

FICHE

# Conduite diagnostique devant une épaule douloureuse non traumatique de l'adulte

Validée par le Collège le 31 août 2023

## L'essentiel

- Les lésions dégénératives de la coiffe des rotateurs n'ont pas toujours d'expression clinique.
- L'examen clinique et l'évaluation du contexte (professionnel ou autre) sont essentiels pour la conduite diagnostique et thérapeutique.

Le syndrome douloureux sub-acromial est une douleur d'épaule non traumatique, habituellement unilatérale, localisée autour du moignon de l'épaule (et pouvant irradier vers le bras), souvent aggravée pendant ou après une élévation du bras. Ce syndrome comprend les diagnostics : bursopathie, tendinopathie et rupture dégénératives des tendons de la coiffe des rotateurs, tendinopathie du long biceps et tendinopathies calcifiantes (AE).

L'articulation acromio-claviculaire est anatomiquement proche de la coiffe des rotateurs. L'arthropathie acromio-claviculaire est une pathologie fréquente, à ne pas méconnaître (AE).

Le terme de syndrome douloureux sub-acromial doit être préféré à :

- « périarthrite scapulo-humérale », qui ne doit plus être utilisé et doit être considéré comme obsolète (AE) ;
- « conflit sub-acromial », qui serait un des facteurs favorisants de cette pathologie multifactorielle (AE) ;
- « tendinite de la coiffe des rotateurs » (AE).

## Diagnostic d'une douleur d'épaule évoluant depuis moins de 6 semaines (aiguë)

Les 4 diagnostics à évoquer devant une douleur d'épaule aiguë non traumatique sont (par ordre de fréquence) (AE) :

- Poussée douloureuse aiguë sur tendinobursite dégénérative de la coiffe des rotateurs : contexte de gestes répétitifs

- Épaule aiguë hyperalgique = calcification en crise de résorption. Douleur intense et brutale sans facteur déclenchant, mobilisations actives et passives quasi impossibles du fait de la douleur. Patient en attitude du traumatisé du membre supérieur
- Épaule douloureuse avec dérouillage matinal prolongé : contexte de rhumatisme inflammatoire chronique ou pathologie microcristalline connu = arthrite/bursite secondaire à une poussée aiguë de rhumatisme inflammatoire chronique ou de rhumatisme microcristallin
- Syndrome de Parsonage Turner : douleur intense et brutale de l'épaule, suivie d'une amyotrophie d'un ou plusieurs groupes musculaires de la ceinture scapulaire et du membre supérieur

