

Messages clé

- L'anamnèse et l'examen clinique (!) sont essentiels.
- Une (arthro-)IRM ne devrait pas être le premier/l'unique examen.
- Douleur dans l'articulation de l'épaule, irradiant typiquement dans le bras, souvent la nuit.
- Douleur dans l'articulation acromio-claviculaire irradiant souvent vers le crâne.
- Les problèmes associés à la coiffe des rotateurs sont la pathologie de l'épaule la plus fréquente. Ils doivent être traités en première intention par physiothérapie (éventuellement avec une infiltration sous-acromiale de stéroïdes).
- Employer une méthode conservatrice en première intention lors d'une rupture de la coiffe des rotateurs chez les patient-e-s âgé-e-s avec la douleur comme symptôme dominant et un maintien de la fonction.
- Avoir recours à la chirurgie en première intention lors d'une rupture de la coiffe des rotateurs chez de jeunes patient-e-s avec une faiblesse comme symptôme dominant.
- Limitation passive (et active) de la rotation externe du bras pendant : penser à une épaule gelée.
- L'épaule gelée se traite souvent bien dans sa phase précoce/inflammatoire par une infiltration (gléno-humérale) de stéroïdes et une analgésie renforcée ainsi qu'une physiothérapie.

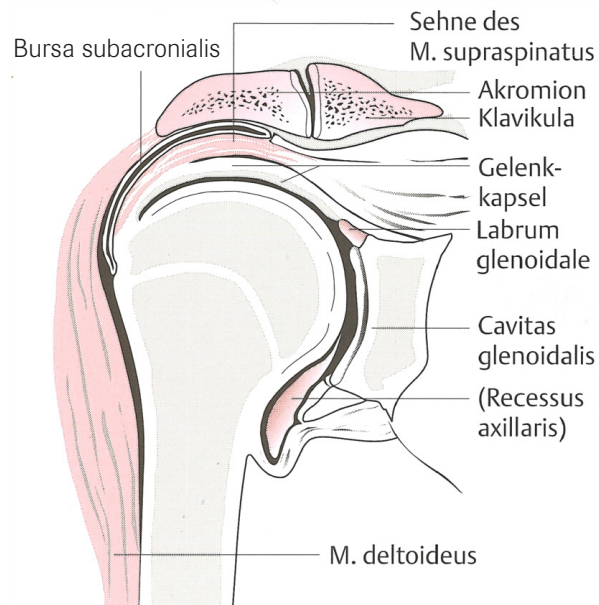
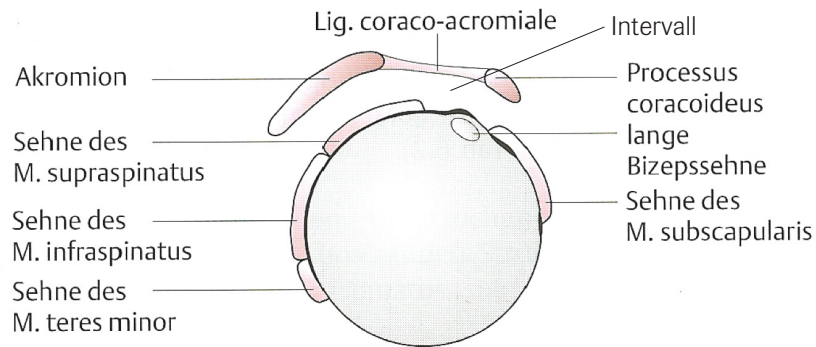


Update Rhumatologie 2026 pour médecins de famille

Douleurs de l'épaule A bon diagnostic, traitement efficace

Douleurs de l'épaule – petit aide-mémoire

- Douleurs périarticulaires
- D. articulaires
 - articulation gléno-humérale
 - a. acromio-claviculaire
 - a. sterno-claviculaire
- D. neurogènes
- D. myofasciales
- D. des organes internes



Tests spécifiques

Syndrome de conflit sous-acromial (Problèmes associés à la coiffe des rotateurs)	Test de Hawkins (rotation interne forcée en antéflexion à 90°, le coude fléchi) Arc douloureux, abduction contre résistance
Instabilité	Translation antéro-postérieure de la tête humérale Test d'appréhension (rotation externe forcée en abduction à 90°) pour la mise en évidence d'une instabilité antérieure
Tendon sus-épineux	Test de Jobe (contre résistance, en abduction à 90°, antéflexion à 30° et pronation maximale)
Tendon sous-épineux	Rotation externe forcée depuis une position neutre ou en abduction de 90° Lag test (abduction à 90° et position de rotation externe contre résistance à la rotation interne de l'examineur. Un «drop sign» positif – le bras sitôt lâché est projeté en avant vers le bas – évoque une pathologie du tendon sous-épineux)
Tendon sous-scapulaire	Test lift-off (main posée sur le dos en rotation interne maximale et rotation interne forcée contre résistance de l'examineur)
Tendon du long biceps	Test palm-up (bras en supination le coude fléchi à 90°, flexion du coude contre résistance de l'examineur.)
Capsulite rétractile / épaule gelée	Rotation externe passive du bras adducteur avec scapula fixe (idéalement en position couchée sur le dos)
Articulation AC (acromio-claviculaire)	BodyCross Test= Test d'adduction forcée (compression par adduction du bras forcée vers l'épaule opposée). Douleur à la pression directe dans l'articulation AC.