

Évaluation de l'UE par la FICS ICSC - Épaule

Dr. Christine Foss : Bienvenue à tous, j'ai une tonne d'informations ici. Nous allons commencer par l'épaule, puis nous passerons au coude, au poignet et à la main.

Je suis le Dr Christine Foss, présidente de l'éducation pour FICS. Pour me présenter un peu, je suis titulaire d'une maîtrise en médecine sportive. Je suis chiro, bien sûr. Je suis également entraîneur sportif. J'ai travaillé avec des sports de division 1. J'ai travaillé à l'Université de Notre Dame. J'ai travaillé au camp d'entraînement olympique à plusieurs reprises, j'ai voyagé avec des athlètes d'élite, j'ai voyagé avec Team USA Track and Field. Je possède un très grand cabinet multidisciplinaire dans le New Jersey, aux États-Unis, où je travaille avec des kinésithérapeutes, des acupuncteurs, des chiropracteurs, des préparateurs physiques, des spécialistes de la performance dans un centre qui m'appartient et que j'ai développé depuis de nombreuses années. C'est un peu ma passion.

Je m'intéresse particulièrement aux cas complexes plus difficiles et j'essaie de comprendre comment les faire revenir à une pratique sportive optimale. Alors, allons-y. J'ai une tonne d'informations. J'ai le chat ouvert pour quelques questions. J'aime bien garder les questions à la fin si possible, mais si vous avez un désir ardent de poser une question et que je peux la poser, je vais absolument y répondre. Cela me convient parfaitement. J'aimerais rendre le débat un peu plus interactif. Je poserai quelques questions et je vous demanderai d'intervenir pour voir si vous pouvez y répondre, si je pose des questions de type quiz.

Je m'intéresse beaucoup à l'épaule et je trouve l'épaule fascinante. Il y a tellement de blessures à l'épaule qui passent inaperçues ou qui sont mal traitées. Nous allons parler de cela et nous allons travailler sur la manière de développer une évaluation exceptionnelle de l'épaule. C'est ce que nous allons faire dans le module pratique. Aujourd'hui, vous allez donc apprendre les bases de l'évaluation de l'épaule. Ensuite, lorsque vous arriverez au module pratique, nous mettrons tout en pratique. Nous développerons pour vous un examen de l'épaule fluide et approfondi qui ne manquera aucune blessure. Vous serez également en mesure de découvrir un grand nombre de cas plus difficiles. Je suis heureux que nous puissions aller de l'avant avec cette épaule. Ensuite, pour continuer, nous avons le Dr. Henry Pollard. Il va nous parler du coude, de la main et du poignet, ce qui constitue la deuxième partie de cette conférence.

Parlons un peu de l'épaule. Avant de parler d'anatomie, d'anatomie fonctionnelle ou de blessures, nous devons d'abord revenir à votre cours d'anatomie à l'école de chiropraxie ? Et se souvenir des structures qui sont là. Je veux que vous pensiez non seulement aux structures, mais

aussi aux couches de structures qui sont les structures les plus superficielles. La couche suivante jusqu'à la couche suivante, les structures les plus profondes, et les structures les plus profondes. C'est une façon simple de penser à vos blessures, à la façon dont vous les évaluez et à la façon dont vous les palpez.

Mais il faut aussi penser à l'anatomie fonctionnelle ? Quels sont les principaux éléments mobiles dans le sport de cet athlète particulier ? En quoi cet athlète utilise-t-il cet ensemble de muscles, de tendons ou de ligaments différemment d'un autre athlète ? Ou encore, de quoi a-t-il besoin qui soit différent de celui d'un autre athlète ? En mettant tous ces éléments en jeu alors que nous nous plongeons dans l'épaule aujourd'hui, nous comprenons qu'il s'agit d'un système très complexe et donc d'une chaîne d'événements très complexe pour les blessures.

Vous allez commencer votre évaluation de l'épaule par une inspection. Veillez à ce que vos patients se déshabillent correctement. S'il s'agit d'une femme, un soutien-gorge de sport convient ou un soutien-gorge s'ils sont à l'aise avec cela, et l'homme, comme ceci. Vous voulez voir le contour du muscle. Ce que vous voulez vraiment remarquer, ce sont les différences. Comment utilisent-ils leur corps différemment ? Si nous parlons d'un lanceur de football américain ou d'un lanceur de base-ball, nous devons comprendre que l'hypertrophie ou le groupe musculaire sera plus important du côté du lanceur que de l'autre côté. Parfois, l'asymétrie est appropriée pour un athlète. Il n'est pas nécessaire de toujours la corriger. Nous devons seulement corriger l'asymétrie dysfonctionnelle.

Si nous regardons ce spécimen, ici devant nous, nous pouvons remarquer quelques différences. Nous pouvons regarder et nous rappeler ce que nous regardons dans la symétrie des muscles pectoraux ? Il est vraiment important que nous regardions, et quand nous faisons une inspection de l'épaule, nous évaluons tout. Il y a beaucoup de choses qui se passent avec ce patient particulier dont nous prenons note, mais comme vous regardez la vue de face, la vue antérieure, je veux que vous remarquiez quelques différences ici. Je veux que vous remarquiez qu'il utilise probablement cette épaule différemment de celle-là. Pouvez-vous remarquer les différences de contour d'un côté à l'autre ? Et je veux que vous remarquiez comment il utilise ce pec différemment de celui-là.

C'est une rupture partielle du pec après guérison. Ici. C'est pourquoi maintenant, vous pouvez presque remarquer l'écart entre la déchirure ici et ici. Le contour est différent. Encore une fois, lorsque vous vous plongez dans l'anatomie de quelqu'un, il se peut qu'il ne vous le mentionne pas, mais vous allez remarquer qu'il utilise son corps différemment d'un côté à l'autre. Ou bien il s'agit d'une ancienne blessure qu'il n'a peut-être pas signalée, une ancienne rupture partielle du pec. Comment a-t-elle été guérie, traitée ou pas du tout.

Donc, cette inspection de la région est vraiment importante pour plonger dans la symétrie, les cicatrices. Vous savez, on peut voir ici une cicatrice de son opération de l'épaule. Je vois une cicatrice ici de son opération de l'épaule. Si vous regardez son coude, vous verrez une cicatrice ici ou dans son opération de l'épaule. Donc, beaucoup de choses se passent avec lui. Vous savez immédiatement qu'il s'agit d'un cas plus complexe à examiner, car il y a beaucoup d'anormalités.

Ensuite, nous allons passer à la palpation. Maintenant, je veux que vous regardiez ce patient en particulier. Si on parle d'inspection, les règles sont totalement différentes. Si on la regarde, on remarque que son deltoïde gauche est utilisé très différemment du droit. En tant que chiropraticiens, nous remarquons qu'il y a un peu de rotation de l'épaule antérieure de ce côté-ci par rapport à ce côté-là. Habituellement, quand je vois cela, cela indique une instabilité de l'épaule. Lorsque vous voyez quelqu'un se pencher vers l'avant de ce côté, cela signifie qu'en faisant des choses, il se penche vers l'avant avec cette articulation gléno-humérale. Il n'y a donc pas beaucoup de stabilité à cet endroit. Nous voulons revenir en arrière et considérer ces choses.