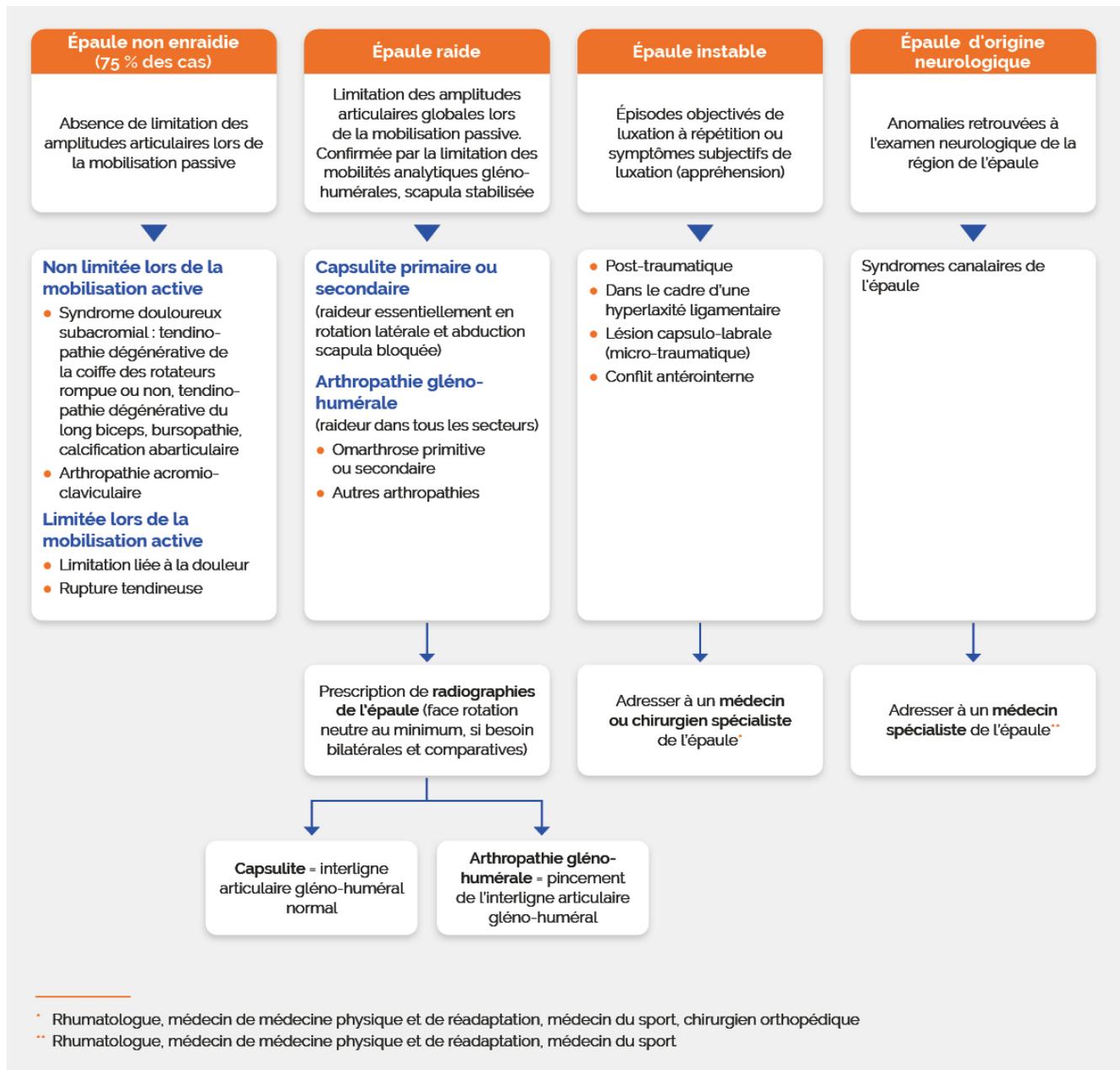
Il est également indispensable de rechercher par l'examen clinique (interrogatoire et examen physique) les diagnostics urgents (AE).

**Tableau 1. Diagnostics urgents à évoquer devant une douleur d'épaule récente non traumatique (AE)**

Diagnostic	Anamnèse (contexte et symptômes évocateurs)
Pathologie cardiovasculaire (syndrome coronarien aigu, cardiopathie ischémique, péricardite, dissection aortique...)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Facteurs de risque cardiovasculaire</li> <li>– Douleur thoracique, dyspnée</li> </ul>
Embolie pulmonaire	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Facteurs de risque de thrombose veineuse profonde</li> <li>– Douleur thoracique, dyspnée, hémoptysie</li> </ul>
Arthrite septique	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Immunodépression, usage de drogue intra-veineuse</li> <li>– Porte d'entrée locale ou à distance, dérouillage matinal prolongé, insomnie, fièvre, frissons, altération de l'état général</li> </ul>
Pseudo-polyarthrite rhizomélique associée à des signes d'artérite à cellules géantes (Horton)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Âge &gt; 50 ans</li> <li>– Douleur des épaules d'emblée bilatérale, atteinte de la ceinture pelvienne, dérouillage matinal prolongé, céphalées inhabituelles, altération de l'état général, claudication mandibulaire, signe du peigne</li> </ul>
Tumeur de l'apex pulmonaire	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Tabagisme actif ou sévère</li> <li>– Toux, hémoptysie, syndrome de Claude Bernard Horner, altération de l'état général</li> </ul>
Pleurésie, pneumopathie, pneumothorax	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Douleur thoracique, dyspnée, toux, fièvre</li> </ul>
Pathologie des voies biliaires, hépatopathie, pathologie péritonéale (irritation post-chirurgicale)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Douleur de l'hypochondre, vomissements, ictère</li> </ul>

# Diagnostic d'une douleur d'épaule évoluant depuis plus de 6 semaines (persistante)

On recherche les principaux diagnostics d'épaule douloureuse en fonction du tableau clinique (AE).



