

CHAPITRE 3 : ANATOMIE PALPATOIRE DES OS

Une présentation globale et simplifiée des zones osseuses palpables du membre supérieur peut être présentée sous forme d'un croquis (fig. 3.1), et de même pour le membre inférieur (fig. 3.2).

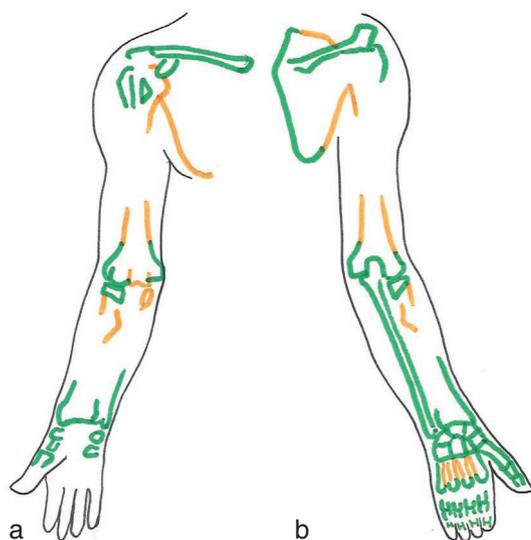


Fig. 3.1.
Schématisation des reliefs osseux palpables au membre supérieur (a, b). En vert, les reliefs faciles à palper, en orange ceux qui le sont moins.

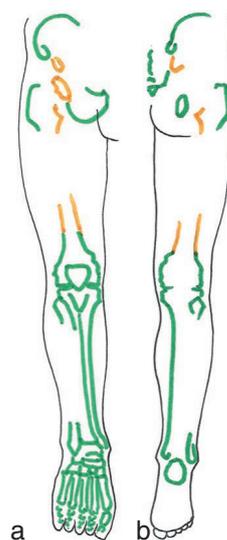


Fig. 3.2.
Schématisation des reliefs osseux palpables au membre inférieur (a, b). En vert, les reliefs faciles à palper, en orange ceux qui le sont moins.

3.1 Membre supérieur

Ceinture scapulaire

Clavicule

Diaphyse 👍

- **Positions** : PP (assis, DD, semi-assis), PT (assis haut, en regard de la zone)
- **Préalables** : repérer entre l'acromion en dehors, et le manubrium sternal en dedans
- **Procédure** : 2/3 médiaux sous-cutanés, saillants, visibles, 1/3 latéral discret, masqué par la concavité du bord antérieur et la continuité des reliefs musculaires (trapèze-deltoïde). Face supérieure et bord antérieur sont saisis et parcourus, en appréciant la convexité médiale du bord antérieur, puis sa concavité latérale. La face supérieure est convexe d'avant en arrière à sa partie moyenne, plus plane en latéral (fig. 3.3). On palpe plus ou moins le débordement du tubercule conoïde (saillie inférieure inatteignable) en basculant le moignon de l'épaule en avant (patient main dans le dos) afin de soulever le bord postérieur (à la jonction 3/4 médiaux et 1/4 latéral de ce bord)
- **Remarque** : l'antéimpulsion du moignon de l'épaule rend la face supérieure de la clavicule plus saillante, sa réimpulsion atténue sa visibilité



Fig. 3.3. Palpation (flèche) de la diaphyse claviculaire (pointillés et double flèche).

Extrémité médiale 👍

- **Positions** : idem à celles de la diaphyse
- **Préalables** : repérer la diaphyse en dehors, et le manubrium en dedans. Mobiliser l'interligne sternoclaviculaire (passivement ou activement)
- **Procédure** : la pulpe d'un doigt sur la berge manubriale, l'autre main saisit l'extrémité médiale de la clavicule pour la mobiliser et parcourir sa surface évasée et saillante (surtout en rétropulsion d'épaule) (fig. 3.4). En cas de mobilisation analytique et active, le praticien utilise ses 2 mains pour palper. Le processus postéro-inférieur (heurtoir de Farabeuf) n'est pas palpable
- **Remarque** : l'antépulsion de l'épaule atténue le relief, la rétropulsion l'exagère



Fig. 3.4. Palpation de l'extrémité médiale de la clavicule (pointillés noirs), par rapport au manubrium (pointillés jaunes).