Remarquez également la différence dans le contour du biceps. J'utilise un biceps différent d'un côté à l'autre, et puis, mon sternocleidomastoïde est plus actif à gauche qu'à droite. Tous ces éléments forment un tableau lorsque nous examinons la chaîne cinétique. J'ai toujours su qu'il ne fallait pas se contenter de regarder une blessure de façon myopique, mais qu'il fallait être capable de la décortiquer, de l'ouvrir et de la regarder depuis l'épaule, le cou, jusqu'à la main ? Vous devez être capable de comprendre comment cela affecte la porte et comment cela affecte toute la chaîne d'événements lorsque cet athlète va bouger et performer.

Ensuite, nous passons à l'amplitude du mouvement. Je vais vous expliquer comment je fais une évaluation de l'épaule. Cela rend les choses plus faciles au fil des ans. J'ai développé ce protocole et pour moi, il est parfaitement logique. Ce que je fais, c'est que je me tiens derrière le patient. Lorsque je me tiens derrière le patient, je peux voir, grâce à mon amplitude passive de mouvement, et c'est le plus important, comment il utilise l'articulation gléno-humérale et comment le mouvement scapulo-thoracique fonctionne. Ce qui est vraiment important avec l'épaule, c'est que vous regardiez le mouvement scapulothoracique. Je veux que vous regardiez d'abord ce patient avec son amplitude de mouvement, son amplitude de mouvement active ici, les bras. Je me suis placé derrière lui. Je dis simplement : "Amenez lentement vos bras vers l'avant et vers le haut au-dessus de votre tête et ramenez lentement vos bras vers le bas."

Nous avons parlé des différences de symétrie à l'avant, puis nous l'avons vue lever les bras de face et de côté. Vous allez regarder comment elle utilise cette articulation gléno-humérale différemment d'un côté à l'autre. N'est-ce pas ? Nous avons dit qu'elle était roulée vers l'avant du côté droit, ce que nous pouvons encore voir ici, mais regardez comment cela affecte l'amplitude du mouvement de son épaule gauche. Pas vrai ? Maintenant, quand vos épaules

roulent vers l'avant, l'amplitude du mouvement est différente. Donc, pouvez-vous apprécier que cet angle est différent de cet angle ? Très bien.

L'autre chose, aussi avec l'amplitude de mouvement, nous avons regardé, le Dr Tim Ray a parlé un peu de, vous savez, les tissus mous et, l'ajustement des extrémités et la palpation du mouvement. Il dit que le corps va toujours traiter la quantité pour la qualité. Il triche toujours avec ce système. Donc le corps va vouloir une gamme complète de mouvements. Il trouvera le moyen d'y parvenir. Il est important pour nous de comprendre la qualité du mouvement, pas seulement les degrés. En d'autres termes, ne vous souciez pas seulement du fait qu'ils atteignent 180 degrés. Est-ce qu'ils y sont bien arrivés ? Ou est-ce qu'ils y sont arrivés comme ça ? Vous savez que cela ne compte pas comme 180 degrés pour l'épaule. C'est 180 degrés.

L'ordre des événements dans lequel les muscles se contractent pour obtenir ce mouvement, et comment l'articulation gléno-humérale se déplace, et comment l'articulation scapulo-thoracique se déplace, est très important lorsque vous évaluez l'amplitude du mouvement. Ce n'est pas seulement le nombre que vous obtenez sur le goniomètre. Je veux m'assurer que nous sommes vraiment clairs sur ce point, car c'est vraiment important.

Donc, je me tiens derrière le patient et je fais l'abduction. Amenez vos bras sur le côté et touchez vos pouces ensemble au-dessus de votre tête, comme ceci. Ici, il est très important que nous remarquions le mouvement scapulothoracique. Maintenant, l'angle scapulaire. Ici. L'omoplate ne doit pas rouler sur le côté en abduction avant un minimum de 30 à 60 degrés. Donc, jusqu'à ce que j'obtienne cet angle avec le bras, mon omoplate doit toujours être en place, puis elle commence à se déplacer avec mon bras. C'est la raison pour laquelle je me tiens derrière le patient et que je regarde cette abduction, car vous détecterez beaucoup de problèmes d'épaule en regardant simplement ce mouvement scapulothoracique. Alors regardons-le encore une fois. Quand vous serez prêt. Donc, on regarde juste là. L'omoplate est bonne. Maintenant, la gauche se détache plus vite que la droite. Donc ce n'est pas une dyskinésie scapulothoracique. C'est assez décent.

Alors avançons. Maintenant, nous allons regarder un anormal pour que nous puissions, sachant ce qu'est le normal, c'est ce que nous apprenons à l'école de chiro, mais regardons l'anormal. Voici, vous pouvez voir que le bord médial de l'omoplate est exposé par rapport à ici. La gauche est le côté anormal. Le droit est le côté normal. Ce patient avait, son, statut post-chirurgical. Il avait en fait une très grosse tumeur osseuse sur la face inférieure de son humérus avant l'opération. Elle a été enlevée, donc pendant une très longue période de sa vie, il n'a pas été capable d'avoir un mouvement gléno-huméral normal.

Quand je parle de mouvement normal, cela signifie que si vous abaissez votre bras, l'articulation gléno-humérale, l'humérus s'abaisse et roule. Il doit être capable de s'abaisser. S'il le fait, c'est

que vous avez une élévation de l'épaule. Il s'agit d'une descente et d'un roulement. Il n'a pas été capable d'obtenir cela et donc, il a eu toute sa vie cette dyskinésie scapulothoracique, que nous voyons ici. Donc, quand nous voyons ça, nous sommes entraînés à penser, vous savez, à une faiblesse du serratus anterior. Mais il peut aussi s'agir d'un piégeage du nerf scapulaire dorsal. Il se trouve devant le Scalenus Medius, et il est à l'origine de la faiblesse du levator scapulaire et du rhomboïde. Il ne faut donc pas toujours sauter sur le serratus, mais ce que nous savons, c'est qu'il s'agit d'une dyskinésie scapulothoracique.

Regardons et je veux que vous fassiez attention à la vitesse à laquelle son omoplate gauche roule avec son bras lorsqu'il lève son bras en abduction par rapport au droit. Nous allons voir deux gammes de mouvements sur celui-ci. Regardons les deux. Vos bras en avant et amenez-les au-dessus de votre tête. On peut déjà voir une grande différence entre la droite et la gauche. C'est pour, il manque un peu de flexion. Il lui manque environ 20 degrés de flexion et l'omoplate ne sait pas quoi faire. Ensuite, en abduction, regardez l'omoplate qui roule. Il n'y a pas de stabilisateurs scapulaires qui fonctionnent, il ne peut même pas avoir le contrôle de cette scapula. Il n'y a aucun contrôle.

Donc, nous prenons quelqu'un comme ça, nous pensons à, vous savez, le voici à nouveau, roulant et son articulation gléno-humérale. Vous voyez comment il se soulève de cette façon. Il ne laisse pas tomber l'humérus dans le labrum glénoïde. C'est important de le remarquer car cela nous indique qu'il y a une restriction de l'articulation gléno-humérale. Lorsque nous nous retrouverons dans nos modules pratiques, nous travaillerons sur ce type d'élévation de l'épaule et sur la façon de la corriger, de l'ajuster dans notre laboratoire des extrémités. Cela fera donc partie de nos travaux pratiques.