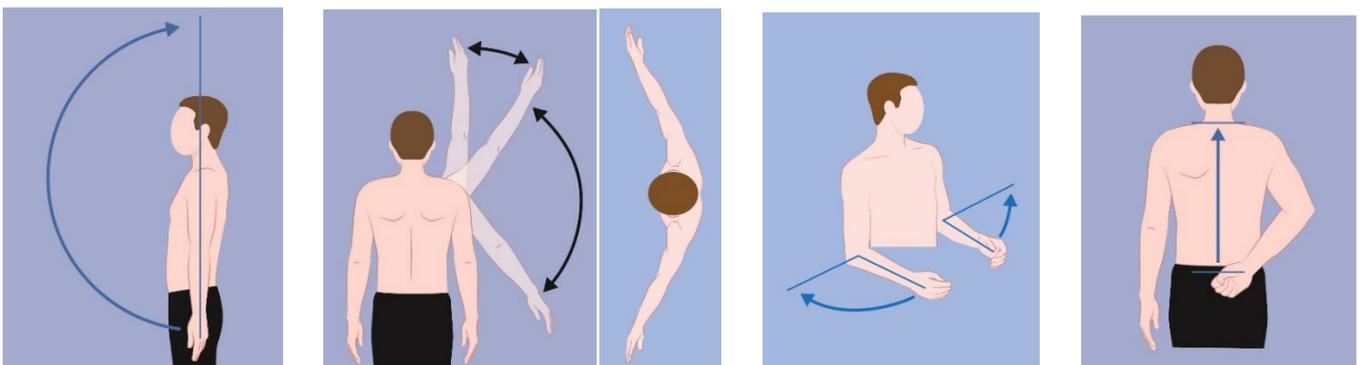
De façon systématique, l'examen clinique est complété par la recherche des principaux diagnostics différentiels (AE).

Diagnostic	Anamnèse
Tumeur de l'épaule	- Altération de l'état général, palpation d'une masse
Névralgie cervico-brachiale C5 ou C6	- Douleur neuropathique, irradiation postérieure, syndrome rachidien cervical, anomalie de l'examen neurologique
Douleurs post-zostériennes (dermatome C5-C6-T1)	- Douleur neuropathique, antécédent d'éruption cutanée vésiculeuse « en placard » sur le trajet du dermatome
Syndrome de la traversée thoraco-brachiale	- Douleur neuropathique, absence de syndrome rachidien cervical, caractère positionnel, test de provocation positif. Peut être associé à des manifestations vasculaires
Pathologies médullaires (syringomyélie, myélite, myélopathie cervico-arthrosique...), maladie du motoneurone	- Douleur neuropathique, anomalie de l'examen neurologique

## Examen clinique d'une épaule douloureuse

L'examen clinique est primordial pour faire le diagnostic et comprend :

- **l'interrogatoire spécifique de l'épaule** qui précise notamment les circonstances de survenue, le contexte (professionnel ou autre), le rythme (possible réveil nocturne positionnel dans le syndrome douloureux sub-acromial), l'intensité de la douleur, le retentissement fonctionnel... (AE). Il est important de noter que les douleurs en regard de la scapula sont plus en faveur d'une origine rachidienne (AE) ;
- **l'inspection**, sur un patient dévêtu, qui cherche une amyotrophie et évalue la position de la scapula lors des mouvements actifs (dyskinésie) (AE) ;
- la **palpation** bilatérale des articulations acromio-claviculaires et sterno-claviculaires (AE) ;
- **l'étude systématique des amplitudes articulaires** lors de la mobilisation active et passive qui doit être bilatérale et comparative (une partie de cette mobilité n'est pas liée à l'articulation gléno-humérale). Les amplitudes à évaluer sont (schémas dans l'ordre des amplitudes citées) (AE) :
  - la flexion (élévation antérieure) (valeur physiologique 170°-180°),
  - l'abduction dans le plan de la scapula (oblique à 30° en avant du plan frontal) (valeur physiologique 170°-180°),
  - la rotation latérale coude au corps (aussi appelée en position 1 (RL1)) (valeur physiologique variable, comparer les deux côtés du patient),
  - la rotation médiale main dans le dos (aussi appelée en position 1 (RM1)) (valeur physiologique variable, comparer les deux côtés du patient, mais différences physiologiques selon la latéralité).



En l'absence d'atteinte neurologique, l'association d'une mobilité passive complète et d'une mobilité active déficitaire oriente vers une rupture d'un ou plusieurs tendons de la coiffe des rotateurs (AE).