Extrémité latérale 👍

- **Positions** : idem à celles de la diaphyse
- **Préalables** : repérer l'acromion en dehors, et la diaphyse en dedans. Mobiliser l'interligne acromio-claviculaire (petits glissements antéropostérieurs)
- **Procédure** : saisir les bords antérieur et postérieur de l'extrémité latérale de la clavicule (entre le pouce et l'index). L'autre main saisit les bords antérieur et postérieur de l'acromion entre le pouce et l'index, l'index sert à palper l'interligne avec l'ongle ou la partie subunguée (fig. 3.5)
- **Remarque** : l'extrémité surplombe parfois le relief plat de l'acromion. Le haussement d'épaule (sonnette latérale) atténue la différence de relief acromio-claviculaire, le mouvement inverse le majore. L'extrémité claviculaire peut avoir une tendance subluxante et accentuer le relief



Fig. 3.5. Palpation de l'extrémité latérale de la clavicule (pointillés), par rapport à l'acromion (double flèche bleue).

Scapula

Acromion 👍

- **Positions** : PP (assis ou semi-assis), PT (assis haut, en regard de la zone)
- **Préalables** : l'épaulette, formée par l'acromion, est un point de repère. Mobiliser l'interligne acromio-claviculaire pour isoler l'acromion
- **Procédure** : les doigts opèrent une friction sur la face supérieure, sous-cutanée, marquant la continuité des insertions trapéziennes et deltoïdiennes (des rotations scapulo-humérales permettent de vérifier l'immobilité de l'acromion). Les bords antérieur et postérieur sont palpés, ainsi le latéral qui les unit (fig. 3.6). Le bord médial, occupé par la surface articulaire pour la clavicle, est peu atteignable
- **Remarque** : la saillie de l'extrémité latérale de la clavicle facilite le repérage (ex. : subluxation de l'extrémité latérale de la clavicle). L'élévation du moignon de l'épaule ou l'abaissement de la tête humérale détache mieux le bord latéral de l'acromion. En cas de luxation de l'humérus l'acromion surplombe un vide



Fig. 3.6. Palpation de l'acromion (pointillés), bords antérieur, latéral, postérieur.

Coracoïde (processus) 👍

- **Positions** : PP (assis, DD, semi-assis), PT (assis haut, en regard de la zone)
- **Préalables** : repérer le trigone deltopectoral (dépression majorée par une flexion active scapulo-humérale)
- **Procédure** : un doigt s'engage dans le trigone, pointe dirigée vers la clavicule, pulpe plaquée latéralement et aborde ainsi le coracoïde. Des rotations scapulo-humérales sont indispensables pour différencier le coracoïde (immobile) du tubercule mineur (mobile). Le contact de l'apex coracoïdien nécessite une simple friction (fig. 3.7). Seul le segment horizontal est partiellement atteignable (face supérieure et bord médial)
- **Remarque** : la bascule antérieure de la scapula peut faciliter la saillie coracoïdienne. La transposition chirurgicale du coracoïde modifie légèrement la palpation, qui devient plus latérale

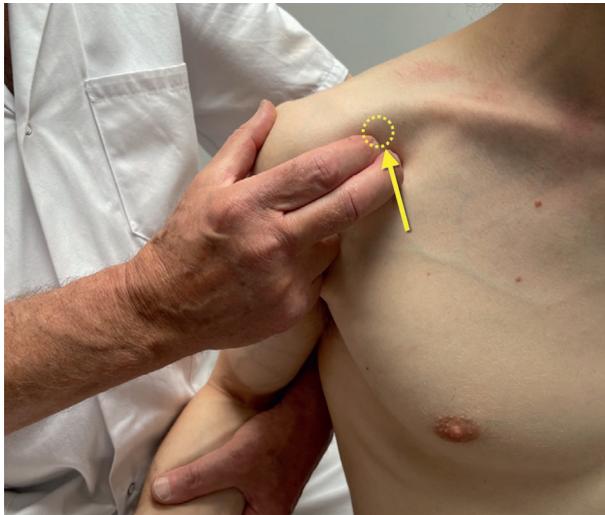


Fig. 3.7. Palpation (flèche) du coracoïde (pointillés) en haut et dehors du trigone.

