L'Épaule Raide : Définitions & Examen Clinique

Dr Thomas CUINET

Mercredi 30 septembre
Maison Lassagne

SFR AuRa
Société Française de Radiologie
Auvergne Rhône-Alpes

GREP
Groupe Rhumatologique français de l'Épaule
www.grep-asso.org

Rappel : anatomie

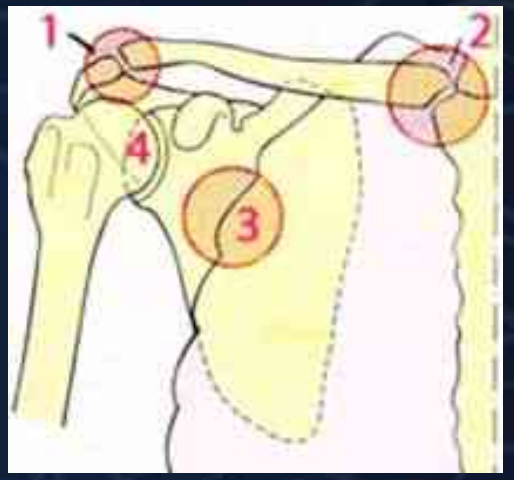
Epaule : 4 articulations

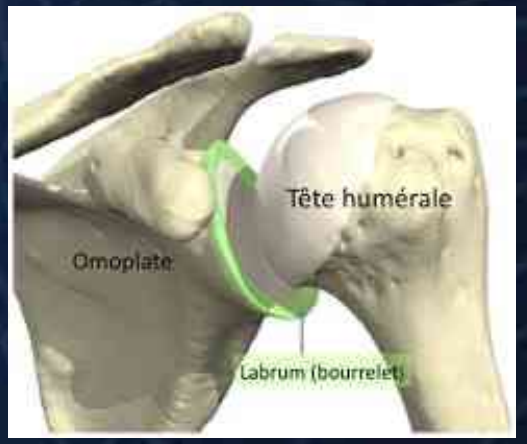
→ Articulation acromio-claviculaire

→ Articulation sterno-claviculaire

→ Articulation **gléno-humérale** : + mobile

