

**EPU - BS**

# **Pathologie du membre supérieur chez le patient sportif.**

**Expert : Dr Patrick POPPE  
Formateur : Dr Benoit DOUAY**

Abbeville le 27 Janvier 2011

**PRE-TEST**

	VRAI	FAUX	
Le conflit sous-acromial est la principale cause de tendinite de la coiffe chez le sportif	X		
La manœuvre de Neer teste le long biceps		X	
Une douleur à la palpation du tendon suffit à affirmer un diagnostic de tendinite		X	
La manoeuvre de Finkelstein est pathognomonique d'une ténosynovite de De Quervain	X		
Le traitement de la rupture du LLI de la métacarpo-phalangienne du pouce n'es pas obligatoirement chirurgical : un gantelet plâtré de 6 semaines est suffisant		X	
Le traitement du doigt en maillet (désinsertion du tendon extenseur sur la base de P3) est orthopédique	X		
Il est recommandé de ne pas dépasser 3 infiltrations dans une épicondylite du coude	X		
Une immobilisation de 15 jours suffit à traiter une luxation inter-phalangienne après réduction	X		



## Examen clinique du membre supérieur

L'examen clinique du membre supérieur est indiscociable de celui du rachis cervical à la recherche d'une douleur projetée, d'une névralgie cervico-brachiale ou d'un syndrome de traversée thoraco-brachiale :

- Mobilité cervicale
- Contractures musculaires paravertébrales
- Cellulalgie en bande
- Pouls périphériques dans différentes positions
- Réflexes ostéo-tendineux

Tout examen articulaire doit s'effectuer selon le même schéma :

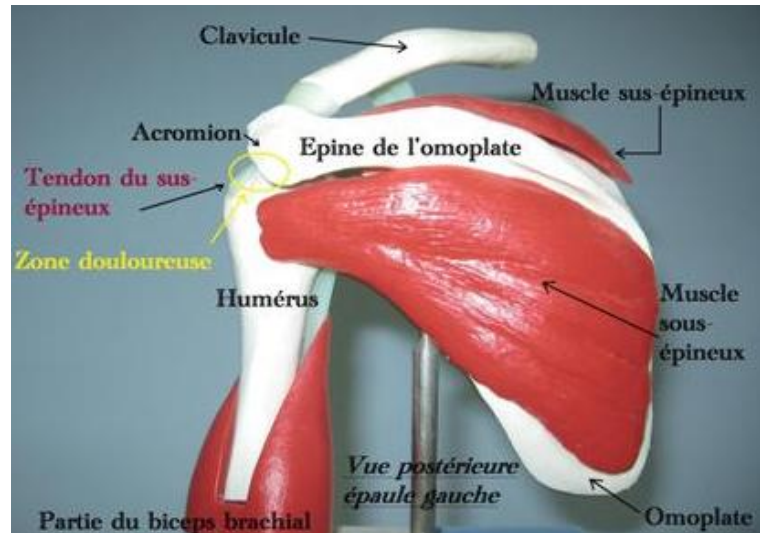
- Interrogatoire
- Inspection
- Mobilité passive
- Tests isométriques
- Signes d'instabilité
- Tests spécifiques (conflit, sd canaux)
- Palpation



## EPAULE

### Inspection

- Déshabillage
- Gestualité spontanée
- Déformations
- Trophicité musculaire (fosses épineuses, deltoïde, biceps)



### Mobilisation passive

- Dissocier scapulo-humérale et scapulo-thoracique
- Mesure des amplitudes (goniomètre)
- Mobilité du rachis cervical

### Testing analytique des muscles de la coiffe

- Sus-épineux : Abduction contrariée = JOBE
- Sous-épineux : Rotation ext contrariée = PATTE (en positions 1, 2 et 3)
- Sous-scapulaire : Lift-off test de GERBER  
Belly Press Test
- Long-biceps : Palm-up test de GILCREEST  
Supination contrariée = YERGASON

