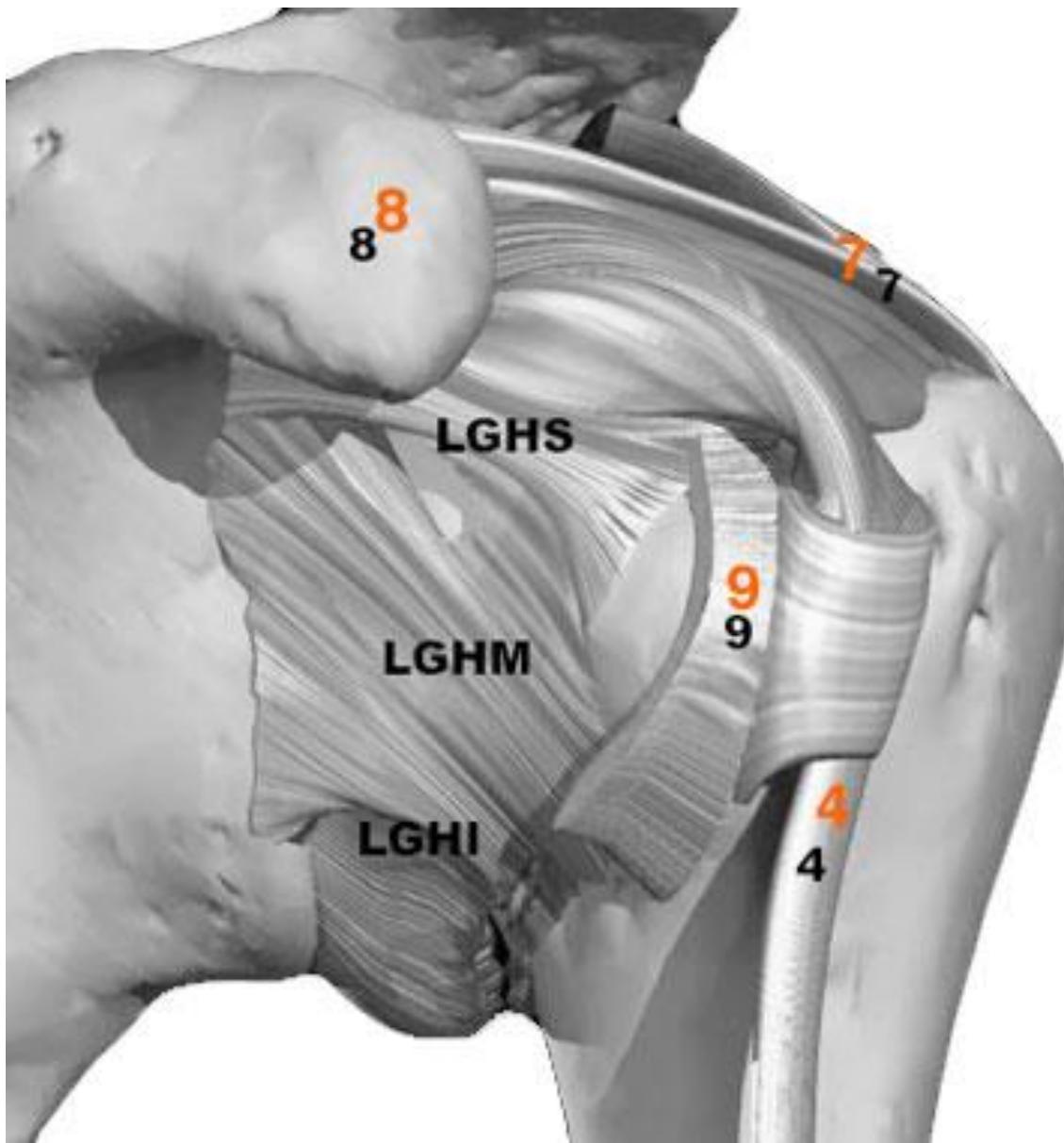
Je n'ai pas de conflit d'intérêt

GENERALITES:

- 3 articulations
- Articulation la plus souple = la plus instable
- Articulation suspendue

→ tendinite>>> arthrose



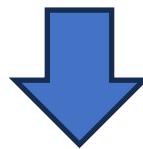


EN PRATIQUE:

Consultation = 75% de l'activité d'un orthopédiste

35 patients par jour environ

Seulement **1 patient sur 20** va présenter un réel problème mécanique nécessitant une **prise en charge chirurgicale**



PAR CONTRE: **1 patient sur 2** sera en incapacité de travail de longue durée

MEDECINE GENERALE:

5% des motifs de consultations,

haut taux d'absentéisme liés (chronicisation)

- **Tendinite/tendinopathie** – 50%
 - Surutilisation: mouvements répétés
 - Conflit antérieur ou postérieur
 - Post-traumatique
 - Calcifications
- **Omarthrose**
 - Centrée (rare)
 - Excentrée
 - A-C
- **Instabilité**
- **Capsulite rétractile**

Les questions à poser

- Main dominante et travail, sportif ou très actif à la maison?
- Depuis quand? Traumatisme (mécanisme)?
- Montrer où est la douleur
- Douleur nocturne? Au repos?
- Irradiation cervicale ou brachiale? Paresthésies?
- Quels traitements déjà réalisés?
- SSV → bon indice

Examen Clinique

1. Inspection

- Toujours déshabiller le patient
- COMPARATIF
- Cicatrices, muscles, position scapula



Examen clinique

- 2. Mobilité
 - ACTIF ET PASSIF
 - COMPARATIF
 - Anté-élévation
 - Rotation externe
 - Rotation interne

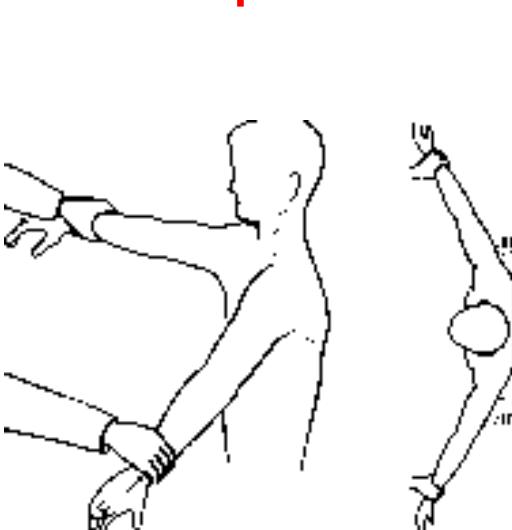
Examen Clinique

- 3. Testing coiffe:

sub-scapulaire



sus-épineux

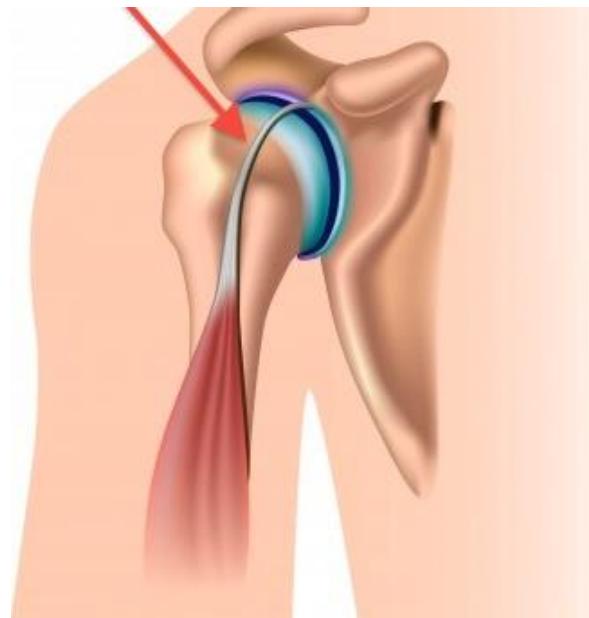


infra-épineux et petit rond



ABSENCE DE DOULEUR et BONNE FORCE : test normal
BONNE FORCE mais DOULEUR : inflammation
Perte de force : rupture