→ Articulation Scapulo-thoracique





Rappel : anatomie

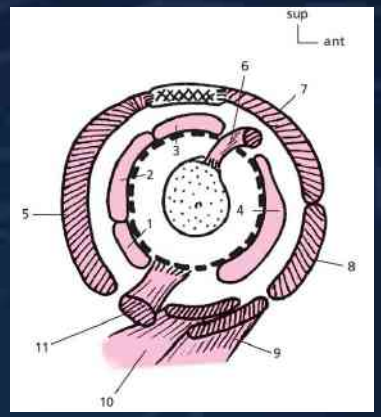
Articulation gléno- humérale

- Coiffe des rotateurs

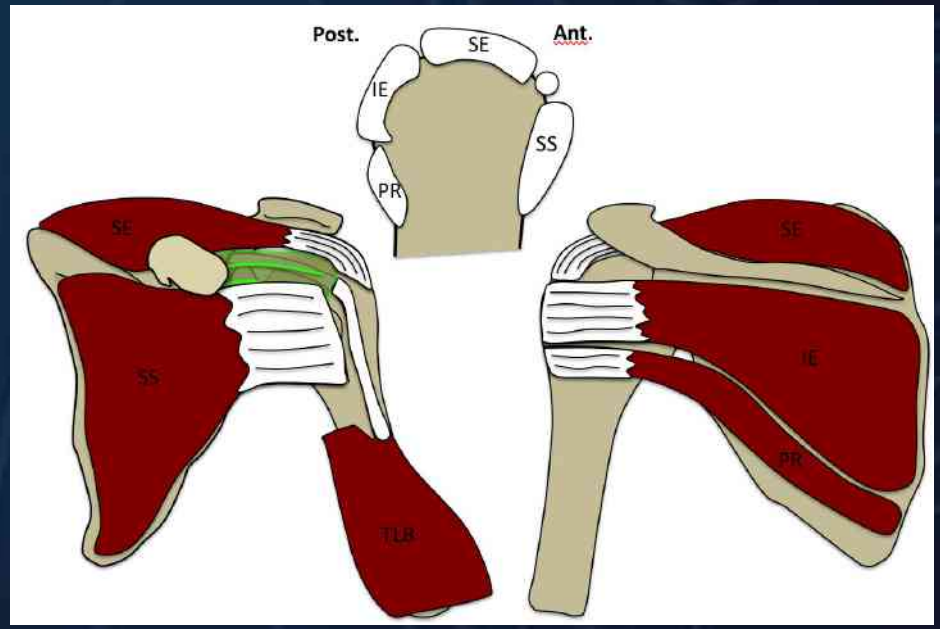
- Ligaments

- Capsule articulaire

- Labrum







Définitions

→ La Raideur

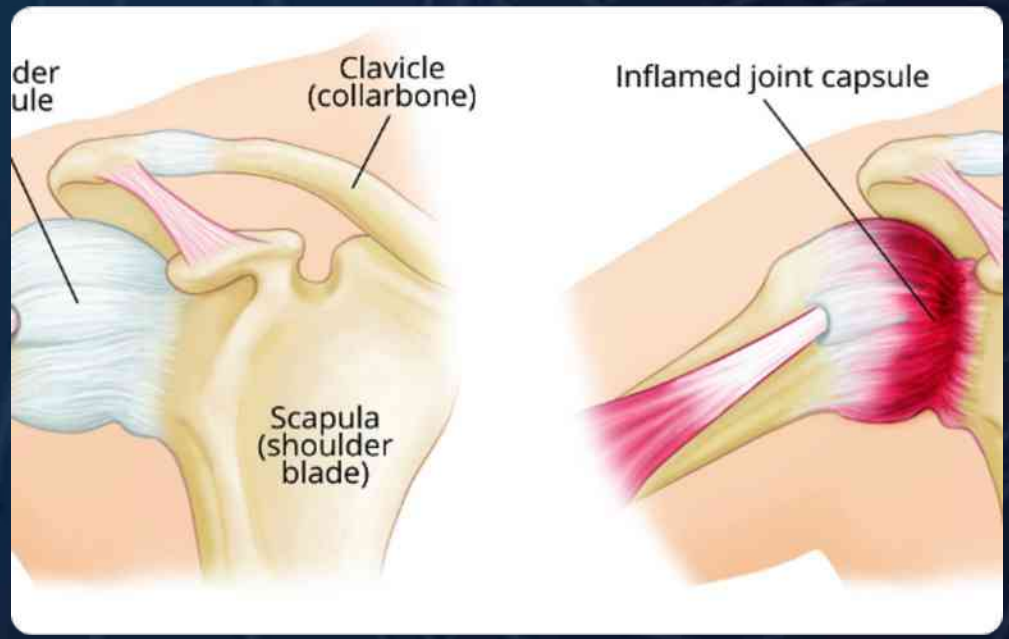
Déficit Passif ET Actif

- Limitation mécanique stricte du secteur **PASSIF**
- L'examinateur ne peut pas passer l'obstacle