### Recherche des signes d'instabilité ant-post et inf

- Appréhension
- Rodineau
- Sillon (Sulcus)

### Signes de conflit

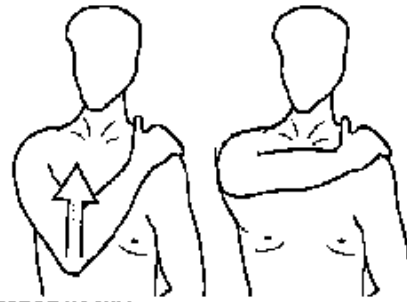
- Conflit sous acromial antérieur : NEER, HAWKINS, YOCUM
- Conflit sous acromial postérieur : WALCH

### Palpation

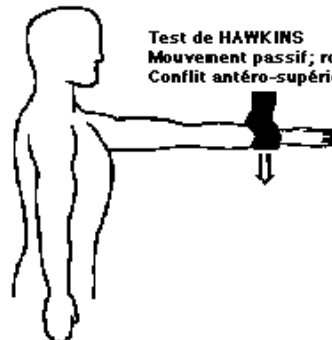
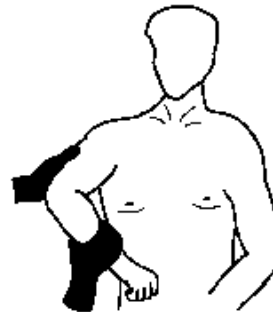
- Acromio-claviculaire
- Pincer-rouler cutané et charnière cervico-dorsale
- Douleur à la palpation des tendons :
  - Sus-épineux, Sous épineux, Sous scapulaire,
  - Long biceps



**MANŒUVRE DE JOBE**  
Elévation contrariée des bras à 90° d'abduction et  
30° antépulsion  
Test du Sus épineux



**TEST DE YOCUM**  
Mouvement actif d'élévation du coude  
Conflit tubercule majeur/ ligament acromio-coracoïdien  
puis avec éventuelle ostéophyte inférieure acromiale



**Test de HAWKINS**  
Mouvement passif; rotation interne à 90° d'antépulsion  
Conflit antéro-supérieur et conflit antérieur coracoïdien

**PALMUP TEST**  
Elévation antérieur du bras  
en rotation externe contre résistance  
Chef long du biceps brachial



Fig. 276 - Le test est négatif si le sujet peut abaisser le bras du plus de 90° et maintenir cette position.



Gerber

Belly Press-Test



## COUDE

### Inspection

- Déformation
- Ecchymose

### Mobilité passive

- Flexion-extension
- Prono-supination

### Tests isométriques

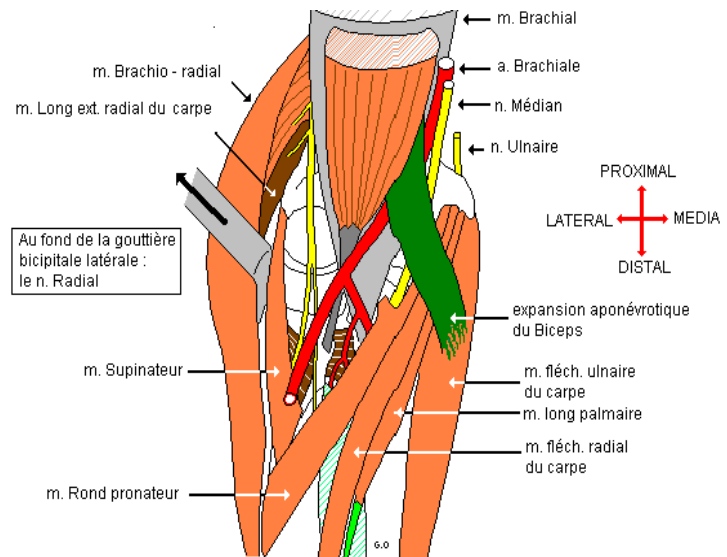
- Flexion-extension
- Prono-supination

### Signes d'instabilité

- Laxité latérale

### Palpation et tests spécifiques

- Triceps, biceps
- Epicondyliens
- Epitrochléens
- Conflit post
- sd canaux :
  - Médian : Anneau sus-épitrochléen  
Arcade du FCS et rond-pronateur
  - Cubital : Gouttière épitrachéo-olécr  
Entre chefs du cubital ant
  - Radial : Entre faisceaux du court sup