Alors sortons des sentiers battus, parfois. Nous avons ces patients qui sont passés par des thérapies physiques, puis par la chirurgie, et il est toujours comme ça. Il est venu me voir après la fin de la thérapie physique. Il n'était pas satisfait de la façon dont son épaule se comportait. Il avait beaucoup de faiblesse. Un patient plus difficile, docteur. J'aime travailler sur des cas difficiles. Donc, vous devez penser en dehors de la boîte, vous savez. Vous devez penser différemment, vous savez. On ne peut pas continuer à faire le même traitement qui a échoué sur quelqu'un encore et encore. On doit penser à une rééducation musculaire.

C'est de la stimulation russe. J'utilise la stimulation russe pour réduire les muscles, pour obtenir cette connexion entre le cerveau et le corps sur la façon de bouger votre bras. Je veux d'abord commencer avec celui-là. On l'a mis devant un miroir, j'en ai un dans mon bureau. Je mets beaucoup de patients devant le miroir pour qu'ils puissent le fixer et réapprendre à leur cerveau comment faire ce mouvement. J'essaie de contracter les stabilisateurs scapulaires inférieurs avec le stimulateur russe, tout en surveillant le mouvement gléno-huméral normal. J'ai la mécanique, le stimulus fait le travail. Je veux juste un mouvement normal d'abord.

La première étape du traitement est de retrouver un mouvement normal. C'est la première étape. Au début, nous avons cette connexion entre le cerveau et le corps, puis nous avançons. Une fois que j'aurai obtenu la connexion cerveau-corps, j'avancerai avec plus de résistance. Nous l'avons placé sur un mur avec sa main contre la serviette. C'est un excellent exercice de stabilisation de l'omoplate inférieure et d'activation du serratus anterior. Quand vous voyez quelqu'un avec cette aile de l'omoplate, c'est génial. Ils poussent dans le mur avec leur bras et leur coude jusqu'en haut, et ensuite ils poussent dans le mur avec leur bras et le poignet jusqu'en bas. Donc, ce qu'on fait, c'est qu'à chaque fois que le stimulus se déclenche, il lève le bras. Quand le stimulus s'arrête, il peut baisser son bras.

J'ai mis le stimulateur sur un processus cyclique qui se déclenche toutes les 20 ou 30 secondes et s'arrête toutes les 10 secondes. Ainsi, à chaque fois que le stimulus se déclenche, les stabilisateurs se contractent et le patient peut alors retrouver son mouvement et faire en sorte que le cerveau et le corps du serratus anterior se contractent. Donc, je pense juste à la façon dont nous allons penser en dehors de la boîte parfois.

Puis nous pensons à notre progression. Nous regardons comment nous allons faire un changement. Ici, il est plusieurs mois plus tard après avoir travaillé sur lui. Il semble très différent de celui que je vous ai montré précédemment. Regardons donc son mouvement aujourd'hui. Regardons d'abord sa flexion avant. C'est mieux. Il a toujours besoin d'un peu plus de stabilisation scapulaire, mais il est mieux. Il a le piège inférieur qui s'active ici. Il n'utilise pas tous les trapèzes supérieurs pour soulever son épaule, ce qui est un facteur énorme pour les épaules. Nous ne voulons pas une action de tous les trapèzes supérieurs.

Regardons l'abduction qui est la plus difficile à récupérer ces temps-ci. Ce sont de bonnes stabilisations. Bonne stabilisation. Bonne stabilisation. Et il commence juste à la perdre là. Il s'améliore. Il n'est toujours pas parfaitement symétrique. Il n'est pas encore tout à fait au point, mais il a certainement fait de grands progrès pendant le temps que nous passons ensemble en traitement. Voici donc son avant et son après. J'ai pensé que je pourrais les mettre côte à côte pour vous montrer où il en est aujourd'hui. Cette photo a été prise la semaine dernière en fait, et où il était le premier jour où je l'ai traité, donc grande différence.

J'appelle cela le repositionnement et le réentraînement scapulaire. C'est assez facile à faire en clinique. Je pense que personne n'est meilleur que nous. Nous connaissons les articulations et la jonction scapulothoracique est énorme. Beaucoup de tissu cicatriciel s'est accumulé sous l'omoplate pour la mobilisation scapulaire. Chaque année, je donne une conférence dans le laboratoire de cadavres de l'école de chiropraxie de la région et je regarde toujours sous l'omoplate des cadavres pour voir la quantité d'adhérences fasciales qui empêchent le

mouvement normal. La mobilité de l'omoplate est donc importante, à condition qu'elle ne soit pas trop importante.

Nous allons donc passer à l'évaluation de notre épaule. Nous allons examiner une amplitude de mouvement appelée test d'Apley. Le test d'Apley permet d'évaluer rapidement l'amplitude du mouvement dans tous les plans de l'épaule. Faisons donc passer à ce patient le test d'Apley. Vous touchez votre épaule opposée. Vous mettez votre main au-dessus de votre tête et vous touchez votre angle supérieur de l'omoplate opposé. Vous ramenez votre bras derrière votre dos et vous touchez l'angle inférieur opposé de l'omoplate. C'est ce qu'on appelle le test d'Apley de l'épaule, et c'est ce que nous faisons.

Voici sa comparaison de part et d'autre. Vous pouvez voir que son côté droit était vraiment manquant ? Si vous vous souvenez, lors de notre première inspection, nous avons identifié ce côté droit comme étant le côté problématique. Nous avons remarqué la différence de contour. Nous avons remarqué que son épaule était en avant. Nous avons parlé d'instabilité dans cette zone. Maintenant, nous voyons que cela se confirme avec le test d'Apley. Nous voyons qu'elle manque d'amplitude de mouvement. Elle ne peut pas ramener sa main derrière son dos pour toucher le côté opposé de sa planche inférieure de l'omoplate. Test d'Apley positif.

Alors, nous allons passer au test musculaire manuel. Le test musculaire manuel. Nous devons vraiment comprendre ce que nous testons. Je veux passer en revue tous ces, tous ces muscles ici sur notre liste. C'est votre boîte à cocher. Nous devrions être en mesure de frapper chacun de ces muscles pendant que nous les évaluons. Je pense que de cette façon, nous avons vraiment une bonne évaluation de tous les muscles de la coiffe des rotateurs, de tous les mouvements primaires de l'épaule, de tous les mouvements secondaires de l'épaule, et de tout ce qui pourrait être blessé par la suite avec un membre supérieur. C'est ce que nous allons faire aujourd'hui et nous allons passer en revue toute cette évaluation.

Tout d'abord, nous allons parler des tests spéciaux de l'épaule. Ces tests spéciaux et la manière dont nous examinons et évaluons nos épaules pour déterminer s'il s'agit d'une lésion de la coiffe des rotateurs ou d'une tendinite, d'une ancienne déchirure ou d'une nouvelle, d'une déchirure partielle ou complète. Tout cela est très facile à faire. Commençons tout de suite. Nous allons tout d'abord parler de notre principal pivot de l'épaule, que la plupart de vos patients vont rencontrer, à savoir la tendinopathie du biceps. La tendinopathie du biceps est une simple inflammation du tendon. Voici la tête longue du biceps.

