

# Mode d'appréciation de la raideur résiduelle de l'épaule

Autor(en): **Dupuis-Deltor, J.**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Physiotherapeut : Zeitschrift des Schweizerischen Physiotherapeutenverbandes = Physiothérapeute : bulletin de la Fédération Suisse des Physiothérapeutes = Fisioterapista : bollettino della Federazione Svizzera dei Fisioterapisti**

Band (Jahr): - **(1963)**

Heft 191

PDF erstellt am: **13.09.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-929910>

## **Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

## **Haftungsausschluss**

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

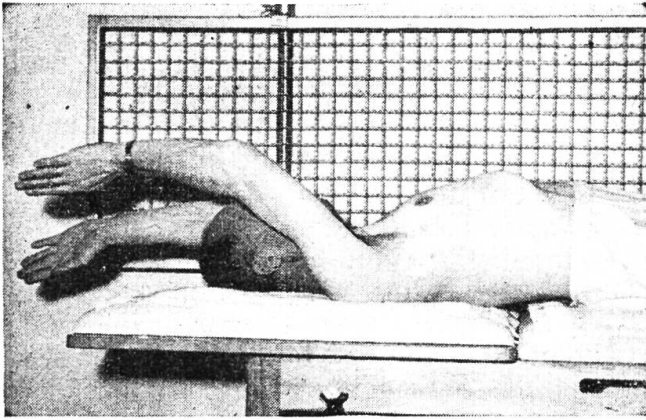


Fig. 4  
Le patient enselle pour tenter l'aligner ses bras.

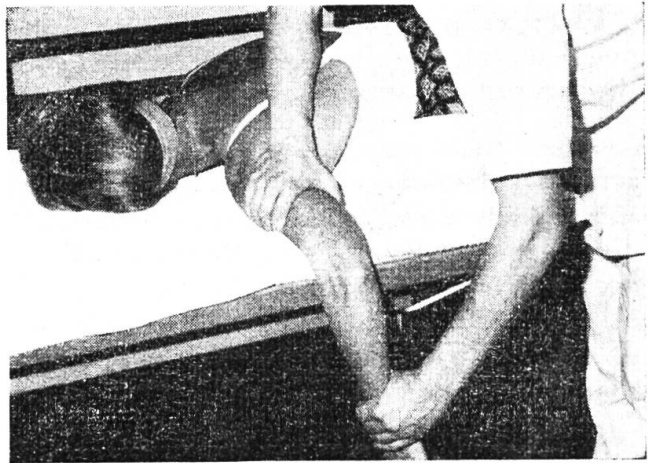


Fig. 6

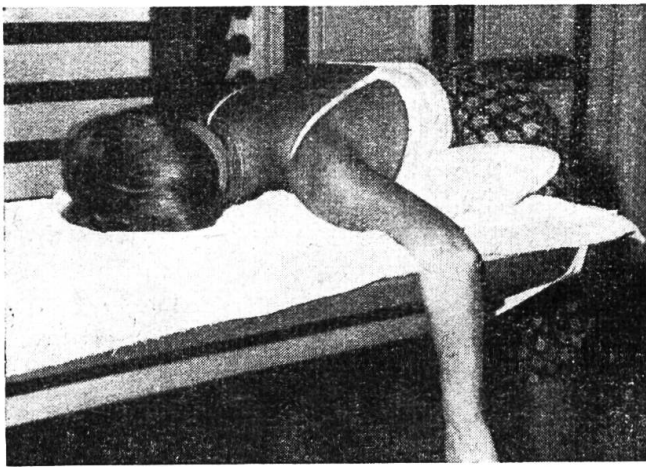


Fig. 5

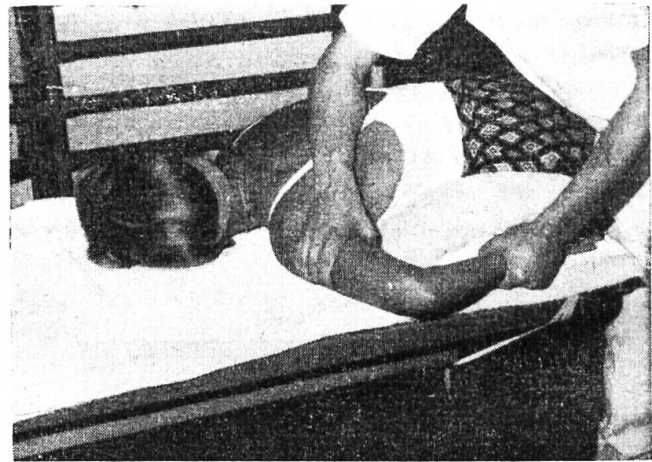


Fig. 7

## Mode d'appréciation de la raideur résiduelle de l'épaule

par J. Dupuis-Deltor (Paris)

Après un traumatisme ou une affection rhumatismale, il est souvent difficile d'apprécier exactement l'importance de la limitation de l'articulation scapulo-humérale.

Il est fréquent de voir des malades ayant été traités pour une périarthrite scapulo-humérale, présenter encore un blocage plus ou moins important de l'articulation, alors qu'il sont considérés comme guéris.