La région du pli du coude et les gouttières bicipitales latérale et médiale



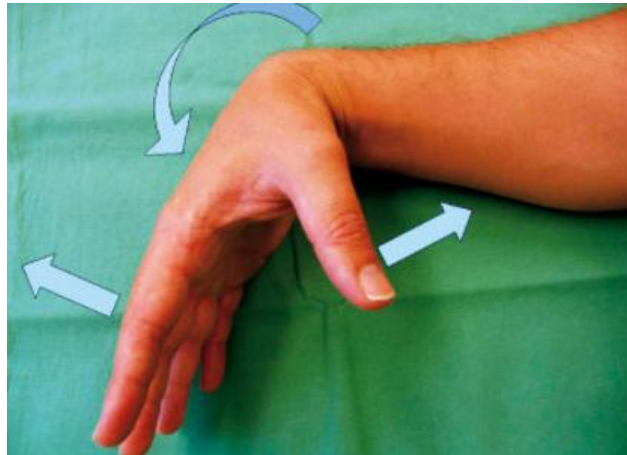
## POIGNET ET MAIN

### Inspection

- Œdème
- Déformations (VISI, DISI)

### Mobilité passive

- Flexion-extension
- Prono-supination
- Laxité ant-post



### Tests isométriques

- Cubital post et ant
- Radiaux
- Muscles du pouce

### Palpation

- Scaphoïde, semi-lunaire, styloïde radiale
- Tendons : cubital post, long supinateur, long abducteur et court supinateur du I
- Ligament triangulaire

### sd canaux :

- Médian : Canal carpien
- Cubital : Compression post-int (Cyclisme)
- Radial : Compression post-ext (comescope sd)



## DOIGTS

### Inspection

- Déformation
- Ecchymose

### Mobilité passive

- Flexion-extension
- Prono-supination

### Tests isométriques

- Flexion-extension
- Abduction et adduction du pouce

### Signes d'instabilité

- Laxité latérale

### Testing

- Rupture tendineuse
- Doigt à ressaut





## Cas Clinique 1

Jean-Claude, 38 ans, VRP, est un sportif accompli. Il joue encore au football chez les vétérans et pratique le footing régulièrement .

Il s'est acheté il y a 3 mois un banc de musculation et travaille à la fois le « haut » et le « bas ».

Depuis 1 mois, il ressent une douleur de l'épaule gauche, surtout en développé-couché, lorsque les charges augmentent, les douleurs persistant après la séance, la nuit lorsqu'il se couche sur le côté gauche et aussi quand il attrape son ticket d'autoroute au péage.

La douleur irradie vers le V deltoïdien et il existe un arc douloureux vers 60° d'abduction active .

Il n'y a pas de cervicalgie associée .

Dans ce contexte, vous pensez à une tendinite.

### 1/ Signes cliniques à rechercher ?

#### Inspection

- Déshabillage
- Gestualité spontanée
- Déformations
- Trophicité musculaire

#### Mobilisation passive

- Dissocier scapulo-humérale et scapulo-thoracique
- Mesure des amplitudes (goniomètre)
- Mobilité du rachis cervical

#### Testing analytique des muscles de la coiffe

- Sus-épineux : Abduction contrariée = JOBE
- Sous-épineux : Rotation ext contrariée = PATTE
- Sous-scapulaire : Lift-off test de GERBER ou Belly Press Test
- Long-biceps : Palm-up test de GILCREEST  
Supination contrariée = YERGASON



