

Test clinique pour l'instabilité vraie chronique de l'articulation gléno-humérale

Mots clés : ► Articulation gléno-humérale ► Instabilité ► Test clinique ► Thérapie manuelle

Devant un tableau douloureux au niveau de l'épaule et du bras chez un jeune adulte, y compris avec des signes de tendinopathies au niveau de la ceinture scapulaire, il faut toujours penser à un tableau d'instabilité de la tête humérale comme élément précurseur à d'autres pathologies. Certains sports favorisent ces instabilités comme la gymnastique, la natation et des sports de lancer comprenant le geste répétitif de l'armer.

Il est important devant une suspicion d'instabilité de rechercher des signes d'hyperlaxité articulaire comme une hypermobilité en RE1 de plus de 90° et des tiroirs antéro-postérieurs volontaire déclenché par le patient. Les signes d'hyperlaxité généraux seront peut-être à mettre en évidence (hyperrotation des hanche, pouce touchant l'avant-bras, recurvatum excessif des genoux et des coudes).

Intérêt des tests cliniques

1. Ils nous permettent de déterminer le type de séance et notamment l'intérêt et le choix des techniques manipulatives.
2. Ils nous déterminent un diagnostic d'exclusion :
 - soit médical pour déclencher une consultation spécialisée (par exemple dans le cas de douleurs irradiantes dans le bras lors d'une suspicion de syndrome du billot humérale [1] ;
 - soit d'exclusion fonctionnelle pour éliminer un problème lié à l'articulation gléno-humérale (par exemple, un patient qui a une douleur d'origine scapulaire et des contractures des fixateurs de l'omoplate et qui décrit des sensations de craquements dans l'articulation gléno-humérale). La non-reproduction des douleurs pendant les tests permettra aux thérapeutes de mieux localiser les manœuvres thérapeutiques sur l'articulation serrato-thoracique.

Description de ces tests [2-5]

Le test d'appréhension et le test de surprise ou « *Anterior release test* » semblent être les tests les plus fiables avec des probabilités post-tests de 91 et 80,7 % d'avoir une instabilité [4]. Hegedus *et al.* [6] préfèrent associer les deux tests d'appréhension et de relocation test en citant les travaux de Farber *et al.* [7] avec des ratios de vraisemblance positif de 39,68 et négatif de 0,19.

On peut également se poser la question de rechercher dans ce tableau clinique d'instabilité vraie des lésions de Bankart (lésions du labrum antérieur) ou des « *Slap lesions* » (lésion du labrum supérieur au niveau de l'insertion du tendon long biceps). Ces dysfonctions entraînent souvent une sensation d'instabilité mais qui ne sont pas forcément une instabilité vraie. Il n'existe pas de preuve et de corrélation entre les deux pathologies.

■ Descriptions du test d'appréhension : mise en évidence d'une instabilité gléno-humérale antérieure

Le sujet est en décubitus dorsal ou assis. Le thérapeute place une main au niveau du coude (fléchi à 90°) du sujet et amène le bras à 90° d'abduction. Il place son autre main au-dessus du poignet, puis amène le bras en rotation externe maximale [3] ; il crée une poussée douce sur la partie antérieure antibrachiale (fig. 1, page suivante).

Le test est positif si l'apparition d'une appréhension du sujet à continuer le mouvement de rotation externe. Cette appréhension peut être ou non accompagnée d'une douleur. Le fait d'obtenir la crainte du patient rend le test beaucoup plus fiable. On peut rajouter une force sur la partie

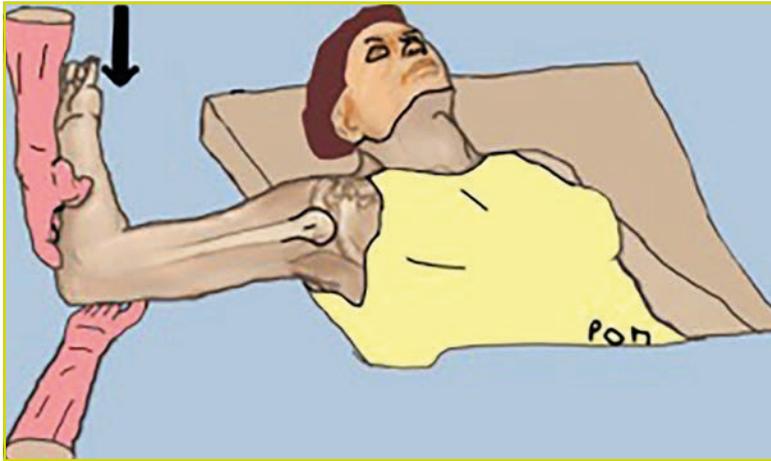
Pascal POMMEROL

Cadre de santé
Kinésithérapeute
Ostéopathe
PAPL Formation
Université Lyon 1 (69)