Signal d'Alarme : RE1 Passive

Déficit de la **Rotation Externe (RE1)** comparative





Définitions

→ Epaule pseudo-paralytique

Déficit des mobilités ACTIVES ++

Mais amplitudes passives **normales**

EAA < 90 avec une EAP symétrique



Examen clinique



- Inspection



- Palpation des reliefs

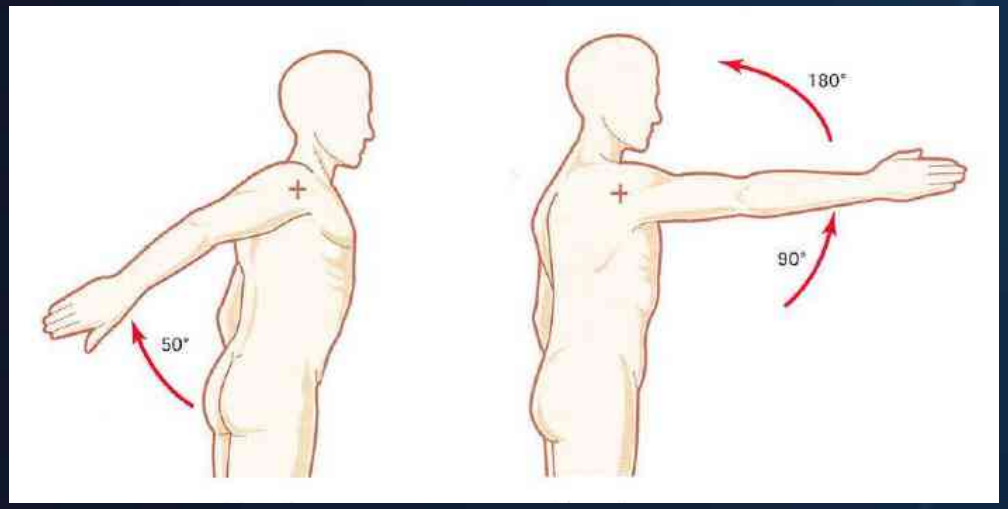
- Recherche de points douloureux

DIrs cervicales / Acromio-claviculaire / …

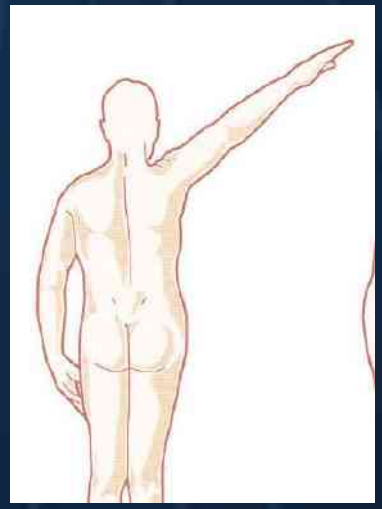


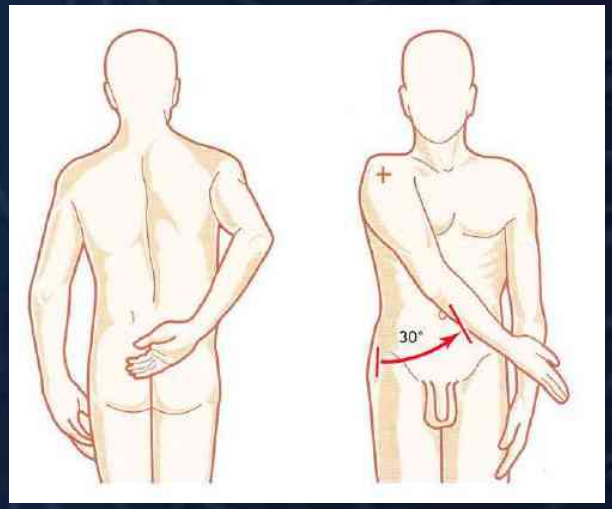
Rappel : mobilités

- Antépulsion/Extension



- aBDuction/aDDuction



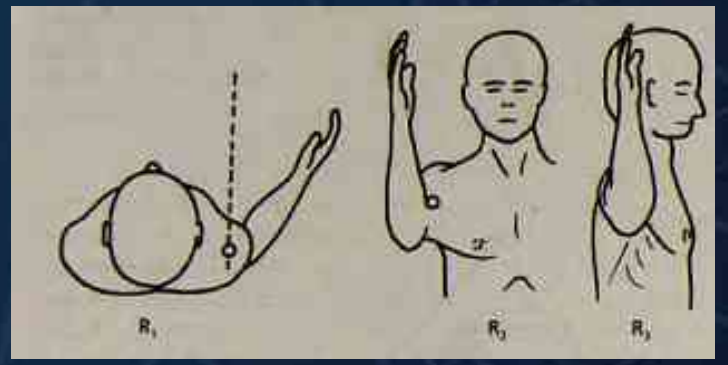


Examen clinique

- Rotation médial



- Rotation externe (RE1/RE2)

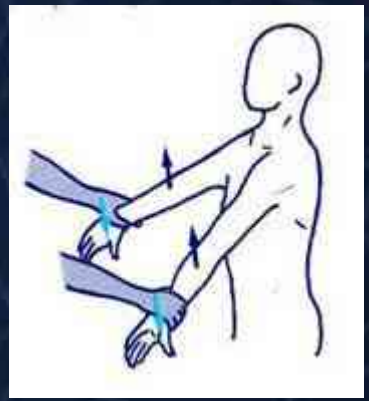


Cas particulier : **Epaule Raide**

- Position allongée

- Testing de coiffe non contributif

Exception → post- instabilité (éliminer rupture massive de coiffe)