Examen Clinique

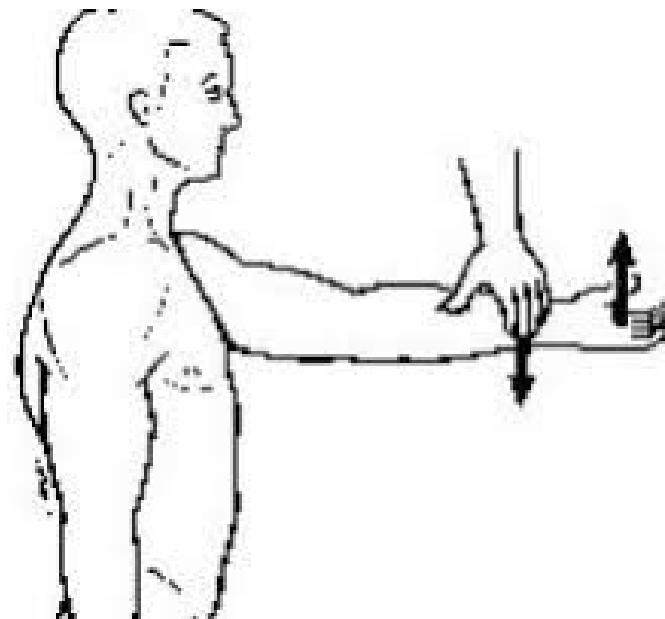


- Biceps brachial (long)

Instabilité



Tendinite

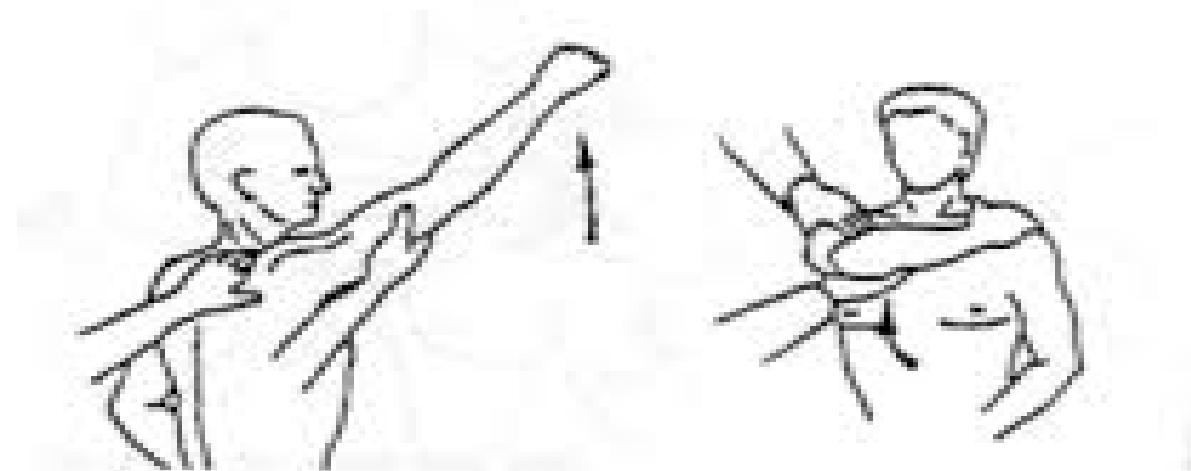


Examen Clinique

- 4. Palpation

- Gouttière
- Trochiter
- Acromio-claviculaire +- cross body test

--> TERMINER PAR MANŒUVRE DE CONFLIT car fort douloureux



RASSURANT	BILANTER PLUS RAPIDEMENT
SOUPLE	RAIDE
DOULEUR INFLAMMATOIRE	DOULEUR MECANIQUE
NON DEFICITAIRE	DEFICITAIRE
APPARITION RAPIDE	APPARITION LENTE

Quel Examen Complémentaire

- Inutile si clinique rassurante sur pathologie de surutilisation
- Coiffe avec examen rassurant: Rx et écho
- Coiffe déficitaire: Arthro-scanner ou IRM
- Intra-articulaire (biceps, instabilité,..): Arthro-scanner
- NB: si suspicion lésion feuillet superficiel ou allergie iode:
→IRM (+- Gadolinium)

Quel Examen Complémentaire

1. Rx

- Arthrose
Calcifications

Acromion

Subluxation



Quel Examen Complémentaire

- 2. Arthro-CT



Quand Référer?