La présence d'une raideur articulaire en particulier en rotation latérale et en abduction est évocatrice d'une capsulite ou d'une arthropathie gléno-humérale (AE) ;

- un **examen neurologique** de l'épaule et des membres supérieurs (dont un testing musculaire) et un **examen du rachis cervical** (AE).

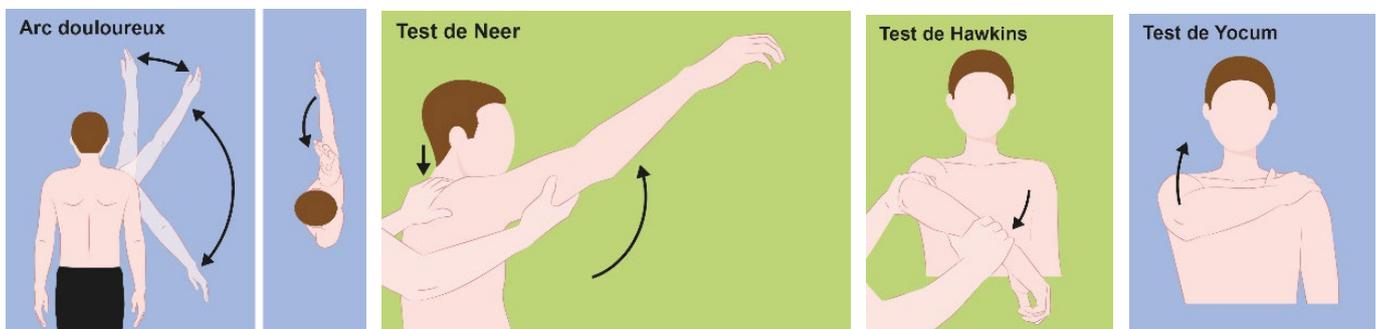
### Examen physique spécifique de l'épaule non enraidie

Il est recommandé de réaliser une association de tests (car ces tests ont une valeur diagnostique faible), dont certains orientent vers le syndrome douloureux sub-acromial et d'autres précisent la localisation lésionnelle (AE). Le diagnostic de syndrome douloureux sub-acromial repose sur un faisceau d'arguments (AE).

Les tests permettant d'orienter vers un syndrome douloureux sub-acromial sont (AE) (en réaliser plusieurs pour augmenter la sensibilité et la spécificité de l'examen clinique) :

- **arc douloureux** : le patient doit réaliser une abduction (dans le plan frontal). La douleur apparaît généralement entre 60 et 120° d'abduction ;
- **test de Neer** : flexion (élévation antérieure) passive (entre flexion et abduction) du membre supérieur, scapula bloquée ;
- **test de Hawkins** : le bras est placé par l'examineur à 90° de flexion (élévation antérieure) (coude fléchi à 90°). L'examineur impose une rotation médiale ;
- **test de Yocum** : le patient place sa main sur l'épaule controlatérale à celle testée. Il effectue une élévation de son coude fléchi sans bouger l'épaule testée.

