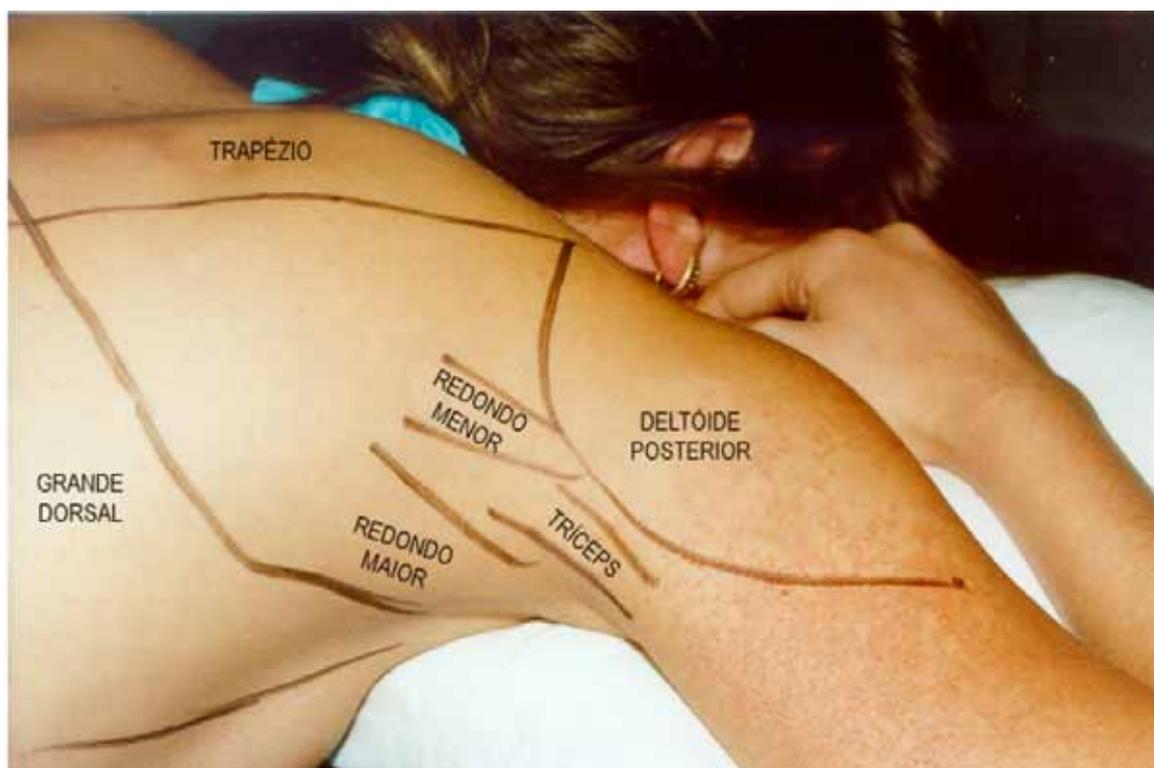


Illustration 7^{ième} module, 2^{ième} année, l'épaule

1- anatomie palpatoire de cette région

Exemple de repérage de la partie postérieure, latérale de l'épaule et du bras

1. Trapèze supérieur (bord sup.,bord inf.,)
2. Angulaire de l'omoplate (sous la face antérieure du trapèze)
3. Deltoïde postérieur (son bord inf.,)
4. Sus- épineux (sous le trapèze)
5. Sous- épineux (sous le deltoïde postérieur)
6. Petit rond (sous le deltoïde postérieur ; forme la partie supérieure du « Triangle des Ronds »)
7. Grand rond (forme la partie inf. du « Triangle des Ronds »)
8. Triceps brachial (la longue portion passe dans le « Triangle »)
9. Grand dorsal (son bord sup. et lat.)
10. Deltoïde (postérieur, moyen,antérieur)
11. « V »deltoïdien (en avant du septum latéral du bras)
12. Septum latéral du bras (traversé par les branches des nerfs Radial et musculo-Cutané)
13. Grand et petit rhomboïde (direction oblique en haut)
14. Long supinateur (point de départ sur le septum lat.)