- Règle générale:
 - Epaule mobile = pas d'urgence
 - Epaule raide ou impotence sévère = référer plus rapidement
- Post-traumatique: toujours faire Rx
- Examen rassurant: commencer kiné
- Si pas d'amélioration après 1 mois:
 - →examen complémentaire et référer

Possibilités thérapeutiques

- Repos relatif +- AINS
- Kinésithérapie
- Infiltration sous-acromiale
- → ECHOGUIDAGE PRIMORDIAL



Messages

- Anamnèse détaillée
- Examen clinique complet
 - Diagnostic et prise en charge
- Cas douteux ou résistants au traitements conservateurs
 - l'**US** est l'examen de choix
- Très bonne réponse au traitement conservateur
- **Seule une rupture traumatique aiguë du tendon subscapulaire justifie une intervention chirurgicale rapide**

Indications opératoires courantes en chirurgie de l'épaule

- Instabilité chronique de l'épaule avec appréhension persistante
- Rupture de coiffe transfixiante avant 60 ans
- Toute pathologie bien diagnostiquée mais résistante au traitement conservateur (conflit, calcifications, micro-instabilité, arthrose,...)

→ chirurgie = dernière ligne de traitement

PREVENTION EN ORTHOPEDIE

ORTHOS

-

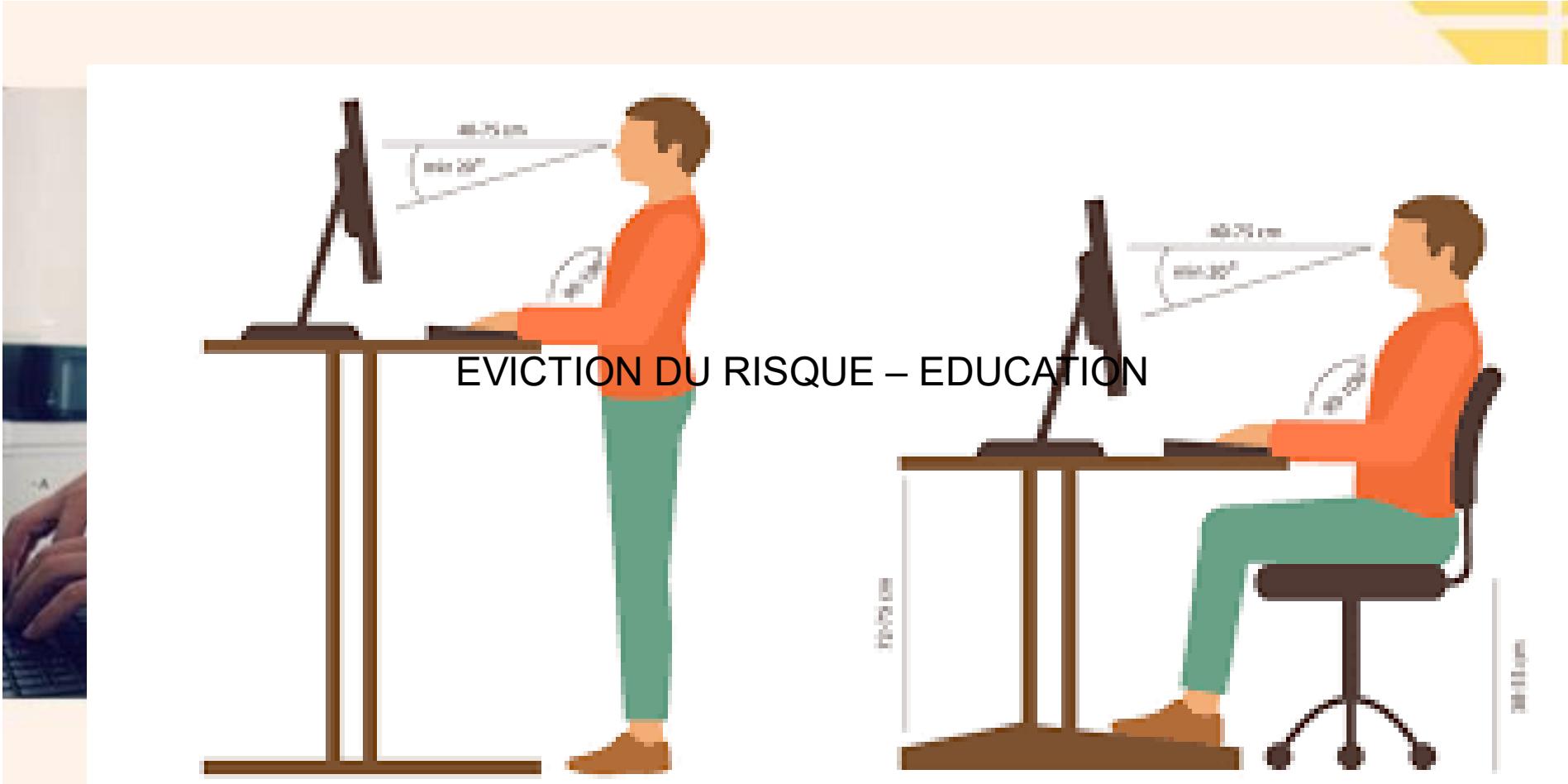
PAÏDOS



- Prévention de la chute
- Stabilisation du squelette
(semelles, corset, atelles,...)
- Minimiser le risque opératoire
(tabac, dénutrition, Ab prophylactique)



Prévention primaire





Autres niveaux d'action

Prévention secondaire:

- La pathologie est déjà présente
- Prévenir la récidive ou l'apparition controlatérale

Prévention tertiaire:

- Prévention post-opératoire générale (TVP, escarres, infection, cicatrisation, consolidation...)