Recherche des signes d'instabilité ant-post et inf

- Appréhension
- Rodineau
- Sillon (Sulcus)

Palpation

- Acromio-claviculaire
- Pincer-rouler cutané et charnière cervico-dorsale
- Douleur au testing des muscles de la coiffe :
- Douleur à la palpation des tendons :
  - Sus-épineux, Sous épineux, Sous scapulaire,
  - Long biceps

**2/ Quelles peuvent en être les causes et comment les rechercher ?**

Conflit sous acromial antérieur :

NEER, HAWKINS, YOCUM



Neer



Yocum

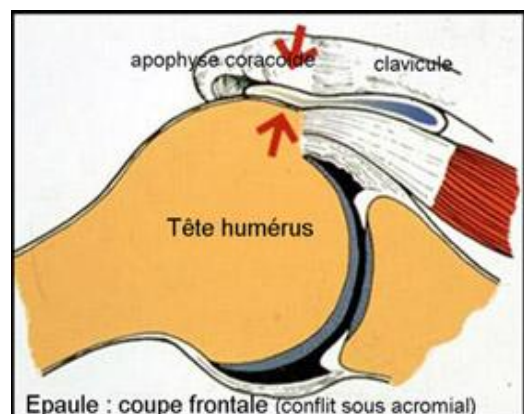


Hawkins

Conflit sous acromial postérieur :

WALCH

- Par espace sous-acromial réduit
- Par décentrage actif de tête humérale
- Oedème du tendon



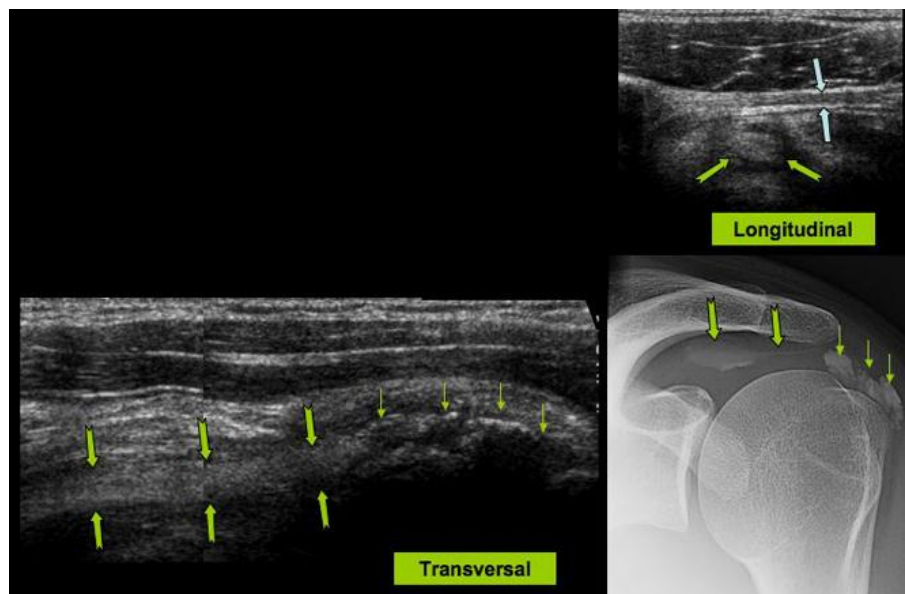
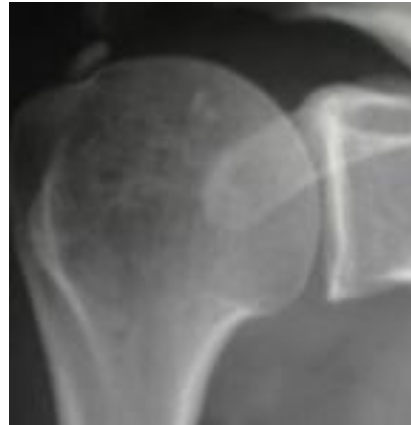
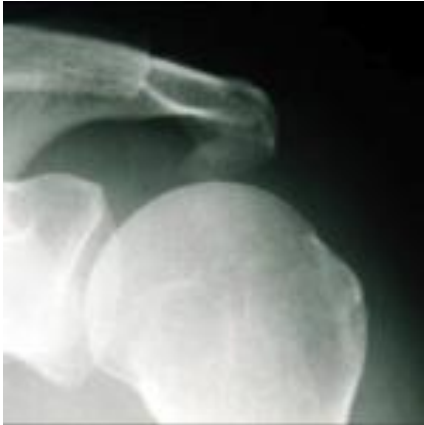
Epaule : coupe frontale (conflit sous acromial)



