

Muscles antérieurs

Droit de l'abdomen 👍

Le petit muscle pyramidal de l'abdomen est associé au droit

- **Positions** : PP (DD), PT (assis haut, en regard de la zone palpée)
- **Préalables** : muscle paramédian, accolé à la ligne blanche. Bien visible chez l'homme musclé, aspect dit « en tablette de chocolat ». Corps charnu entrecoupé de 3 intersections tendineuses (parfois 4) essentiellement supra-ombilicales : la supérieure est infraxiphoidienne, la moyenne est à mi-chemin entre le xiphoïde et l'ombilic et l'inférieure est au niveau ombilic ou très légèrement en dessous. Ses 2/3 supérieurs sont mieux perceptibles que son 1/3 inférieur (gaine des droits plus épaisse). Relever la tête pour faire saillir ce muscle globalement. Bien que de réussite aléatoire, on peut demander parfois de contracter la partie haute, moyenne ou basse de ce muscle (innervation dissociée)
- **Procédure** : palpation transversale par rapport aux fibres verticales (et pour le bord latéral, très légèrement oblique en bas et en dedans) et perpendiculaire aux lames tendineuses intramusculaires (fig. 5.183)
- **Remarque** : les diastasis de la ligne blanche peuvent faire apparaître une saillie sagittale lors de la contraction des droits (risques herniaires). La graisse peut empêcher la palpation



Fig. 5.183. Palpation du droit de l'abdomen côté droit (flèches et pointillés jaunes), sur sujet favorable (a), les pointillés rouges montrent les intersections tendineuses. Même chose sur un sujet moins favorable (b), malgré un relèvement de la tête.

Oblique externe 👍

- **Positions** : PP (DD ou DL sur le côté opposé), PT (si DD : assis haut, en regard de la zone palpée ; si DL : dans le dos du patient)
- **Préalables** : le plus superficiel des muscles larges. Situé de la face externe des côtes inf. à la ligne blanche, ligament inguinal, crête iliaque, pubis. La mise en tension est obtenue, en DD, en avançant l'épaule homolatérale et en soulevant le membre inférieur controlatéral. En DL : on entraîne l'épaule homolatérale vers l'arrière et on demande au patient de s'y opposer
- **Procédure** : glissement pulpaire légèrement appuyé (selon le revêtement graisseux) et perpendiculairement aux fibres, depuis la base thoracique jusqu'à la ligne blanche, le pubis, le ligament inguinal et la crête iliaque. Les piliers latéral et médial sont palpables et délimitent une petite dépression palpable : l'orifice externe du canal inguinal (les hernies à ce niveau sont les plus fréquentes, surtout chez l'homme). Cet anneau ou orifice inguinal externe est immédiatement en haut et en dehors de l'épine du pubis ; le doigt, entraînant la peau pubienne, peut ainsi pénétrer à la partie inférieure du canal inguinal (fig. 5.184)
- **Remarque** : la mise en étirement ou contraction facilite la palpation, et inversement. La graisse interposée peut faire obstacle. La friction perpendiculaire à la direction des fibres devient quasi verticale pour les fibres les plus latérales