Rappelez-vous qu'il commence à l'aspect supérieur du labrum glénoïde et descend. Ce qui commence à l'apophyse coracoïde et descend est la courte tête du biceps. Donc, nous avons 2, 2 tendons du biceps ici. Maintenant, comprenez que, vous savez, c'est plus souvent le tendon que nous voyons, la tendinopathie dans. Nous devons penser à la façon dont le patient se

présente, avec cette douleur antérieure de l'épaule, il va vous dire, "J'ai mal ici, à l'avant". Je pense que la plupart des patients vous disent où est la douleur, comment c'est arrivé, vous savez, quelle est l'occurrence.

Nous devons penser, le truc avec la tendinopathie, c'est qu'elle aime se cacher lorsque vous arrêtez l'activité, mais elle revient dès que vous recommencez. Si vous avez un patient qui vous dit : "Écoutez, j'ai pris un peu de repos, je me sentais bien, et puis dès que j'ai commencé, c'est revenu." Votre sonnette d'alarme devrait immédiatement se déclencher et dire : "Je pense que c'est un problème de tendon." Donc, nous devons y retourner et évaluer le tendon. Nous devons réfléchir à cette tendinopathie. C'est pourquoi, lorsque nous introduisons une activité, nous devons augmenter lentement et systématiquement la charge et l'intensité afin que le tendon puisse également s'hypertrophier et s'habituer à cette charge.

Voici donc le patient. Parlons du quaterback qui sort et fait cent lancers le premier jour. Les tendons vont être enflammés. Contrairement à ce qui se passe si l'on commence par 20 lancers courts, puis 30 lancers courts et 10 longs, et que l'on allonge progressivement la longueur du lancer, de manière à obtenir un lancer plus dur, et la fréquence, combien de lancers par jour. C'est une augmentation très systématique et progressive du tendon afin de le laisser répondre et s'adapter à la charge.

Nous avons parlé de la tendinopathie dans l'épaule et c'est, vous savez, le tendon du biceps est le tendon le plus exposé dans l'épaule. Mais, pourquoi ça ? Pourquoi pensez-vous qu'il est le plus sensible ? Je vais demander et - et si quelqu'un se jette dans le chat, n'hésitez pas à le faire et voyez si vous avez une réponse à me donner sur la raison pour laquelle ce tendon est le plus susceptible de présenter une tendinopathie dans l'épaule. Quelqu'un a une idée ? Quelqu'un d'assez courageux pour répondre ? Empiètement. Manque de stabilité. Oooh, j'aime ça. Très bien. Très bien. Quelqu'un d'autre ? C'est une bonne idée. Elle implique des mouvements très communs. Ok, très bien. Très bien. Vous utilisez le tendon du biceps la plupart du temps. On ne peut pas imaginer passer une journée sans l'utiliser. Je pense que c'est un excellent commentaire. Très bien.

Je veux donc que vous réfléchissiez à quelque chose. Je veux que vous pensiez à la structure du tendon du biceps et je veux que vous pensiez à son apparence. Je veux que vous... Je veux passer à l'écran suivant. Vous savez quoi ? Revenons juste 2 écrans en arrière. Je veux que vous pensiez à quelque chose, et cela va avec ce que vous dites tous les deux. Si vous pensez aux blessures de l'épaule, qui est le plus souvent cette zone, ce biceps, cette zone sous-acromiale.

Le sus-épineux est le muscle de la coiffe des rotateurs le plus souvent blessé dans l'épaule. Mais que se passe-t-il avec l'activité quotidienne, le manque de vaisseau ? Ok, très bien. Vous avez fait

des lectures sur la tendinopathie. Mais que se passe-t-il si vous pouvez apprécier l'épaule et l'articulation gléno-humérale sur laquelle nous allons revenir.

Nous pouvons apprécier cette articulation gléno-humérale. Je veux que vous appréciiez vraiment cette rainure bicipitale ici. Nous allons y revenir dans un moment. Je veux que vous y réfléchissiez. Je vais donc vous laisser sur ce petit suspense avant de revenir sur cette question du tendon du biceps.

Nous allons nous lancer, et je veux vous interroger à ce sujet. Dites-moi ce qui se passe avec celui-ci. Quelqu'un a une idée ? Même patient. Bras droit contre bras gauche. Commençons par ça. Lequel pensez-vous être le bras blessé ?

Quelqu'un veut dire lequel des deux est le bras blessé ? Le gauche. Bonne réponse.

Quelqu'un d'autre ? Armando est le seul courageux à y aller. Une réponse à gauche. Gauche. Gauche. Bon, tout le monde est d'accord sur la gauche. Je vais vous le dire. C'est la droite, et c'est pourquoi j'ai ça ici. C'est une rupture du tendon du biceps proximal.

C'est ce qu'on appelle le signe Popeye. Popeye est un dessin animé ici aux États-Unis. Je ne sais pas si c'est le cas ailleurs. Mais ce qui se passe en fait, c'est que le tendon du biceps se rompt ici en haut, le tendon roule vers le bas et donne l'impression que vous avez un muscle plus gros que vous ne l'avez. C'est ce que c'est. Ses muscles sont donc enroulés pour donner l'impression qu'il a un faux gros muscle, alors que celui-ci est normal. Il a déjà été opéré de l'épaule à cause d'une autre lésion de la coiffe des rotateurs, mais là, c'est chronique. C'est chronique. Donc, c'est environ un an et demi après la blessure. Cela va être son état permanent. Il aura toujours l'air d'avoir un super biceps d'un côté et pas de l'autre. Oui. C'est ce qu'on appelle le signe positif de Popeye,

Maintenant, si quelqu'un se rompt la partie distale du biceps. Il se rompt à partir du bas pour la tête radiale. Il va avoir un Popeyes inversé. En d'autres termes, le biceps aura l'air d'être super haut et d'avoir un pic très haut. Remarquez que ce biceps est plus bas. Il y a donc le signe de Popeye et le Popeyes inversé. Pour rechercher une rupture du tendon du biceps distal, il suffit de faire le test du crochet. Le bras du patient est plié ici et vous accrochez votre doigt sous le tendon du biceps. Si vous pouvez accrocher votre doigt sur le tendon du biceps, il est attaché. S'il n'est pas attaché, il n'y aura rien sous lequel accrocher votre doigt. Au fait, il s'agit de tous les patients que je vois dans mon cabinet. Tous ceux que je montre dans toutes mes conférences.

Passons donc à l'évaluation de la coiffe des rotateurs, je ne veux pas manquer de temps aujourd'hui. Examinons donc le sus-épineux, l'infra-épineux, le sous-scapulaire et le teres. Ce que nous appelons les muscles SITS. Et ces muscles SITS sont les plus impliqués dans la rotation interne-externe de l'épaule.

Si nous pensons au supra-épineux. Le supra-épineux, c'est les 15 premiers degrés d'abduction. Juste ici. Le muscle de la coiffe des rotateurs le plus souvent blessé. L'infra-épineux est un rotateur externe. Ici. Si vous le remarquez sur le bord inférieur de l'omoplate, l'aspect postérieur, sous l'épine scapulaire. Je veux aussi mentionner avec cela, le teres minor comme l'autre coiffe des rotateurs. Souvent, l'infraspinatus et le teres minor sont presque fusionnés sur les cadavres. Imaginez donc qu'ils soient fusionnés. Ils sont donc tous deux des rotateurs externes.