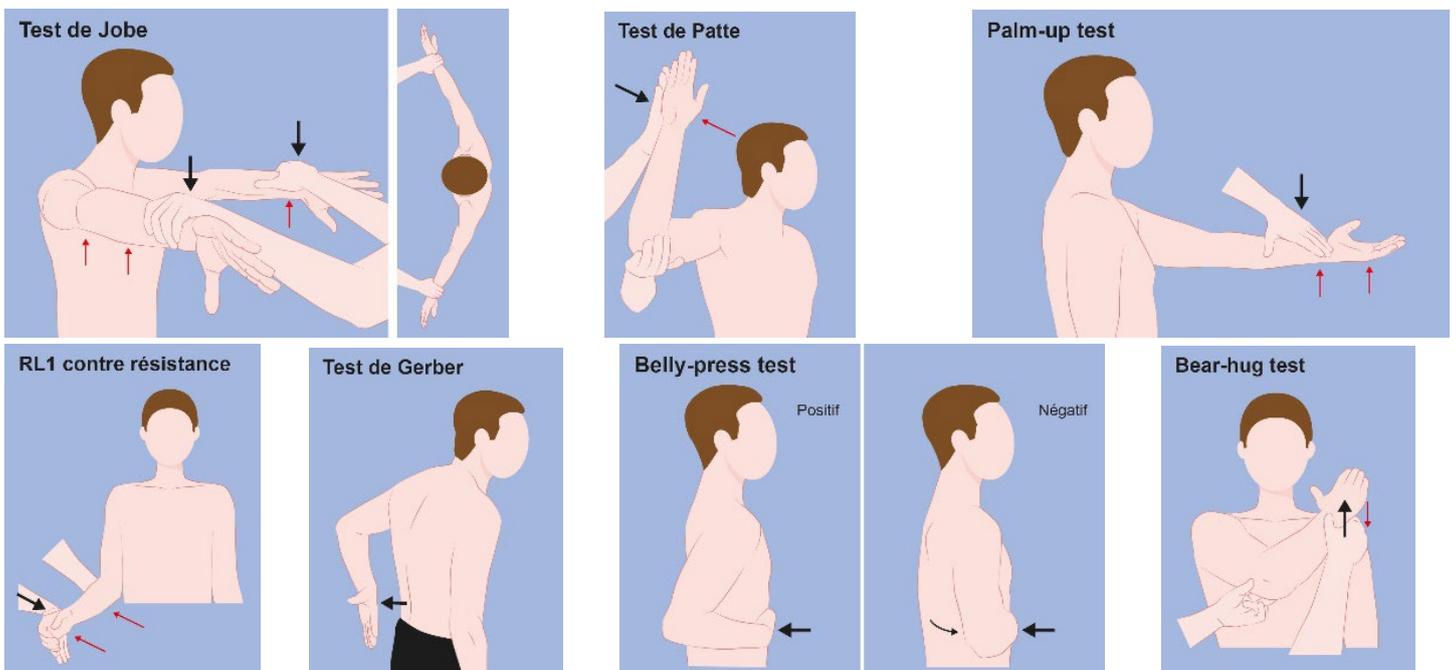
Ces tests sont positifs en cas d'apparition d'une douleur lors de la manœuvre. Les tests sur fond vert sont passifs, ceux sur fond bleu actifs.



Les tests permettant de localiser un tendon spécifiquement atteint sont (AE) :

- tests permettant de reproduire la douleur (en faveur d'une tendinopathie) (faible valeur diagnostique) :
- **supra-épineux** : **test de Jobe** : le bras est à 90° d'abduction dans le plan de la scapula en rotation médiale (pouce vers le bas). Le patient doit résister à la pression vers le bas exercée par l'examineur,
- **infra-épineux** : **test de Patte** : le bras est à 90° d'abduction, coude fléchi à 90° et soutenu par l'examineur. Le patient réalise une rotation latérale contre résistance,
- **long biceps** : **palm-up test** : le bras est à 90° de flexion, l'avant-bras est en supination. Le patient doit résister à la pression vers le bas exercée par l'examineur ;

- tests permettant de rechercher une faiblesse musculaire (en faveur d'une rupture) (AE), description des tests les plus usuels et les plus étudiés :
  - supra-épineux : **test de Jobe**,
  - infra-épineux :
    - o **test de Patte** ou
    - o **rotation latérale contre résistance en position 1** : le coude est collé au tronc, fléchi à 90°. Le patient doit réaliser une rotation latérale contre la résistance de l'examineur,
  - sub-scapulaire :
    - o **test de Gerber (aussi appelé lift-off test)** : la face dorsale de la main du patient est dans son dos, le coude est fléchi à 90°. Le patient doit décoller sa main du dos ou
    - o **belly-press test** : le coude est fléchi à 90°, l'avant-bras est dans le plan frontal et la main sur le ventre. Le patient appuie sur le ventre et essaie de garder l'avant-bras dans le plan frontal. Il existe une faiblesse musculaire du sub-scapulaire (test positif) si le coude part vers l'arrière avec flexion du poignet ou
    - o **bear-hug test** : le patient place la paume de sa main sur l'épaule controlatérale à celle testée, doigts tendus, coude devant le corps. Le patient doit maintenir la position initiale, malgré la rotation latérale (appliquée perpendiculairement à l'avant-bras) exercée par l'examineur.



---

Ce document présente les points essentiels de la publication : Conduite diagnostique devant une épaule douloureuse non traumatique de l'adulte, Méthode « Recommandation pour la pratique clinique », août 2023  
Toutes nos publications sont téléchargeables sur [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)