⚠ Examen toujours bilatéral et comparatif

Examen paraclinique

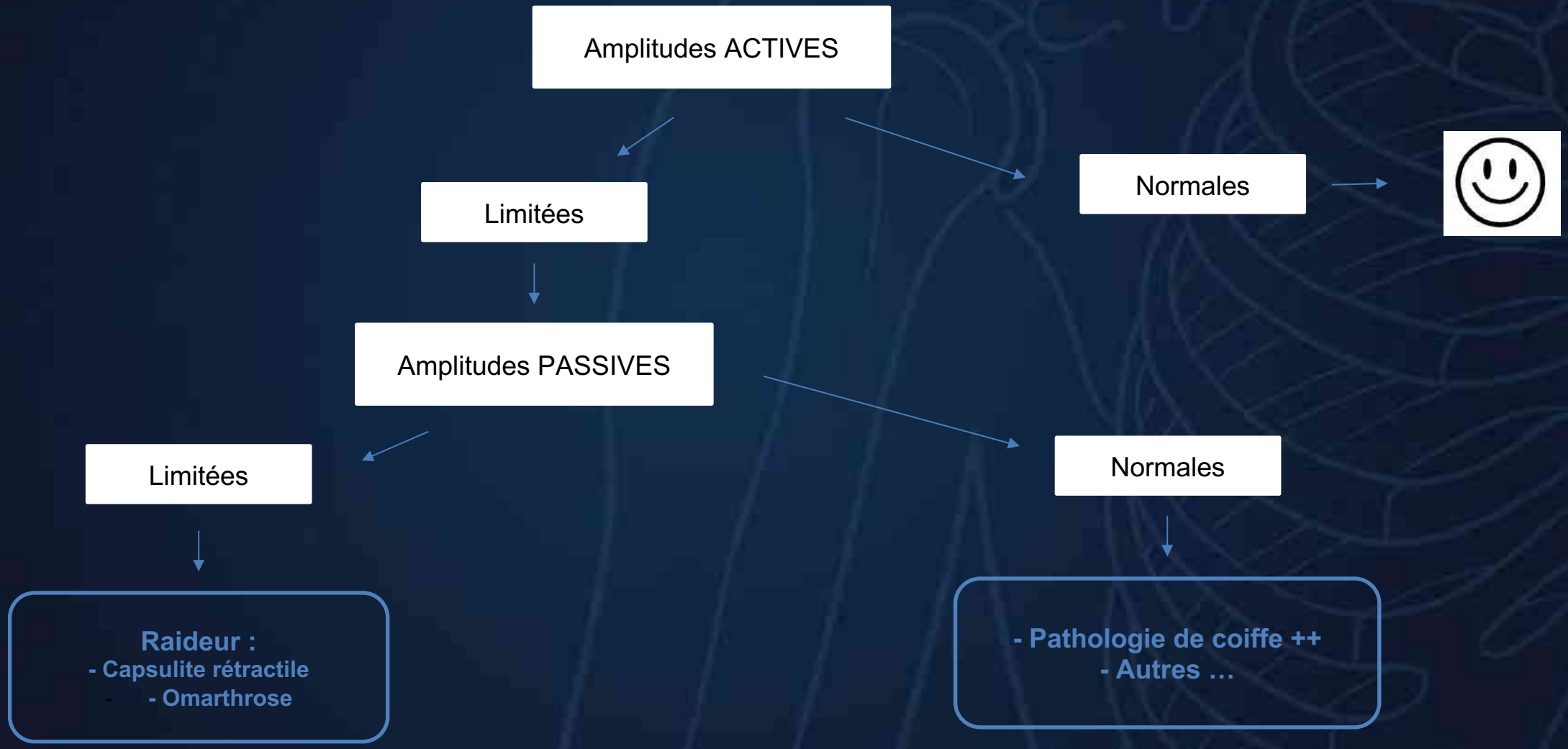
- **Radiographies standards** (Face 3 rotations + profil de Lamy)



→Indispensable



Arbre diagnostique



Conclusion

1. **Toujours tester le passif :** si actif limité → Evaluation position **allongée**

2. **RE1 est la clé :** Le déficit passif de RE1 definit la raideur d'épaule

3. **Différencier par la radio :** Capsule rétractée (radio normale) vs Omarthrose (radio altérée).

Merci de votre attention