Mais la chose qui est un peu différente à propos de ce teres minor, son travail est de maintenir cette articulation glénohumérale, l'humérus, dans le labrum glénoïde. Ainsi, alors que l'infraspinatus est plus en rotation externe, le teres minor est un peu en rotation externe, mais en étant capable de tirer l'articulation de l'épaule de façon rapprochée. Donc, l'humérus dans le labrum glénoïde. C'est donc important, et ensuite, le subscapularis est notre grand rotateur interne. Il suffit de comprendre la différence entre ces muscles pour pouvoir les séparer.

Nous allons parler de ce supraspinatus. Le mécanisme de la blessure, le plus souvent, est n'importe quoi. Souvent, il s'agit plutôt d'un stress répétitif. Vous pouvez aussi avoir votre acromion ici, car le sus-épineux sort juste en dessous. Le processus de l'acromion. Je vais vous le montrer. Donc, si vous regardez le processus de l'acromion ici et que vous voyez le supra-épineux sortir de sous l'acromion et s'attacher à l'aspect supérieur de l'humérus. La plupart du temps, les déchirures, soit évoluent à partir d'ici, soit se déchirent ici. Parfois, elles se produisent sous l'acromion. Si quelqu'un a ce que nous appelons un acromion de type 3.

Il existe 3 types d'acromion. L'acromion qui se tient droit. Ici. Ou un crochet qui descend un peu au Type 2. Ou un Type 3, qui descend encore plus. Comprenez que le type 3, comment il va gratter dans le supraspinatus. On a une sensation de raclage jusqu'à ce qu'il se rompe, et ensuite, très fréquemment, les gens ont des éperons sur cet aspect de l'acromion 2. Cela continue de racler le muscle, jusqu'à ce qu'il se rompe avec le temps. Donc, parfois, je ne suis pas surpris par le patient qui me dit, j'ai eu un patient qui a dit, "Je viens de ramasser un sac de nourriture chinoise, et tout d'un coup, je ne peux plus lever mon bras." C'est un supraspinatus. C'est quelque chose avec le temps. C'est juste une chose de plus qui décompose l'épaule. C'est le patient qui ne peut plus lever son bras de son côté. C'est ça ? Ils font ça pour lever leur bras ? Pensez au supra-épineux.

Ce sont les 15 premiers degrés d'abduction. Nous allons les tester. Nous allons les tester musculairement dans l'abduction et nous allons faire ce qu'on appelle un renforcement de la boîte pleine et de la boîte vide, euh, un test musculaire manuel. Voici la canette pleine. 45 degrés en avant sur le côté. Et ça c'est pour notre supraspinatus, et ensuite on va passer de la boîte pleine à la boîte vide. Donc on vient de faire la boîte pleine, et ensuite on va faire la boîte vide. Donc encore une fois, voilà, la boîte pleine. C'est bon et fort. C'est un supraspinatus normal.

Ensuite, nous allons devoir faire une boîte vide. On tourne le pouce vers le sol, on tient à nouveau. Donc la différence dans tout ça. Il est important de penser que lorsque je fais la boîte vide, lorsque je roule mon bras vers l'intérieur, je vérifie aussi un peu de conflit à l'intérieur. Si elles sont fortes dans une boîte pleine et faibles dans une boîte vide, il y a probablement plus de conflit que de déchirure. Nous commençons à distinguer les différences dans l'épaule et la façon dont nous les regardons réellement.

Nous passons au muscle infra-épineux. Nous en avons déjà parlé, et encore une fois, c'est un rotateur externe. Si l'on considère que l'athlète qui lance est capable de ramener son bras en arrière, c'est à ce moment-là qu'il utilise le muscle sous-épineux. Donc, encore une fois, avec le temps, ils vont avoir plus de douleur à l'arrière de l'épaule. Ils vous diront que leur douleur est ici et qu'elle irradie dans le bras. Ils vont avoir une faiblesse lors du test musculaire manuel de rotation externe. Donc, voici, allons ici. Testons-la. Je dis toujours qu'il faut commencer par le test musculaire le moins invasif avant de passer au plus invasif, et c'est ce que montre ce test.

Lorsque nous testons les muscles en premier, en particulier pour l'épaule, je les teste d'abord sur le côté, et c'est l'image de gauche. Ensuite, si le résultat est normal et négatif, je vais procéder à un test dans une position instable. Et la raison pour laquelle nous faisons cela est que je peux détecter une blessure plus normale de cette façon. Donc on commence par une position stable et on passe à une position instable. Voici donc notre position stable pour la rotation externe. Puis, voici notre position instable pour la rotation externe. Encore une fois, en bas sur le côté, puis en haut ici. J'ai l'habitude de l'amener un peu vers l'intérieur et de dire "Rencontrez ma résistance. Poussez votre poignet dans ma main." Assez simple.

Le subscapularis, comme nous l'avons dit, est notre rotateur interne. C'est-à-dire que vous relâchez le muscle. Vous lancez le muscle, et d'ailleurs, lorsque nous parlons de la coiffe des rotateurs, il est vraiment important pour nous de penser à l'action de lancer. Quand nous parlons de l'épaule, en particulier. Il faut comprendre que la plupart des blessures se produisent dans la coiffe des rotateurs au moment où vous relâchez la balle ou lorsque vous relâchez. La raison en est que lorsque vous relâchez la balle, la force excentrique qui maintient l'humérus dans la glénoïde - le système de freinage, pour ainsi dire, qui ralentit votre épaule - travaille très dur. Donc, ces freins qui travaillent dur pour ralentir votre épaule sont ce qui se blesse fréquemment. C'est pourquoi nous commençons à voir les blessures de l'infraspinatus, les blessures du teres minors. C'est comme ralentir le bras.

Le sous-scapulaire est différent de celui-ci, c'est celui du lancer. C'est là que nous obtenons notre rotation interne à partir d'un très grand muscle ici qui sort et s'attache à l'aspect antérieur de l'humérus et investit juste avant ce tendon du biceps. Donc, quand quelqu'un dit qu'il bosse au niveau de l'épaule, il se peut que ce soit aussi une déchirure du sous-scapulaire. Nous devons penser à cela. Il faut donc associer votre test musculaire manuel à votre zone de plainte. Donc

encore une fois, nous allons tester la rotation interne dans une position stable. Puis nous allons tester la rotation interne dans une position instable, Bien.

Nous allons passer à ce subscapulaire, et ce subscapulaire, je vais vous apprendre quelques trucs maintenant pour l'épaule. Ce test est un test de soulèvement de l'omoplate. Le patient doit être capable de mettre sa main dans la poche arrière opposée et de soulever sa main loin de son dos. Donc, essayez-le pendant que vous êtes assis ici à regarder le cours, je veux que vous preniez votre bras et le mettiez derrière votre dos. Je veux que vous leviez votre main loin de votre dos,

Alors regardons ce test. Voyons voir. Remarquez si vous pouvez le faire d'un côté à l'autre sur votre épaule. Remarquez combien elle peut le soulever. Elle peut le soulever, mais pas autant. Maintenant, regardez l'autre côté. Grande différence. Donc, en revenant à l'histoire statique régulière et à l'évaluation musculo-squelettique, nous avons vu une épaule en avant. Nous avons vu une asymétrie. Maintenant, nous commençons à comprendre ce qui se passe. Elle avait probablement une déchirure partielle du sous-scapulaire qui n'était pas bien guérie. Comme vous pouvez le voir, elle ne pouvait pas soulever, faire ce soulèvement scapulaire, d'une main, un peu. Si elle peut le faire un peu, cela me dit que ce n'est pas complètement rompu. Cela me dit que c'est probablement partiellement déchiré par une ancienne blessure. Regardons à nouveau. Ça comparé à ça, grosse différence.

regardez le cheat sur la façon de vérifier notre teres minor. Il s'agit de la femme d'âge moyen qui a des douleurs à l'épaule ou qui a subi une réparation et une rechute, ce qui n'est pas rare. Elles sont toujours en train d'essayer de soulever et de faire des choses. Comme se coiffer comme ça ou l'épaule se soulève. Vous pouvez vérifier l'intégrité du teres minor en les faisant s'asseoir comme ça. Faisons-le avec pendant que nous regardons.