- Cas particuliers (Algodynsthrophie, capsulite,...)
- En pratique:
 - Si autorisation de bouger → BOUGER!!
 - Signes infectieux → JAMAIS d'antibiotiques d'emblée (prélèvements biaisés)
 - Evolution dans le temps (CRP, douleur, œdème,...)



Prévention quaternaire

Optimisation des examens utiles/nécessaires

Promotion des contacts entre les différentes lignes de soins

Savoir quand NE PAS OPERER!



TAKE HOME MESSAGE

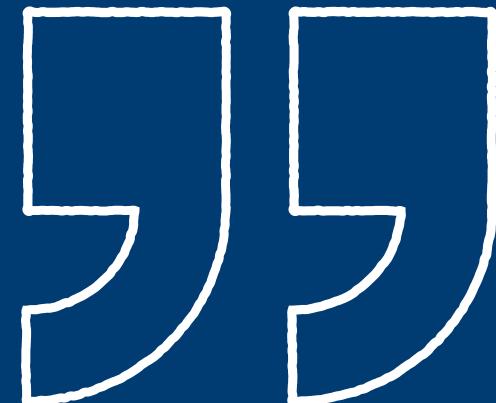
BOUGER - POSTURE

SUIVI POST-OPERATOIRE

Savoir quand NE PAS OPERER!



QUESTIONS



- Sweeting, Kent, et Michael Mock. « **Gait and Posture - Assessment in General Practice** ». *Australian Family Physician* 36, n° 6 (juin 2007): 398-401, 404-5.
- Anan, Tomomi, Shigeyuki Kajiki, Hiroyuki Oka, Tomoko Fujii, Kayo Kawamata, Koji Mori, et Ko Matsudaira. « **Effects of an Artificial Intelligence-Assisted Health Program on Workers With Neck/Shoulder Pain/Stiffness and Low Back Pain** »: Randomized Controlled Trial ». *JMIR mHealth and uHealth* 9, n° 9 (24 septembre 2021): e27535.
- Maayah, Mikhled Falah, Zakariya H. Nawasreh, Riziq Allah M. Gaowgreh, Ziyad Neamatallah, Saad S. Alfawaz, et Umar M. Alabasi. « **Neck Pain Associated with Smartphone Usage among University Students** ». *PLoS One* 18, n° 6 (2023): e0285451.
- Eg, Leivas, Corrêa La, et Nogueira Lac. « **The Relationship between Low Back Pain and the Basic Lumbar Posture at Work: A Retrospective Cross-Sectional Study** ». *International Archives of Occupational and Environmental Health* 95, n° 1 (janvier 2022).