**3/ Bilan paraclinique éventuel ?**

*Radio standard : face, profil, face rotation interne, face rotation externe*

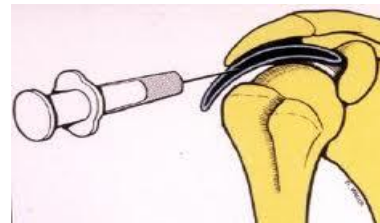
*Echographie*





#### 4/ Traitement ? Rééducation ?

- Traitement de la cause
  - Décoaptation de tête humérale
  - Renforcement des abaisseurs
  - Evitement du geste déclencheur
- 
- AINS
  - Infiltration



#### Message:

**Dans les pathologies de l'épaule penser à la roue de vélo et au garde-boue...**

**Le conflit sous-acromial est la principale cause de tendinite de la coiffe chez le sportif**



## Cas Clinique 2

*Willy, 38ans, travaille depuis 20 ans chez un manufacturier de pneumatiques, à la production, et joue régulièrement à la pétanque, en compétition, à un niveau national.*

*Il a passé deux week-ends le mois dernier à monter des meubles en kit, puis à les peindre.*

*Il est droitier et souffre depuis une dizaine de jours d'une douleur de la face externe du coude droit, essentiellement le matin au lever, douleur qui le gêne dans son activité professionnelle et surtout sportive.*

*Il vous demande de le guérir le plus rapidement possible, car les compétitions de pétanque vont bientôt démarrer. Il pense également qu'un arrêt de travail accélérerait les choses.*

### **1/Signes cliniques d'une tendinite des épicondyliens**

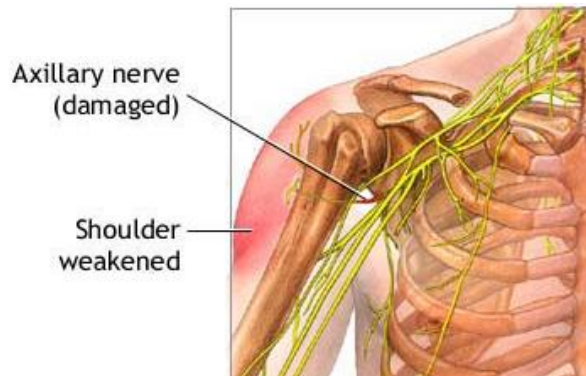
- Douleur aux contractions isométriques des extenseurs du poignet et de l'extenseur commun des doigts lorsque le coude est fléchi, majorée coude en extension
- Douleur à l'étirement des épicondyliens
- Douleur à la palpation de l'insertion des épicondyliens 1cm en avant de l'épicondyle
- Mobilité passive du coude normale



### **2/ Quelles sont les autres causes des épicondylalgies**

- Tendinite d'insertion des épicondyliens
- Arthropathie huméro-radiale : amplitudes limitées, pas de signe isométrique
- Neuropathie radiale ou cervicale (C6) : pas de signe isométrique, douleurs nocturnes

Pathologies intriquées



### 3/ Bilan paraclinique ?

- Radiographie simple du coude : Calcifications, arthropathie
- Echographie



### 4/ Propositions thérapeutiques

Guérison en moins d'un an dans 95% des cas quel que soit le traitement

AINS per os, AINS local, infiltration, glaçage, étirements, MTP, US, orthèse, ondes de choc, injection de sang autologue, chirurgie.