Épine 👍

- **Positions** : PP (assis, DV, DL), PT (assis haut, en regard de la zone)
- **Préalables** : glisser les doigts de l'acromion jusqu'au bord médial de la scapula en exerçant une friction perpendiculaire au relief de l'épine, ou en la saisissant entre 2 doigts si elle est saillante
- **Procédure** : palper le bord postérieur de l'acromion, puis l'épais relief de l'épine, puis le relief inférieur du **tubercule trapézien** (fig. 3.8). La partie médiale de l'épine offre un petit méplat situé au niveau du bord médial de l'os, en regard de T3
- **Variations positionnelles** : l'obliquité de l'épine, en dehors et légèrement en haut, varie avec la position de la scapula, diminuant en cas d'une épaule tombante. Chez un sujet peu musclé la saillie de l'épine est marquée. Chez un sujet très musclé, la saillie osseuse fait place à un sillon intermusculaire entre la masse musculaire supérieure (trapèze moyen) et la masse musculaire inférieure (infra-épineux et deltoïde postérieur)

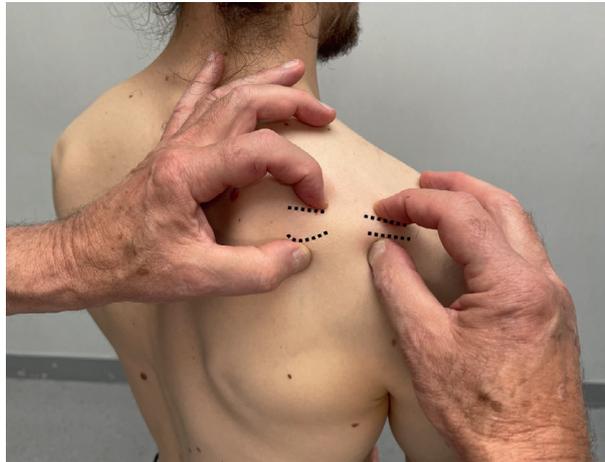


Fig. 3.8. Palpation de l'épine de la scapula, avec le tubercule trapézien (pointillés en dedans) et le reste de l'épine (pointillés en dehors).

Bords scapulaires

- **Positions** : PP (DL, DV, assis, DD), PT (assis haut, en regard de la zone)
- **Préalables** : repérer l'épine de la scapula. Elle conduit en dedans au bord médial, le plus marqué. La mobilisation scapulo-thoracique, passive pour éviter toute contraction gênante, fait saillir tel ou tel bord
- **Procédure** : 3 bords sont à palper

– Bord médial ou spinal 👍

La position main dans le dos fait ressortir ce bord de façon importante. On le suit de l'angle supéromédial jusqu'à l'angle inférieur, net et saillant. Le bord est mince, on parcourt sa convexité de haut en bas (oblique en haut, et dehors au-dessus de l'épine, et en bas et dehors en dessous d'elle) (fig. 3.9). Il peut être décollé chez les sujets à faible musculature. L'**angle inférieur** de la scapula est particulièrement visible et palpable malgré les fibres du grand dorsal qui s'y insèrent



Fig. 3.9. Palpation du bord médial de la scapula (flèche).

– Bord latéral ou axillaire 👍

Il est caché par la musculature qui le croise vers le haut et le dehors (grand rond, grand dorsal). Le mouvement de sonnette latérale avec abduction du bras facilite la palpation. Partir de l'angle inférieur, facile à déceler et remonter en direction de la glène en appuyant suffisamment pour déprimer les muscles par de petites frictions antéropostérieures pour sentir le bord tout en le parcourant (fig. 3.10 et 3.11)



Fig. 3.10. Palpation du bord latéral de la scapula (flèche entre le grand rond, en arrière, et grand dorsal, en avant) en décubitus dorsal.



Fig. 3.11. Palpation du bord latéral de la scapula, avec la pulpe des doigts (flèche) en décubitus latéral.