Nous avons parlé du teres minor. Son rôle est de maintenir l'humérus dans le labrum glénoïde en rotation externe. Lorsque nous ne pouvons pas faire entrer l'humérus dans le labrum glénoïde avec une rotation externe, nous avons un problème de teres minor. Voyons donc comment nous allons l'évaluer. C'est ici. Là. Elle peut si gentiment garder son bras plaqué contre son côté et faire une rotation externe. Essayez-le sur vos deux bras et vous pourrez voir "Geez". Pourquoi ? C'est un peu funky." Vous avez peut-être un problème de teres minor d'un côté. Ces petites tricheries sont agréables à faire en pratique. Où vous pouvez rapidement trouver la réponse.

Nous allons maintenant parler du labrum, et je tiens à préciser que la fonction du labrum glénoïde est le cartilage à l'intérieur de l'articulation glénohumérale. Donc, le voici juste ici sur cette image. Cette fine ligne. On parle beaucoup des blessures du labrum chez les athlètes de lancer, elles ont tendance à se déchirer. Pourquoi est-ce si important ? C'est important parce que le tendon du biceps vient ici à travers le groupe glomérulaire et s'attache directement à l'aspect supérieur du labrum. Donc, s'il y a une déchirure labrale, chaque fois que vous utilisez votre biceps, vous tirez

sur cette déchirure et vous risquez de l'agrandir. Nous devons vraiment réfléchir à cela, et nous demander : "Comment puis-je contourner cela ?" "Comment puis-je me débarrasser de ce problème ?" "Que dois-je faire à ce sujet ?" Donc, on pense à, s'assurer qu'on peut, enlever le tendon du biceps.

Parfois, par voie chirurgicale, on retire le tendon du biceps du sous-scapulaire avec le labrum et on le rattache ici. C'est la cicatrice chirurgicale que nous avons vue plus tôt sur ce patient avec le signe de Popeye sur son bras opposé. Il souffrait d'une tendinopathie du biceps, qui a été déconnectée ici et rattachée vers le bas. Mais la fonction ici est que cela aide à faire cette coupe un peu plus profonde dans le labrum glénoïde. L'humérus a ainsi un peu plus de stabilité. Pas beaucoup, mais un peu plus.

Mais nous voulons penser à ce labrum en fonction de la rotation, un fait intéressant est que pour les images de haut niveau, nous voulons presque qu'ils aient une déchirure labrale lorsque nous les évaluons et les envoyons dans les ligues majeures parce qu'avec la déchirure labrale, tant qu'elle n'est pas douloureuse ou symptomatique, ils ont plus de rotation externe. S'ils ont plus de rotation externe, qu'ont-ils en tant que lanceurs ? Ils ont plus de mouvement, plus de vitesse. Une plus grande amplitude de mouvement est synonyme d'une plus grande vitesse. Donc, s'ils ont une déchirure labrale qui n'est pas symptomatique, ils auront plus de rotation externe, donc, ils ont comme ce trapèze où ils ont plus de mouvement, plus de temps pour obtenir le mouvement, et la vitesse sur leur gorge. C'est un petit fait intéressant sur les déchirures labrales.

Il existe plusieurs types de déchirures labrales. Il y a ce que nous appelons une déchirure SLAP, ce qui signifie que le labrum est déchiré. Si nous regardons directement le labrum glénoïde ici, nous regardons droit devant nous. Nous avons enlevé l'humérus et je le regarde droit devant moi. Tout comme si vous me regardiez comme ça. Juste ici. Si elle se trouve entre 10 heures et 2 heures, si la déchirure est ici, on l'appelle la déchirure SLAP. Ces déchirures SLAP sont importantes car ce qui se trouve dans cette zone. Mon tendon de biceps est juste ici. Donc avec une déchirure SLAP, nous risquons que le tendon du biceps tire dessus.

Le deuxième type de déchirure est une déchirure de Bankart. Juste ici. La déchirure de Bankart se situe entre 3 et 6 heures. Elle est plus avancée. Elle n'affecte pas autant le tendon du biceps, mais elle doit quand même être réparée. Il existe de nombreux types différents de déchirures labrales, mais nous considérons que la déchirure SLAP et la déchirure de Bankart sont les principaux acteurs.

Donc, pour tester le labrum, on fait ce qu'on appelle le Grind test. Ce que nous allons penser à faire, c'est prendre l'humérus et le pousser dans le labrum glénoïde pendant la circumduction du bras. Voici donc comment je fais ce test au cabinet. Juste ici. Donc on vérifie juste. Ils vont juste dire, vous savez, si c'est une déchirure légère, ils vont dire, vous savez, "ça fait bizarre. Ça me

dérange", ou si c'est une grosse queue, ils diront : "Wow, ça fait vraiment mal". Encore une fois, cela ne nous dit pas s'il s'agit d'une déchirure du SLAP ou d'une déchirure de Bankart, à moins que vous puissiez vraiment dire que lorsque je suis en haut, cela me fait mal, ou lorsque je suis en bas, cela me fait mal. Vous pouvez vraiment démêler cela si vous le souhaitez, mais encore une fois, cette compression ne fait qu'irriter le labrum. C'est ce qu'on appelle le test de Grind.

Nous revenons en arrière et parlons du conflit sous-acromial. C'est un de mes sujets favoris. Vous allez voir que dans la littérature, c'est l'une des deux blessures les plus courantes dans tout le corps humain, chez tous les athlètes, toutes les tranches d'âge, les sportifs et les non-athlètes. S'il y a un problème que vous devez connaître dans la partie supérieure du corps, c'est bien le conflit sous-acromial ou le syndrome de conflit de l'épaule. C'est un problème très courant. La raison en est qu'il existe de nombreuses étiologies. Il y a de nombreuses raisons. Nous avons parlé de conflit. J'utilise simplement un terme générique, qui signifie qu'il y a une inflammation dans la région sous-acromiale qui empiète sur les structures sous-jacentes. Elle peut donc empiéter sur le supra-épineux, qui se trouve ici, sur le tendon du biceps, qui se trouve ici, sur le sous-scapulaire, qui se trouve ici, puis sur l'infra-épineux et sur le teres.