Dr Vincent TRAVERS

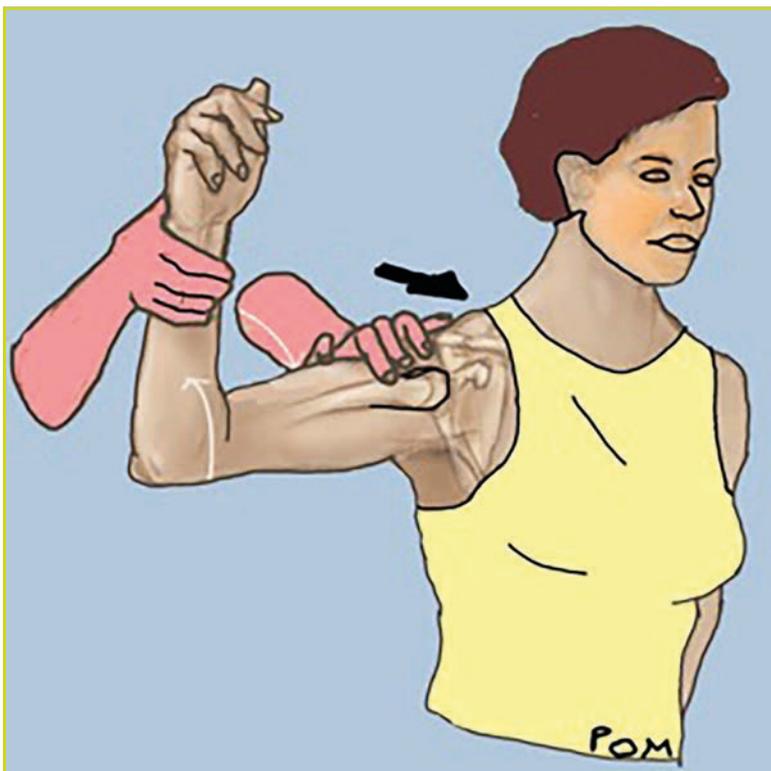
Chirurgien du membre supérieur
Clinique Saint-Charles Lyon
Clinique des Lauriers Saint-Raphael (83)

Test clinique pour l'instabilité vraie chronique de l'articulation gléno-humérale



► **Figure 1**

Test d'appréhension :
on amène la rotation latérale en abduction (90°) au maximum par la main antibrachiale, l'autre main maintenant le bras
Le signe est positif si le patient manifeste une peur de la luxation ou subluxation



► **Figure 2**

Variante du test d'appréhension :
c'est le même test en assis avec en plus une main postérieure qui pousse la tête humérale en avant pour recréer le mouvement traumatisant

postérieure de la tête humérale en direction antérieure pour sensibiliser le test (fig. 2).

■ Descriptions du test de *Jobe relocation* : mise en évidence d'une instabilité gléno-humérale antérieure

Le sujet est en décubitus dorsal. Le thérapeute place une main au niveau du coude (fléchi à 90°) du sujet et amène le bras à 90° d'abduction. Il place son autre main au niveau de la face antérieure du moignon de l'épaule, puis exerce une force dirigée vers l'arrière afin d'effectuer une translation postérieure de la tête humérale (fig. 3).

Le test est positif si l'appréhension du sujet diminue lors de l'application de la force postérieure. Cette appréhension peut être ou non accompagnée d'une douleur. Il existe peu de différence au niveau de la fiabilité entre la douleur et l'appréhension.

• **Ajout** : on peut relâcher brutalement la force postérieure pour voir si la douleur réapparaît (*Anterior release test*) ou appliquer ensuite une force en direction antérieure pour recréer la douleur test antérieur de réharmonisation gléno-humérale [3].

Pour diagnostiquer une *Slap lesion*, le test de mise en charge du biceps est le test le plus fiable (*Biceps load test II*) avec une probabilité post-test de 93,8 % [4].

• **Description du *Biceps load test*** : le sujet est couché, le bras est élevé à 120° d'abduction, en rotation latérale maximale et en supination. On demande au patient une flexion de l'avant-bras contre résistance, le test est positif lorsque le patient a mal durant la flexion contre résistance.