Immobilisation plâtrée d'un mois si échec avant chirurgie (ténotomie)

La guérison n'est pas conditionnée au repos sportif ou professionnel





**Message:**

**La guérison d'une épicondylite  
n'est pas conditionnée  
au repos sportif ou professionnel**



### Cas Clinique 3

*Vous êtes amené à examiner M Dong Li nouvellement recruté par le club local de tennis de table.*

*Il s'entraîne intensément et consulte pour une douleur du bord radial du poignet gauche (il est gaucher) après avoir passé un week-end entier à ramasser des pommes.*

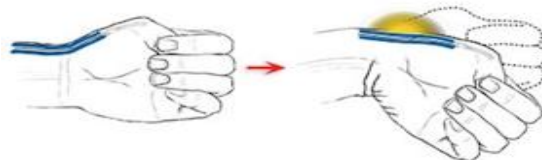
*L'inspection montre un œdème en regard de la styloïde radiale, sans caractère inflammatoire.*

*La flexion du pouce dans la paume de la main est très douloureuse, et l'inclinaison cubitale du poignet majore cette douleur.*

#### 1/ Quel diagnostic envisager ?

##### Ténosynovite de De Quervain

- Gonflement 2cm au dessus de la styloïde
  - Signes isométriques du court extenseur et du long abducteur du pouce
    - Manœuvre de Finkelstein
- +/- crépitation



#### 2/ Bilan clinique des différentes hypothèses

##### Syndrome de l'entrecroisement (rare)

Gonflement 5cm au- dessus de la styloïde, crépitation

##### Styloïdite radiale (tendinite d'insertion)

- Douleur à la palpation de la styloïde



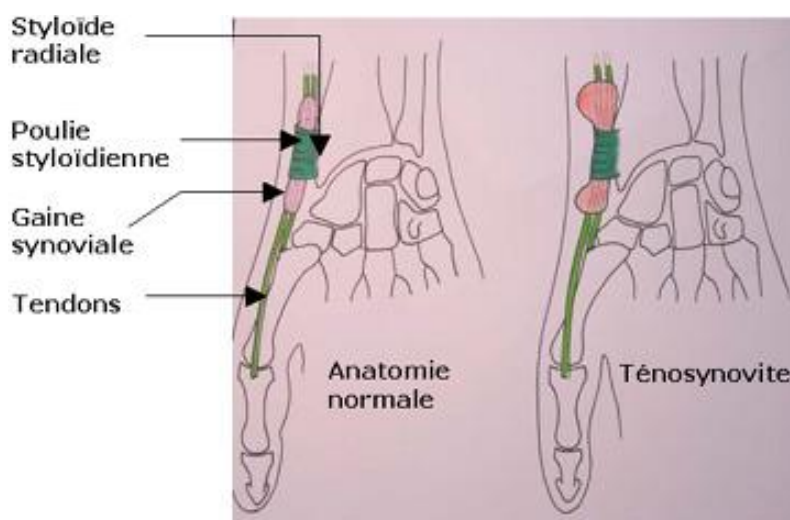
- Douleur aux contractions isométriques du long supinateur
- Pas d'influence de la mobilisation du poignet ni du pouce