Si nous regardons la vue latérale de l'épaule, nous travaillons de l'avant, et je dis toujours, regardez-la comme une horloge, de l'avant vers l'arrière. Quand vous regardez vos IRM, vous apprenez de la même façon. Voici votre coiffe des rotateurs. Le sous-scapulaire. Voici votre tendon de biceps. C'est un détail. Supraspinatus. Infraspinatus. Teres. Voici vos muscles SITS. Vous pouvez vraiment apprécier de cette vue comment ils fonctionnent, mais vous pouvez également apprécier l'inflammation qui peut s'accumuler dans cette très petite zone de tunnel qui doit fournir un groupe de muscles dans une zone, en particulier lorsque les gens ont une petite inflammation à cet endroit ou, une petite surcharge du tendon, ou peut-être un peu d'arthrose, il n'y a tout simplement pas de place pour l'inflammation.

Donc, l'inflammation s'accumule dans la région sous-acromiale et ruisselle comme une cascade vers le bas, vous êtes prêts ? dans le sillon inter-tuberculaire créant une tendinopathie du biceps. Parce que nous devons comprendre que ce sont des molécules inflammatoires, qui vont ensuite baigner à l'intérieur de cette gaine tendineuse du tendon du biceps et cela crée une pseudo tendinopathie. Le patient va avoir cette douleur frontale.

Donc pour répondre à la question, la question cliff-hanger dont nous avons parlé plus tôt est beaucoup de tendinopathie du biceps, vous devriez penser à ce qui se passe vraiment avec l'épaule. Il est très rare que la tendinopathie du biceps ne soit pas accompagnée d'autre chose. Les recherches les plus récentes nous apprennent que dans 90 % des cas, il y a une déchirure de la coiffe des rotateurs. Quatre-vingt-dix pour cent des personnes souffrant d'une tendinopathie du biceps ont une déchirure de la coiffe des rotateurs quelque part dans l'épaule. Quand je vois une tendinite du biceps et que je dis "Oh, il y a autre chose. Revenons en arrière et regardons."

Et encore une fois, pensez à l'inflammation qui s'accumule dans la région sous-acromiale et qui tombe dans cette cascade qu'on appelle le sillon intertuberculaire, qui pénètre dans la gaine du tendon du biceps et qui baigne ce tendon de molécules inflammatoires, créant ainsi cette fausse tendinopathie. Donc juste quelque chose pour taquiner un peu votre cerveau et comprendre qu'il y a plus que ça.

Alors comment tester le conflit sous-acromial ? Comment voit-on ce qui se passe avec cette épaule ? Vous savez, comment je peux taquiner cette partie ? Et nous allons, ce test ici est un excellent test pour le conflit sous-acromial. On prend juste le bras et il est passif. Ils sont détendus. Je fais une rotation interne dans trois plans différents. Je fais d'abord une rotation interne ici, car le conflit le plus grave va provoquer une douleur ici. N'est-ce pas ? Et c'est le conflit sous-acromial. Ensuite, je vais les amener un peu ici et faire une rotation interne parce que je commence à chercher à savoir si c'est juste sous-acromial ? Vous savez, une certaine fermeture de la région sous-acromiale, donc une inflammation plus légère. Mais ensuite, je vais l'amener jusqu'ici. Quand je l'amène jusqu'ici, je regarde un conflit acromial cortical. Car vous pouvez avoir un conflit dans la zone sous-acromiale ou dans la zone acromiale corticale. Nous devons les traiter différemment.

Donc, voici l'évaluation juste ici. Rotation interne. Subacromiale. Plus de sous-acromial. Acromial cortical. Vous allez traiter les choses très différemment. Parce que si elle a mal ici, je retournerais vérifier le tendon du pec et voir si elle a un syndrome d'hyper abduction ou une tendinopathie du pec, ce qu'elle a aussi. Voici une belle vue rapprochée de ces structures de l'épaule. J'adore l'anatomie. Je suis un passionné d'anatomie, mais je veux que vous appréciez à nouveau comment l'inflammation peut ruisseler le long de cette cascade juste ici, baignant ce tendon et ce modulateur inflammatoire.

Nous devons parler un instant de la bursite, car nous nous apprêtons à aborder la fin de ce cours. La bursite est généralement due à une trop grande friction dans la zone concernée. Nous avons une inflammation, une irritation, la fonction de la bourse séreuse est de diminuer la friction entre le tendon et l'os la plupart du temps. Si la bourse est enflammée, cela signifie qu'elle s'est agrandie à cause d'une trop grande friction. Donc maintenant, la bourse elle-même provoque plus de friction. C'est comme si elle nourrissait le monstre, pour ainsi dire. Donc, nous ne devrions pas en avoir autant. Elle devrait l'empêcher et se calmer, mais si elle s'agrandit, elle est à l'origine d'une plus grande inflammation. La bourse peut se situer dans la zone sous-acromiale, ici, ou s'étendre jusqu'à la zone antérieure, de cette façon. Elles peuvent aussi s'étendre sous l'articulation AC.

Encore une fois, le conflit cortical dont on a parlé avant. Comment nous avons fait la rotation en avant du bras. Je veux que vous appréciez les trois structures attachées à ce processus coracoïde. Rappelez-vous de l'anatomie que vous avez apprise à l'école de chiropraxie, nous avons le pec

minor, le coracobrachialis, et le biceps short head. Donc, n'importe quelle tendinopathie, n'importe quoi dans ces 3 zones, si vous êtes un athlète qui lance ou un athlète qui pratique une balle courbe qui traverse son corps, le tendon du pec va causer ce conflit cortical acromial. Nous allons traiter cela très différemment d'un conflit dû à une déchirure du sus-épineux. Deux façons différentes de le traiter.

C'est ce qu'on appelle le test de Dawbarn. En gros, on palpe l'avant de l'épaule et on cherche, on sent comme ce sac rempli de gel. Vous le sentirez quand il est enflammé. Je me tiens derrière le patient. Je palpe les deux épaules en même temps et de cette façon je peux vraiment faire la différence entre ce qui est normal et ce qui est anormal chez le patient. Mais vous allez le sentir juste ici, à l'avant de l'épaule. C'est ce qu'on appelle le test de Dawbarn.

Je veux parler une minute de l'entorse de l'articulation acromio-claviculaire. Il y a 3 grades. Grand 1 à 3, Nous allons regarder la quantité de séparation. Voici votre articulation AC ici. La jonction entre la clavicule et l'acromion. Je veux que vous appréciiez à quel point cette articulation est petite. C'est une articulation en colère quand elle est blessée. Elle cause beaucoup de douleurs. Il n'y a pas beaucoup de place pour l'inflammation à cet endroit. Il faut donc penser à un patient qui a été frappé à la clavicule, qui est tombé sur un bras tendu ou qui a été attaqué de face. Cette articulation va être une entorse.

Examinons donc la question un peu plus en détail. Il y a 3 grades de séparation des conjoints des états. Le type 1, 2 et 3, ou grade 1, 2 et 3, 3 étant le pire. Comprenez que lorsque nous avons une blessure acromio-claviculaire, c'est une séparation de l'épaule, ce n'est pas une luxation de l'épaule. Une séparation de l'épaule est une entorse de l'articulation acromio-claviculaire.

On peut avoir le type 1. C'est juste un étirement du ligament claviculaire cortical. C'est ce ligament là-haut. Le type 2 est une déchirure du ligament claviculaire cortical. Le type 3 est une déchirure du ligament claviculaire cortical et du ligament claviculaire cortical, de la partie conoïde et trapézoïde, et du ligament ici aussi. Nous avons 3 ligaments qui sont déchirés. Donc, comprenez que l'acromio-claviculaire et la clavicule corticale sont très différents.