2- Différents tests

Tests de CYRIAX



Test, adduction horizontale passive

Test d'Hawkins

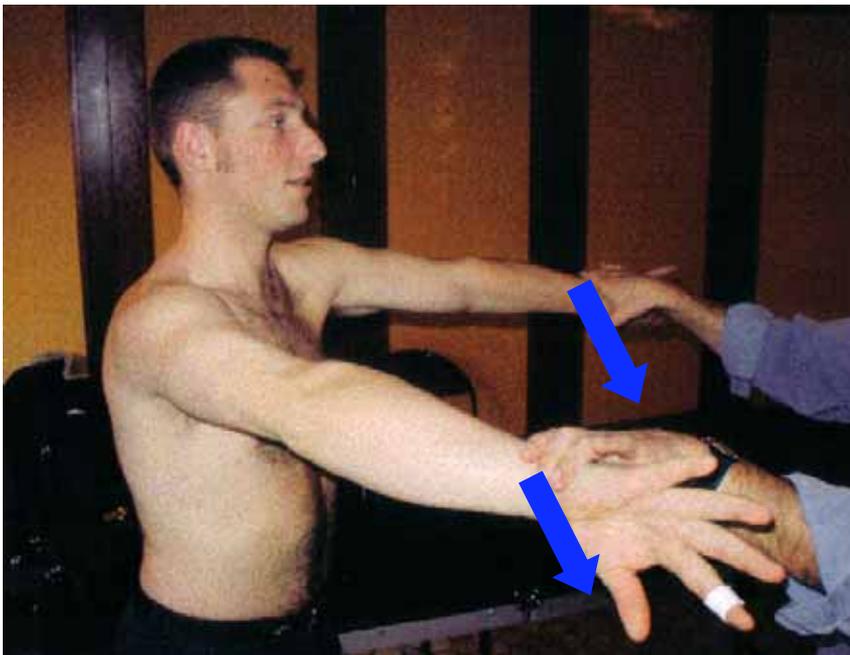


Le test de JOBE

Celui-ci mettra en évidence s'il existe une tendinite ou une rupture du sus épineux.

Si tendinite : le test réveille la douleur mais le patient résiste et le bras ne descend pas.

Si rupture : Le patient ne peut résister, la douleur est là et le bras descend lentement.



Le Palm-up test de Gilchrist

Ce test explorera la qualité du tendon du biceps brachial.



3-Les dysfonctions articulaires de ce complexe anatomique

L'épaule est une articulation complexe à diagnostiquer et à traiter car elle est le carrefour d'étiologies aussi différentes que complémentaires telles que le rachis cervical, le tissu, l'articulaire et les viscères.

Au niveau de la ceinture scapulaire, il faut distinguer 4 articulations :

- La gléno-humérale.
- L'acromio-claviculaire.
- La sterno-claviculaire.
- L'omo-thoracique.

