



Kliniek SINT-JAN  
Clinique SAINT-JEAN

# RESUMES

RÉSEAU MULTIDISCIPLINAIRE D'ÉCHANGE SCIENTIFIQUE

## Examen clinique de l'épaule et prévention

*Dr Maxime Bonnelance*

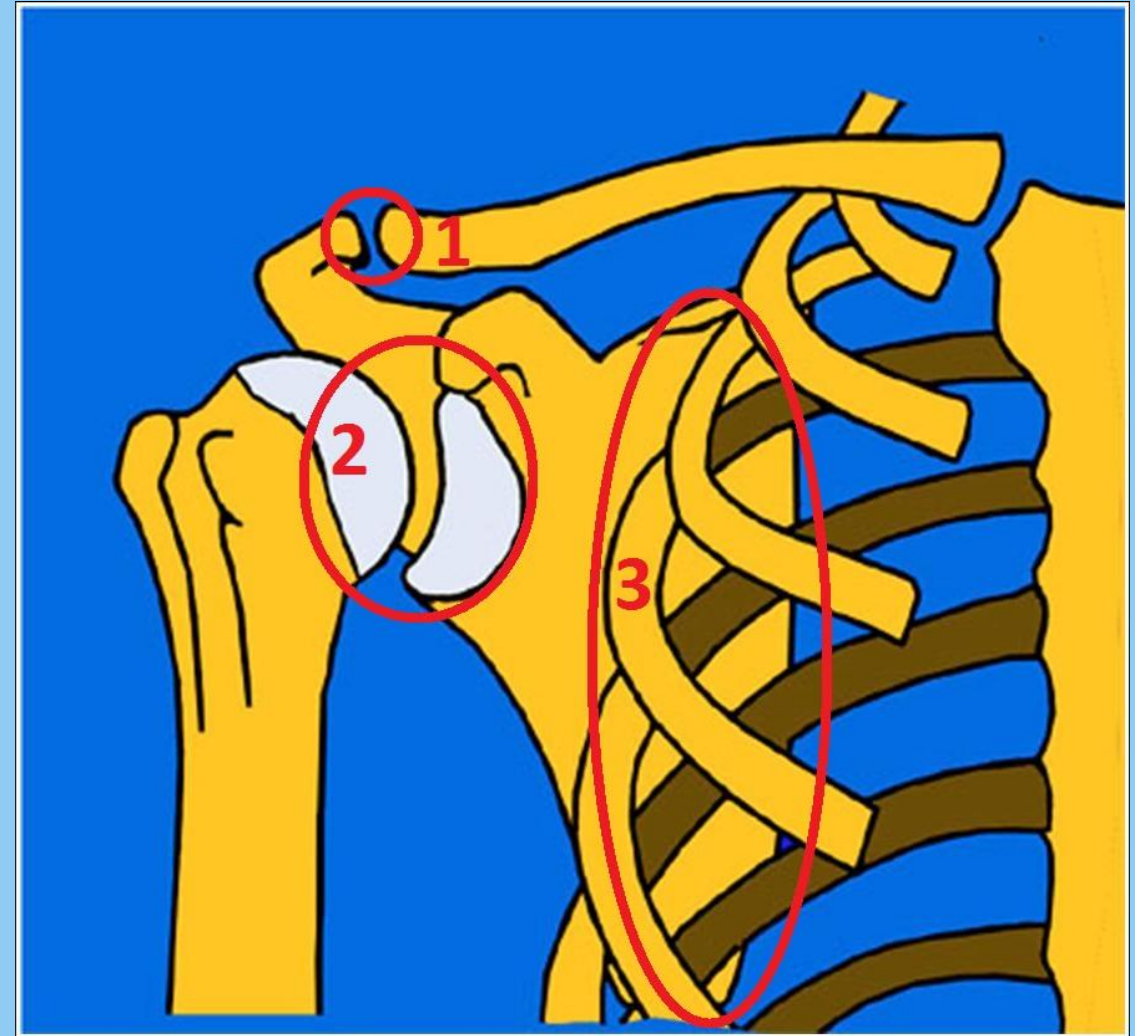
*APBMT*

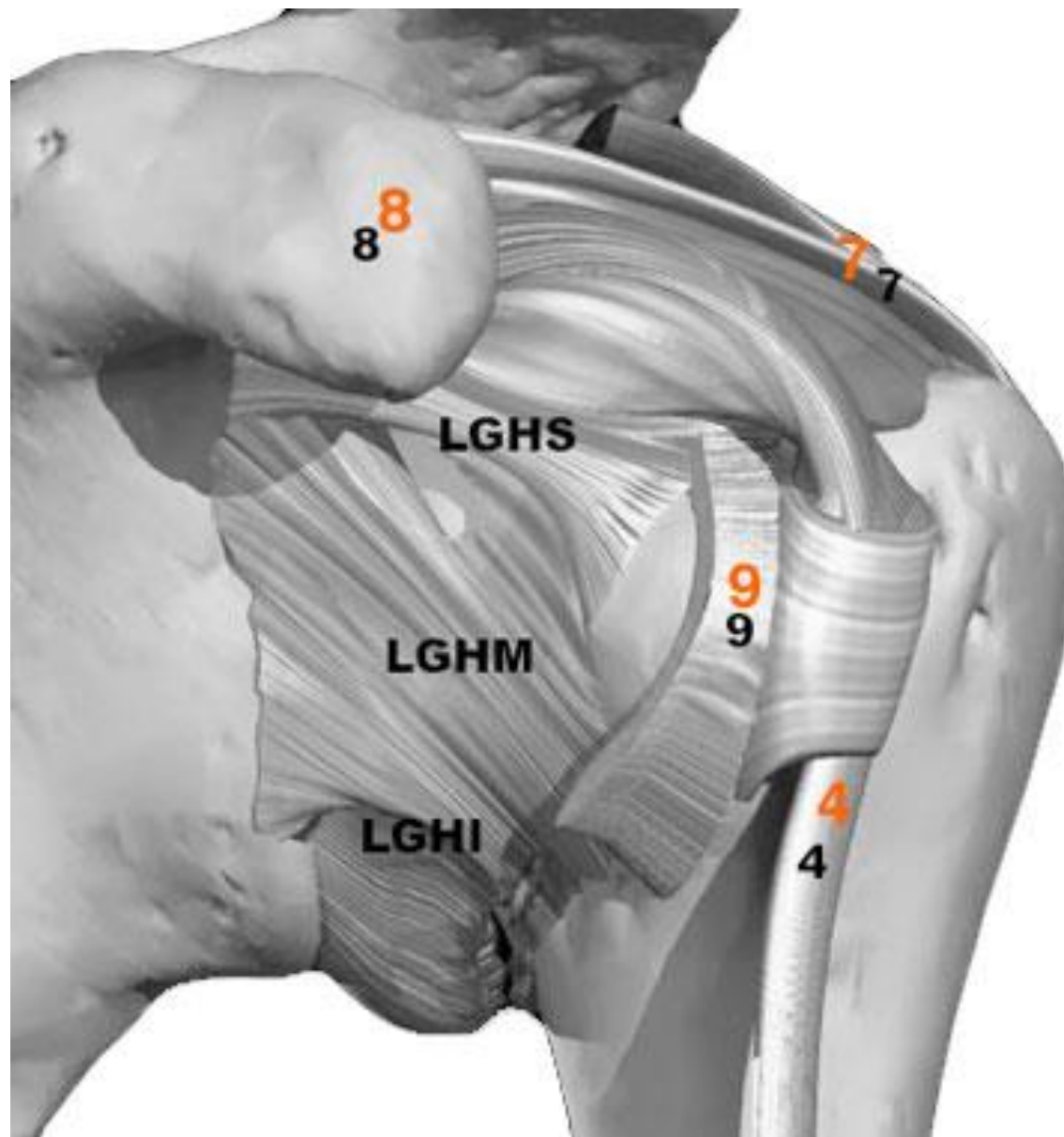
*28/11/2025*

# 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**

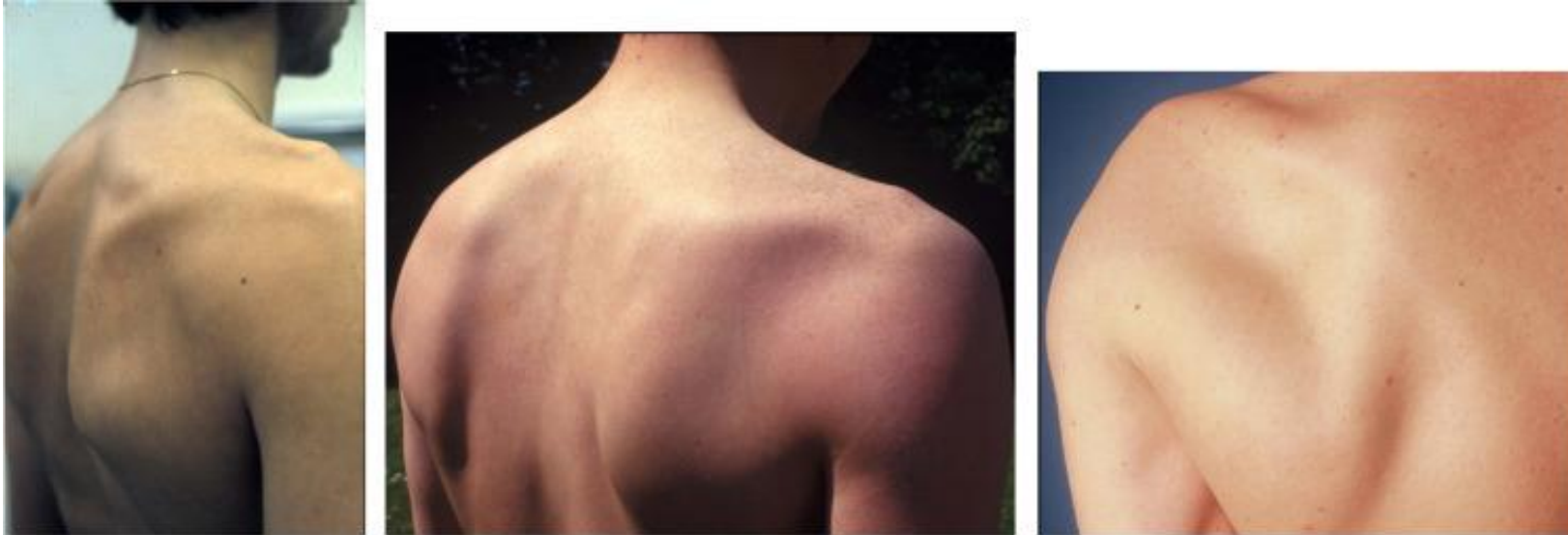
# Les questions à poser

- 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

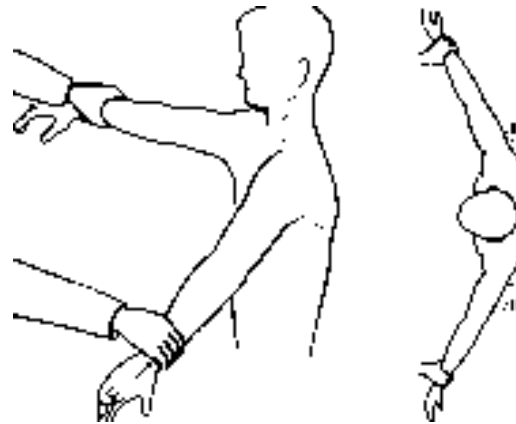
# Examen Clinique

- 3. Testing coiffe:

sub-scapulaire



**sus-épineux**



infra-épineux et petit rond

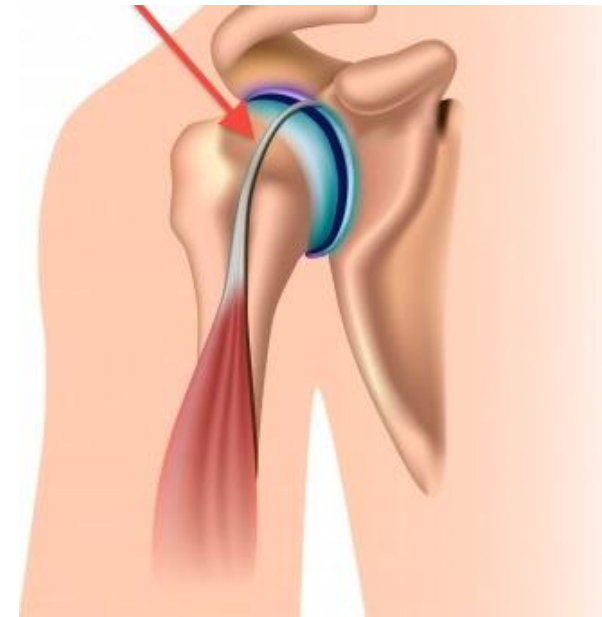


ABSENCE DE DOULEUR et BONNE FORCE : test normal  
BONNE FORCE mais DOULEUR : inflammation  
Perte de force : rupture

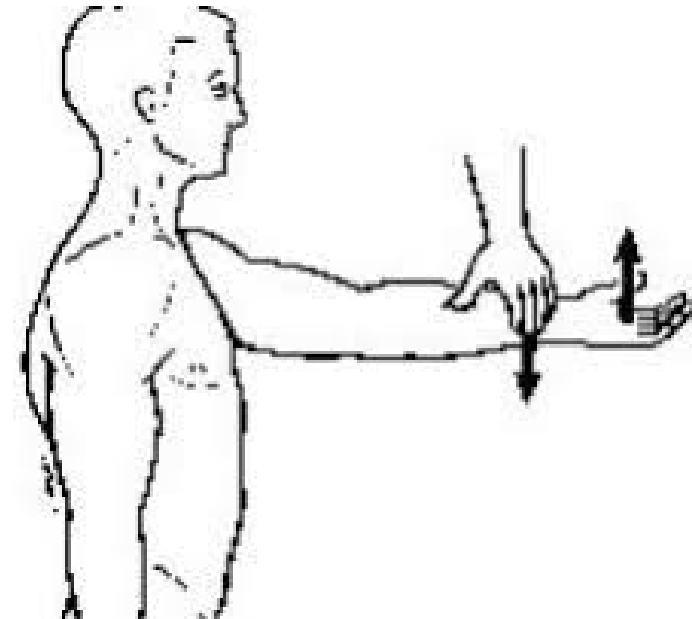
# Examen Clinique

- Biceps brachial (long)