### Rhizarthrose

Mobilisation douloureuse de l'articulation MP

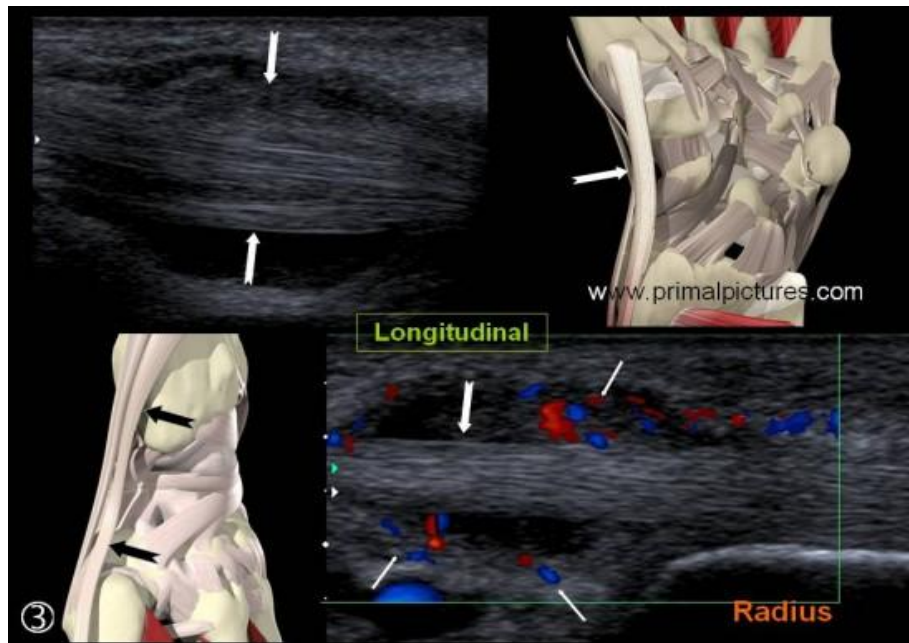
### Pseudarthrose du scaphoïde

Douleur à la palpation, en inclinaison radiale du poignet et limitation d'amplitudes





### *Echographie Ténosynovite De Quervain*



### *3/ Propositions thérapeutiques*



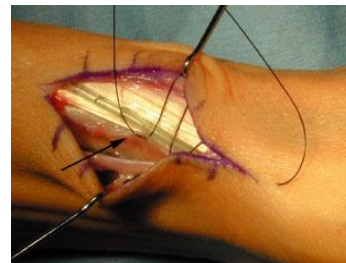
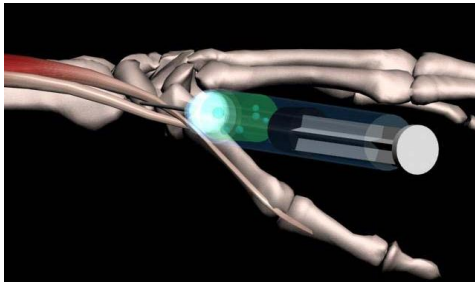
1/ Quels diagnostics envisager ?

2/ Bilan clinique des différentes hypothèses

3/ Propositions thérapeutiques :

Repos ? Attelle?

- AINS
- Glace
- Attelle pouce-poignet
- Physiothérapie
- Infiltration
- Chirurgie



**Message:**

**Le diagnostic d'une ténosynovite de De Quervain est clinique**



## Cas Clinique 4

Emilie consulte pour une entorse de l'articulation interphalangienne proximale (IPP) du 4<sup>ème</sup> doigt qu'elle s'est fait en jouant au volley-ball en EPS ?

A l'examen clinique, l'articulation est le siège d'un œdème, elle est douloureuse, et vous notez une laxité en varus lorsque le doigt est en extension.



La radiographie pratiquée en urgence montre un arrachement minime de la base de P2, visible uniquement sur le cliché en oblique.

### 1/ Quelle attitude adoptez -vous ?

Pas d'indication chirurgicale en dehors d'un arrachement osseux intéressant **plus du ¼ de l'interligne articulaire**, ou d'une instabilité majeure.



### 2/ Quelles complications craindre ?

Le risque de raideur étant supérieur à celui d'instabilité, l'immobilisation doit être la plus courte possible, guidée par l'évolution des symptômes fonctionnels (douleur spontanée ou provoquée, laxité), soit par attelle pendant quelques jours, soit par syndactylie d'emblée avec auto-rééducation.