Les corrections articulaires

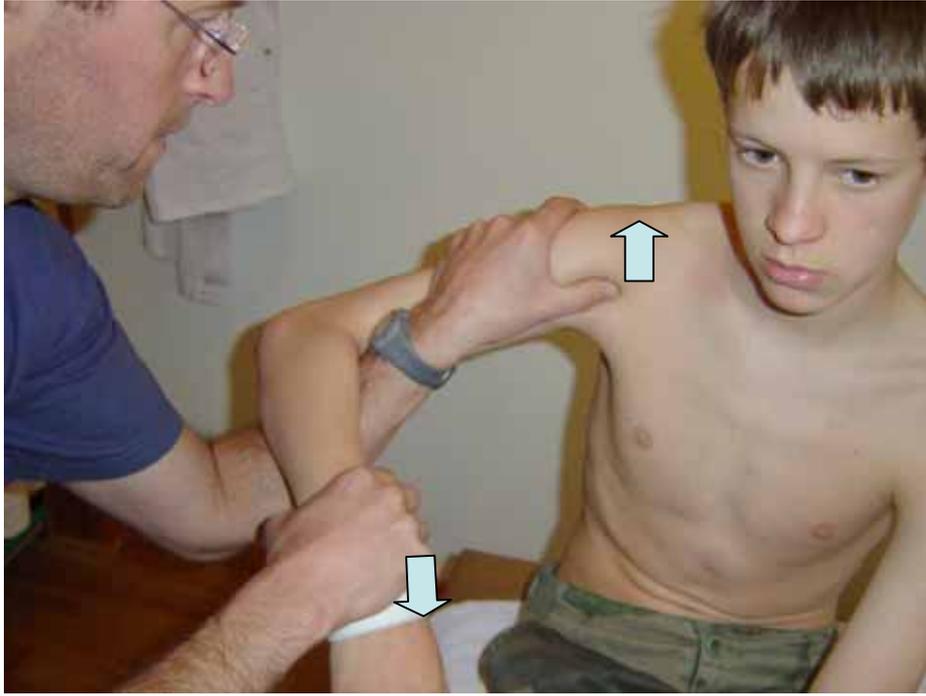
Normalisation gléno-humérale antérieure



P: Assis, dos au kiné, amène ses doigts sur l'épaule à traiter. Il laisse aller son tronc en contact de celui du thérapeute.

K: Debout, derrière le patient, il vient empaumer son coude de manière à entraîner son épaule en arrière. Dès l'acquisition de la barrière, il effectue un thrust HVBA vers postérieur.

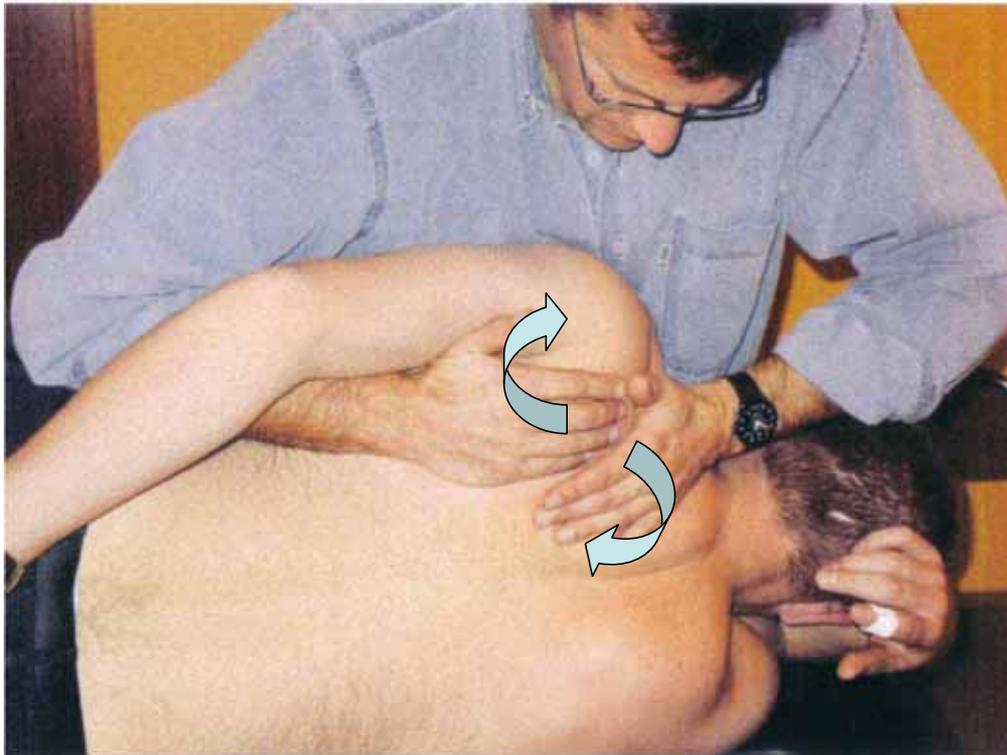
Correction de la lésion de la longue portion du biceps



P: Assis face au kiné, il place son coude sur celui du thérapeute, avant-bras dans le vide.

K: Il engage son avant-bras hétéro latéral sous le coude du patient, avec son pouce, il va contacter la face interne de la coulisse, de manière à repousser la LPBB vers l'extérieur. Par un mouvement de manivelle (rotation interne), il maintient cette LPBB vers l'extérieur.

Normalisation de lésion de sonnette interne de l'omoplate



P: décubitus hétérolatéral.

K: Debout face au patient, avec sa main céphalique, il vient contacter l'angle supéro-interne de l'omoplate, avec sa main caudale, il vient contacter par son bord spinal, l'angle inférieur de l'omoplate. Ces deux mains vont effectuer un mouvement de sonnette externe jusqu'à la barrière et ensuite un mouvement de stretch toujours dans le même sens. A répéter.