Instabilité



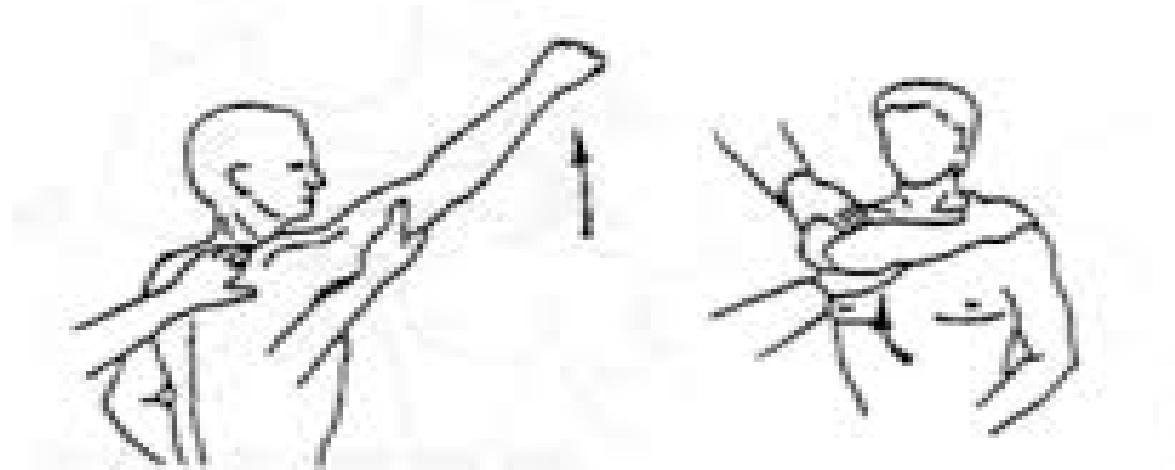
Tendinite



# 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 aux 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

-

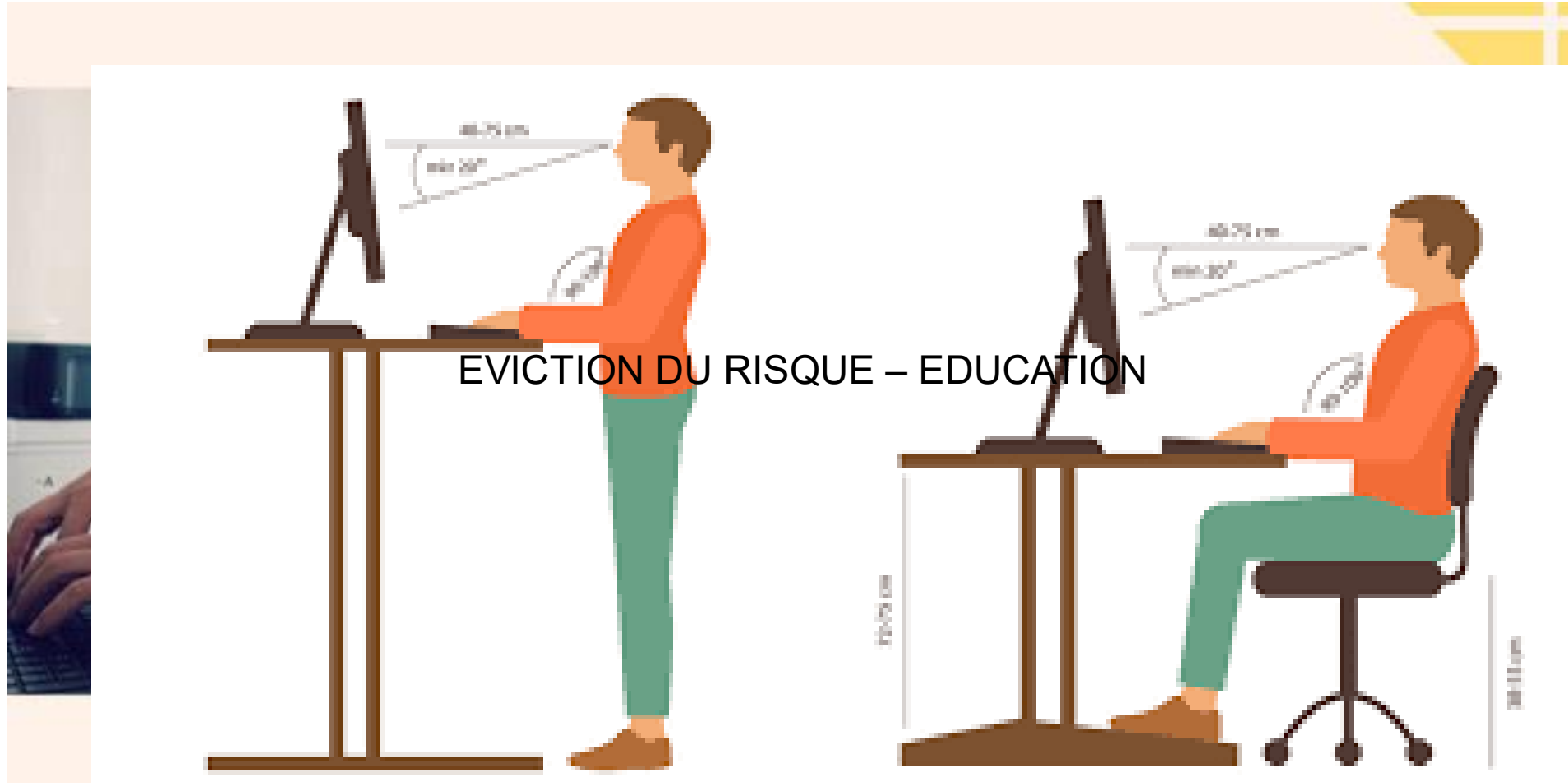
# PAÏDOS



- 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 récurrence ou l'apparition contralatérale

## Prévention tertiaire:

- Prévention post-opératoire générale (TVP, escarres, infection, cicatrisation, consolidation...)
- Cas particuliers (Algodystrophie, 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!



**ATTENTION**  
**NE PAS**  
**OPÉRER**

# 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. Gaowgzeh, 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).