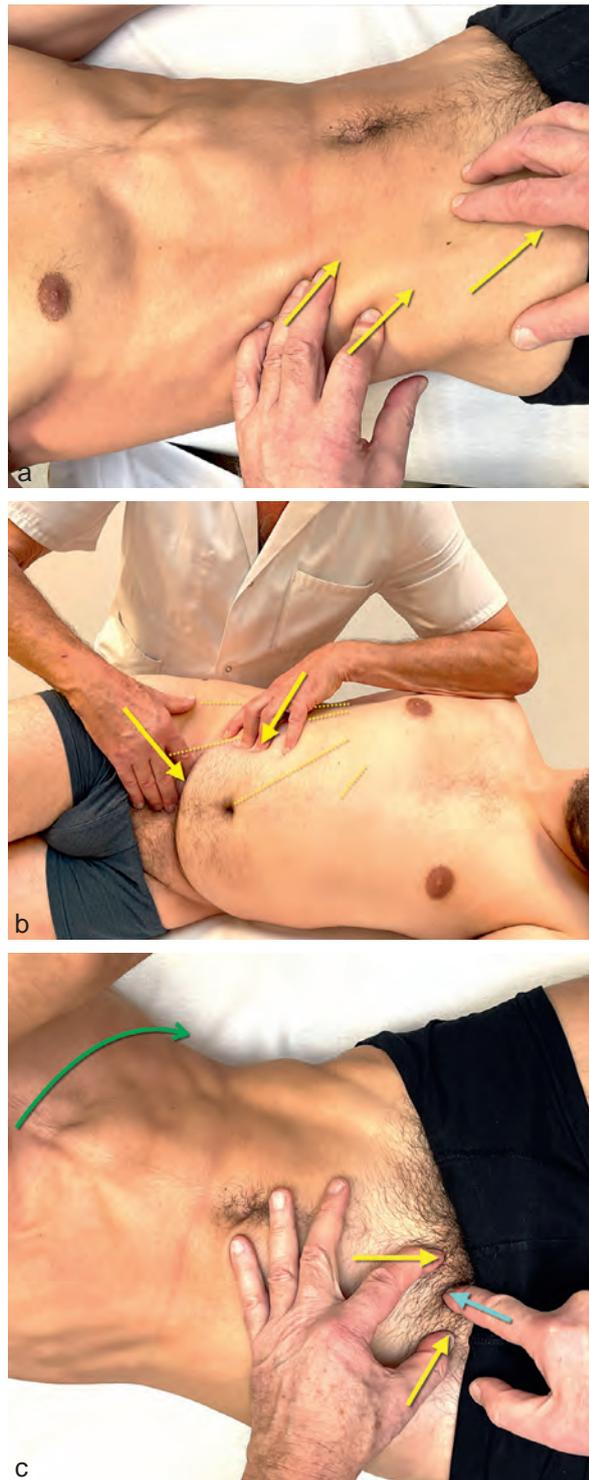


Fig. 5.184. Palpation de l'oblique externe côté droit (flèches et pointillés), sur sujet favorable (a) et moins favorable (b). Favorisée par la contraction (flèche verte), la palpation des piliers (c) latéral et médial (flèches jaunes) de ce muscle montre l'orifice externe du canal inguinal (flèche turquoise).

Oblique interne

- **Positions** : PP (DD ou, mieux, DL sur le côté opposé, très près du bord de la table pour stimuler la réaction d'équilibration), PT (si DD : assis haut, en regard de la zone palpée ; si DL : dans le dos du patient)
- **Préalables** : plus profond que le précédent, il nécessite donc un appui légèrement plus important. Situé de la crête iliaque à la ligne blanche et aux côtes inférieures. Il est confondu avec le transverse à sa partie tout inférieure (tendon conjoint). En DL, sa mise en tension est obtenue en reculant l'EIAS homolatérale (voire jambe pendante dans le vide) et en avançant tout le membre supérieur du même côté (voire pendant hors de la table), le patient s'opposant au déséquilibre
- **Procédure** : les doigts exercent une friction perpendiculaire aux fibres, en éventail (donc presque transversale pour les fibres postérieures et presque verticale pour les inférieures) (fig. 5.185)
- **Remarque** : la mise en étirement facilite la palpation



Fig. 5.185. Palpation de l'oblique interne côté droit (flèches et pointillés) sur sujet peu favorable.

Transverse

- **Positions** : PP (DD ou à 4 pattes), PT (assis haut, en regard de la zone palpée)
- **Préalables** : le plus profond, large et fin des muscles antérieurs, situé entre le pourtour inférieur du thorax en haut, la crête iliaque et le ligament inguinal en bas, les processus transverses en arrière, la ligne blanche en avant. Sa palpation ne peut être envisagée qu'après perception des muscles précédents. C'est plus par déduction qu'on peut prétendre avoir atteint ses fibres (mouvement de rentré de ventre). La palpation est indissociable des autres abdominaux (palpation plus par direction de fibres que par entité anatomique)
- **Procédure** : les doigts se déplacent dans le sens craniocaudal, perpendiculairement aux fibres musculaires et essentiellement dans la partie latérale par rapport aux droits de l'abdomen (dont l'épaisseur empêche la palpation). C'est à cette jonction que se situe la ligne semi-lunaire du muscle, point potentiellement faible (transition entre les fibres charnues et aponévrotiques) (fig. 5.186)
- **Remarque** : la position quadrupédique a l'avantage de faciliter la prise de conscience de ce muscle, du fait de l'action de la pesanteur et du meilleur ressenti du rentré de ventre. L'hypotonie est fréquente, notamment avec l'âge et chez les femmes multipares, parfois après hernie ou éventration

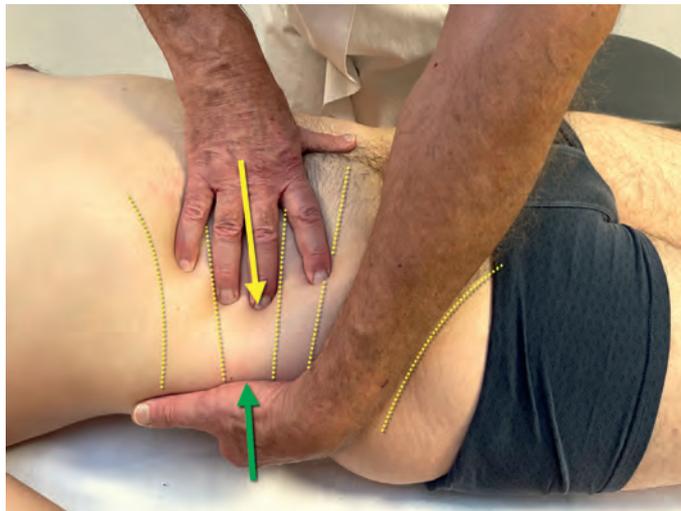


Fig. 5.186. Palpation du transverse de l'abdomen côté droit (flèche et pointillés) sur sujet peu favorable. La flèche verte indique le contre-appui empêchant d'associer la rétroversion au rentré de ventre.