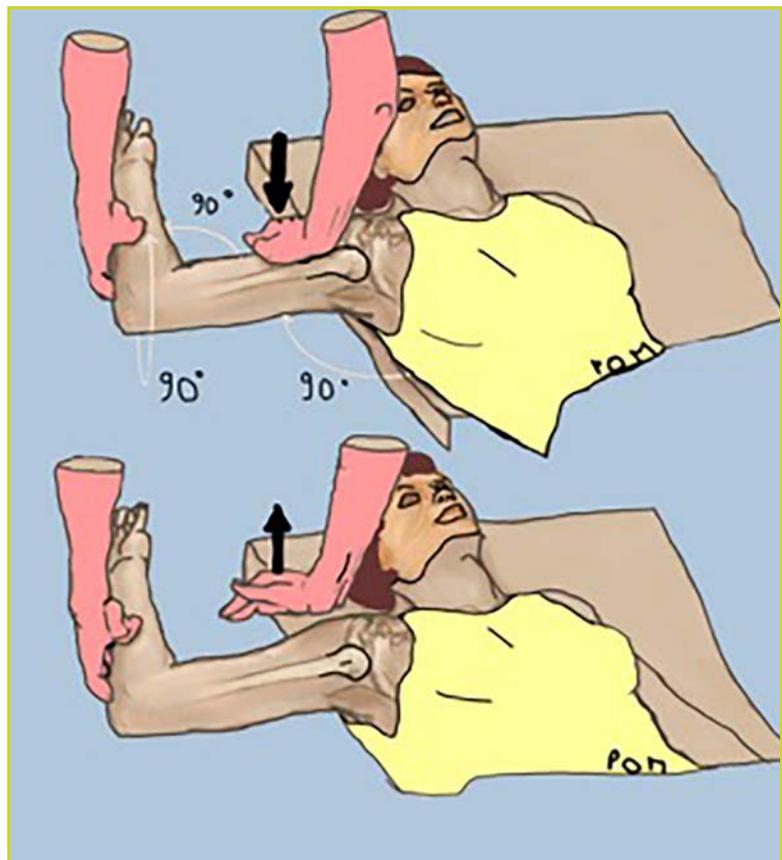
Pour diagnostiquer des lésions de Bankart, il n'existe pas de tests spécifiques, le *Relocation test* semble être un des meilleurs et certains proposent une batterie de tests incluant 5 tests [4] avec des ratios positifs de 6 et des ratios négatifs de 0,12 :

- le test de relocation (décrit précédemment) ;
- le test d'appréhension (décrit précédemment) ;
- le test de tiroir (décrit plus loin) ;
- le signe du Sulcus : ce test vise à rechercher une augmentation de l'espace entre l'acromion et la

partie supérieure de la tête humérale lorsque le sujet est assis bien relâché par une force appliquée sur la partie distale de l'extrémité inférieure de l'humérus. Le test est positif si cet espace augmente de façon visuelle et signe une instabilité inférieure de la tête humérale. Ce signe est surtout présent dans les épaules paralytiques (hémiplégie, paralysie du plexus brachial) ;

- le signe de Crank [3] : le patient est en décubitus dorsal. Le praticien place le bras en abduction dans le plan de l'omoplate, puis réalise une compression dans l'axe de l'humérus avec une rotation médiale, puis latérale. Le test est positif s'il y a douleur.

De plus en plus d'études nous proposent des batteries de tests fiables, nous reviendrons sur ces tests d'épaule dans un prochain numéro. ✘



► **Figure 3**

Test de relocation de Jobe :

1^{er} temps : l'appui antérieur soulage le patient

2^e temps (Anterior release test) : le relâchement rapide recrée de nouveau la douleur et l'apprehension



BIBLIOGRAPHIE

- [1] Pommerol P. *Thérapie manuelle des syndromes canaux de l'épaule*. Montpellier : Sauramps Médical, 2017 (à paraître).
- [2] Walch G, Agostini J, Levigne C, Nove-Josserand L. Instabilité antérieure récidivante avec hyperlaxité multidirectionnelle de l'épaule. *Rev Chir Orthop* 1995;81:682.
- [3] Cleland J. *Examen clinique de l'appareil locomoteur : tests, évaluation et niveaux de preuve*. Issy-les-Moulineaux : Éditions Elsevier-Masson, 2011.
- [4] Biederwolf NE. A proposed evidence-based shoulder special testing examination algorithm: Clinical utility based on a systematic review of the literature. *Int J Sports Phys Ther* 2013 Aug;8(4):427-40.
- [5] Rodineau J, Courroy J, Kumar A. Épaules douloureuses et instables par lésion du bourrelet et du rebord glénoïdiens. *Médecine du Sport* 1980;54:343.
- [6] Hegedus EJ *et al.* Combining orthopedic special tests to improve diagnosis of shoulder pathology. *Phys Ther Sport* 2015;16(2):87-92.
- [7] Farber AJ, Castillo R, Clough M *et al.* Clinical assessment of three common tests for traumatic anterior shoulder instability. *J Bone Joint Surg [Am]* 2006;88:1467-74.