Voici notre portion corticale claviculaire conoïde, portion trapézoïdale, articulation acromio-claviculaire. Quand vous regardez le patient avec une entorse, ce qui va se passer c'est qu'il va ressembler à ça. L'acromion est en train de se soulever. Ils vont ressembler à ça, et vous allez pouvoir pousser sur la clavicule et ils vont faire genre, "Ooh ça fait mal." Donc, vous allez juste palper leur articulation AC et vous allez pousser vers le bas. Ça va être élastique. Plus elle est remontée, plus le grade est élevé. Donc on peut apprécier que le grade 3 va être plus haut ici. Le grade 1 sera juste une petite bosse avec un peu de gonflement.

La luxation de l'épaule est l'endroit où nous perdons l'intégrité de l'articulation gléno-humérale. Donc, encore une fois, la séparation est l'articulation AC. La luxation est l'articulation gléno-humérale. Donc, si vous pouvez apprécier une luxation de l'épaule, la plus grande chose que vous allez remarquer est cette chute brutale. Vous allez remarquer l'acromion qui dépasse parce que l'humérus est tombé.

La dislocation la plus courante est une dislocation antérieure où la tête humérale vient en avant. J'ai vu des antérieures. J'ai vu des inférieures. J'ai vu des postérieures, toutes sur le terrain. Mais ceci va être la chute brutale va être quoi ? Vous remarquez. Voilà à quoi ça ressemble sur les radios. Voici le labrum glénoïde ici. Nous allons avoir cette chute juste en bas et dehors.

Nous les examinerons un peu plus en détail dans notre module pratique. Nous allons nous entraîner les uns sur les autres et rechercher ces divergences et cette instabilité. Nous allons beaucoup nous amuser en classe et nous avons hâte d'y être.

N'oubliez pas les considérations relatives à la réadaptation, car vous êtes peut-être la seule personne que ce patient voit. Et comment allons-nous améliorer ce patient pour qu'il puisse faire ce qu'il aime, vous pouvez voir que cette patiente aime ce qu'elle fait, c'est-à-dire s'entraîner dans un gymnase. Nous devons être en mesure de les ramener à cet endroit. C'est notre but ultime. Leur faire atteindre une performance optimale.

Vous savez, nous devons penser à notre processus, qui consiste à commencer par diminuer l'inflammation, toujours. Ensuite, il faut s'assurer d'obtenir une amplitude de mouvement passive de bonne qualité. Et ensuite, une amplitude de mouvement active de bonne qualité. Ensuite, vous commencez votre force. Vous ne devriez pas commencer la musculation si vous n'avez pas une bonne amplitude de mouvement. Car vous allez en fait cimenter le problème ou le faire durer plus longtemps. Il faut d'abord penser à obtenir un mouvement, à faire bouger l'articulation gléno-humérale, puis à la renforcer. C'est un concept très important avant de commencer à charger.

Encore une fois, nous pensons à la performance pratique, et nous devons cocher toutes ces cases, mais nous devons d'abord commencer par un processus systématique. Il s'agit d'augmenter progressivement la charge et l'intensité du tendon et des muscles de la zone concernée, afin d'éviter que le sportif ne se blesse à nouveau lorsqu'il s'améliore. C'est la chose la plus importante, nous voulons qu'ils aillent mieux sans se blesser à nouveau.

On parle d'augmenter les exercices spécifiques au sport. On veut faire ça le plus tôt possible. Voici le travail de Jill Cook sur les blessures des tendons. Elle est, si vous regardez certaines de ses recherches, c'est vraiment magnifique en ce qui concerne la charge du tendon et les blessures. Donc, en commençant par le travail isométrique et en travaillant sur la force, la force

fonctionnelle, la vitesse, comme le Plyo et des choses comme ça. Comme les pompes Plyo et tout ça. Ce serait le dernier.

Encore une fois, pensez intensité, volume, fréquence. Petit à petit, on construit ces choses. Monter progressivement les marches à chaque visite suivante et s'assurer que nous avons un plan de traitement bien pensé et que nous ne nous contentons pas de leur faire faire des pompes Plyo le premier jour. Ils ne feraient que se blesser à nouveau.

S'il s'agit d'un athlète, nous devons effectuer un entraînement croisé avec des exercices spécifiques au sport. Il faut penser à ce que cet athlète a besoin de faire. Ainsi, si j'ai un joueur de baseball qui lance un athlète, il est inutile que je fasse des exercices de course à pied. Je dois m'assurer que j'incorpore la rotation interne-externe dans le mouvement dont il aura besoin. Donc, je dois vraiment réfléchir au type d'activités que je peux faire pour m'assurer que je surdéveloppe ces muscles. Et comprendre pour passer les blessures changent la fonction. Il se peut que vous ne puissiez pas toujours réparer ce changement de fonction. Vous savez, ces blessures passées peuvent provoquer des changements mécaniques, ou des changements de force, ou des changements d'amplitude de mouvement. Ainsi, en pensant à cela, nous devons nous demander si c'est maintenant, la nouvelle normalité ? Puis-je corriger cela ou ne devrais-je pas le faire ? Parfois, leur nouvelle normalité est ce qui fonctionne pour eux. Donc, il faut s'assurer que nous regardons ce qui est fonctionnel et ce qui les rend géniaux, et nous ne voulons pas le défaire.

Enfin, nous voulons apporter un changement fonctionnel. Nous ne voulons pas d'un simple changement statique qui consisterait à avoir l'articulation, à l'ajuster. Nous avons besoin d'un changement fonctionnel. Nous devons renforcer les muscles inhibés et faciliter la chaîne inhibée. Nous devons penser à allonger les muscles nécessaires. Peut-être devons-nous penser à plus de stabilité. Nous avons parlé au début de notre patient qui a été tourné de cette façon. Que devons-nous faire pour la ramener ici et placer cette épaule dans l'articulation gléno-humérale afin de l'empêcher de se blesser à nouveau, car elle continuera à se blesser à nouveau dans cette position. Nous n'avons aucun muscle pour nous aider ici. Il faut donc la faire revenir, remettre en place la coiffe des rotateurs, pour qu'elle soit plus efficace.

C'est l'évaluation fonctionnelle. Pensez à regarder l'ensemble de la chaîne cinétique. C'est pour cela que je voulais mettre cela en place car l'épaule et le membre supérieur ont un rôle énorme à jouer dans la contraction des fessiers. L'utilisation des fessiers. Nous ne voyons pas les stabilisateurs scapulaires inférieurs travailler. Il est certain que la bande postérieure lombaire, la région lombo-sacrée et toute la bande postérieure jusqu'à votre fessier ne fonctionnent pas bien non plus. Vous devrez donc y jeter un coup d'œil.

Merci beaucoup, tout le monde. J'apprécie. Laissez-moi revenir en arrière. J'apprécie que vous soyez là. J'ai hâte de vous voir lors des sessions en direct. Je serai à Lausanne, et je serai à Madrid. J'ai hâte de vous voir tous les deux, vous tous. Je suis en train de passer en revue certaines de ces évaluations et de vous préparer pour le membre supérieur.

[FIN]