**3/ Quand reprendre le sport ?**

La reprise du sport est autorisée après récupération complète des amplitudes articulaires

**4/ En serait-il de même si l'interphalangienne s'était luxée ?**

La luxation inter-phalangienne nécessite 15j d'immobilisation après réduction

**Message:**

**Dans une entorse des doigts  
pas d'indication chirurgicale en dehors  
d'un arrachement osseux intéressant plus du  $\frac{1}{4}$   
de l'interligne articulaire, ou d'une instabilité  
majeure.**



## Cas Clinique 5

*Lors d'une randonnée à ski de fond à l'occasion du dernier épisode neigeux dans le Vimeu, Marie, au cours d'une de ses nombreuses chutes, a présenté une douleur de la base du pouce droit qui ne l'a cependant pas empêchée de continuer à skier.*

*Vous la voyez après une semaine, sans amélioration de la douleur.*

*Elle est incapable de dévisser le bouchon d'une bouteille d'eau minérale, ni de servir à boire.*

*Vous pensez à une entorse du pouce et demandez une radio afin d'éliminer une fracture. Celle-ci est heureusement normale.*

### 1 / Signes de gravité

Recherche d'une laxité du LLI de la métacarpo-phalangienne du pouce en extension et en flexion

### 2/ Quel autre examen complémentaire ?

En cas de laxité, échographie du LLI et recherche du signe de Stener qui impose un traitement chirurgical. car le LLI de la MP du pouce ne cicatrise pas.





### ***3/ Confection éventuelle d'un strapping ?***

Strapping en l'absence de laxité



**Message:**

**le LLI de la MP du pouce ne cicatrise pas.**



## Cas Clinique 6

Pascal a fait une chute de VTT il y a plusieurs jours, et ses collègues de travail l'ont inquiété, car il présente des excoriations cutanées et son vaccin antitétanique n'est pas à jour.

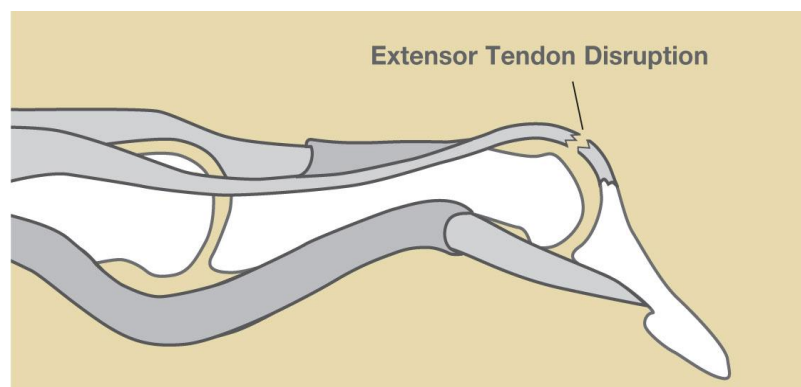
Après l'avoir rassuré sur son immunisation, en sortant du cabinet, il se souvient que depuis sa chute, il ne peut plus étendre la dernière phalange de son 5<sup>ème</sup> doigt gauche. Il n'en souffre absolument pas et la mobilité passive de son IPD est strictement normale.

A l'examen, vous constatez qu'il lui est impossible d'effectuer une extension active de P3.



### 1/ Diagnostic ?

Doigt en maillet (Mallet Finger), par rupture du tendon extenseur à son insertion sur la base de P3



### 2/ Est-ce que vous rassurez le patient en lui disant que tout rentrerait dans l'ordre en quelques jours, ou adressez-vous le patient au chirurgien ?

Les tendons extenseurs ne se rétractant pas, le traitement est en général orthopédique, même instauré plusieurs semaines après le traumatisme.



### 3/ Quel traitement proposer ?

La chirurgie est réservée aux arrachements osseux intéressant plus du 1/3 de la surface articulaire et les subluxations de l'IPD.

Attelle en ski, ou avec abaisse langue, ou attelle de Stack **pendant 6 semaines avec IPD en hyperextension**



Message:

## Mallet Finger

= immobilisation en hyper extension de P2-P3

**pendant 6 semaines**