A l'examen, on constate que les mouvements usuels, ceux exécutés sans recherche de l'amplitude maximum, sont possibles; alors que ceux, poussés plus loin, ou conduits passivement vers l'amplitude complète, déclenchent une réaction douloureu-

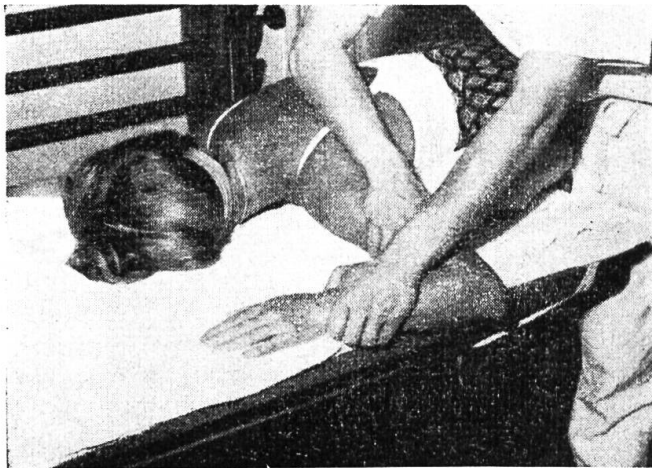


Fig. 8

se ou sont manifestement impossibles.

Le malade debout, de profil, bras levés à la verticale, on note :

1<sup>o</sup> une bascule du tronc en arrière pour obtenir l'alignement des bras dans le plan frontal (fig. 1) :

2<sup>o</sup> que l'extension complète du coude, du côté atteint, est parfois difficile (fig. 2):

3<sup>o</sup> que l'omoplate saille davantage en dehors du thorax de ce même côté. L'humérus, dans son ascension verticale l'entraîne exagérément en avant et en dehors. Nous avons constaté cette saillie de l'omoplate aussi bien après un traumatisme (chute sur l'épaule sans fracture ni luxation) qu'après une atteinte rhumatismale, malgré une rééducation prolongée. Ce mouvement parasite subsiste parfois, alors même que le sujet peut se suspendre par les mains (fig 3) car à la dynamique restreinte de la scapulo-humérale s'ajoute un mouvement de la scapulo-thoracique, d'amplitude plus importante que la normale, constituant ainsi une compensation.

Il en est ailleurs de même si, plaçant le sujet en décubitus dorsal, on lui demande de lever les bras vers l'arrière. S'il subsiste une raideur articulaire, dès que le mouvement devient difficile, le patient, sans en être conscient, substitue à l'élévation vraie, un mouvement faussé par une ensellure lombaire (fig. 4).

Nous avons été ainsi amené à envisager l'appréciation de cette raideur de la façon suivante :

Le sujet est placé en décubitus ventral, en bout de table, pieds au sol, les deux bras écartés latéralement appuyés sur la table, les avant-bras pendant de chaque côté, mains en position indifférente (fig. 5).

Le test porte d'abord sur le côté sain, puis sur le côté atteint.

On saisit le poignet du patient en bloquant son omoplate à l'aide de l'avant-bras, ceci fixant en même temps le thorax sur la table. La main de l'examineur fixe le bras du patient sur la table (fig. 6).

Si l'on tire le poignet vers l'arrière on place l'épaule en rotation interne et on constate, chez le sujet à morphologie normale, que la partie dorsale de la main du patient se place facilement sur la table (fig. 7).

On procède d'une façon similaire pour la rotation externe en élevant le poignet du patient vers l'avant et l'on éprouve la même facilité (plus réduite) pour placer

la paume de la main du patient sur la table (fig. 8).

Le bras du patient doit rester en contact avec la table pendant l'exécution de ces mouvements.

Il en va tout autrement lorsqu'on procède à l'examen du côté atteint. Si la rotation interne est parfois satisfaisante ou presque, on s'aperçoit assez souvent qu'une épaule présumée récupérée ne peut être placée en rotation externe sans douleur ou sans difficulté.

Cette façon de procéder présente plusieurs avantages :

1<sup>o</sup> Elle permet au médecin ou au rééducateur d'apprécier l'intégrité de l'articulation.

2<sup>o</sup> Elle montre au patient, par comparaison avec le côté sain, le chemin le séparant de la récupération intégrale — lorsque celle-ci est possible — ce qui l'incite à coopérer activement à sa rééducation.

3<sup>o</sup> Elle permet d'évaluer d'une façon relativement précise, en chiffres, l'importance de la raideur ou du blocage.

En effet, si l'on considère que la position de l'avant-bras pendant librement, comme à la figure 7 représente 0<sup>o</sup>, le plan de la table par rapport à la verticale formée ainsi par l'avant-bras est situé à 90<sup>o</sup>. Il est alors facile d'évaluer l'angle formé par l'avant-bras et ce plan. Il suffit de préciser s'il s'agit de rotation interne ou de rotation externe.

En conclusion on ne saurait trop insister sur le fait que les raideurs plus ou moins importantes de l'épaule sont parfois méconnues par suite d'investigation insuffisante. Ces blocages résiduels sont dus, pour la plupart, à l'insuffisance ou même à l'absence de rééducation ou encore au fait que les techniques rééducatives ont été appliquées trop tardivement après le traumatisme ou l'affection rhumatismale.

La raideur de l'épaule se manifeste généralement après toute immobilisation plus ou moins longue. Elle peut être évitée en appliquant très tôt après la maladie ou le traumatisme, une thérapeutique de mouvements actifs progressifs dont la technique est maintenant bien au point.