

Omalgies chroniques

L'approche du rhumatologue



Dr Gil Guttman, Unisanté 2.04.2026

Cas 1

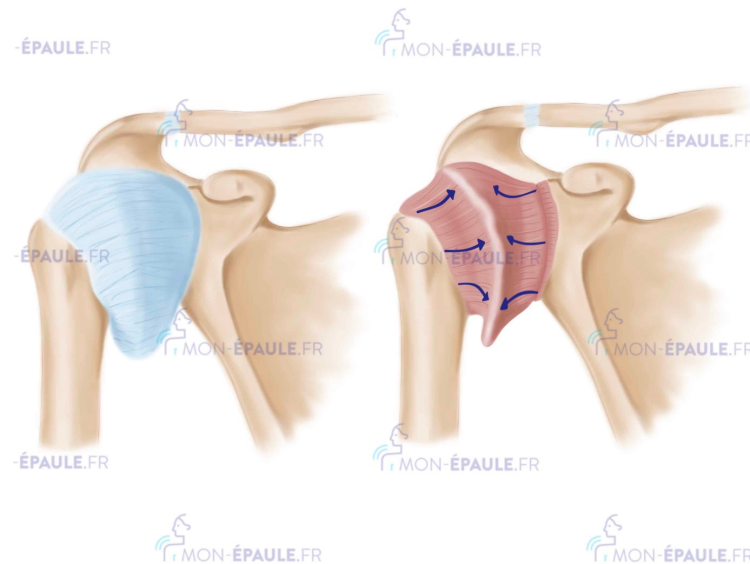
- Femme 52 ans, diabétique
- Douleurs progressives + raideur 1 mois
- Réveil nocturne
- 🙌 Diagnostic ?

Clinique

- Limitation active ET passive
- Rotation externe très limitée
- Pas de déficit franc
- 🙌 Interprétation ?

Diagnostic

- **Capsulite rétractile**
- Arguments: raideur globale + terrain
- DD: arthrose, rupture coiffe



Imagerie

- Radio: éliminer arthrose
- IRM NON systématique
- Écho si doute

PEC

- Antalgiques palier 1–2
- Infiltration gléno-humérale si douleur
- Kiné douce (mobilisation passive)
- Informer durée: 12–24 mois

Ordonnance physio

- Mobilisation passive douce
- Étirements capsulaires progressifs
- Travail infra-douloureux
- Enseignements d'exercices à réaliser à domicile (pendulaires...)

Pièges

- Confondre avec rupture coiffe
- Kiné trop agressive → aggravation
- Oublier diabète

Cas 2

- Homme 48 ans, travail manuel
- Douleurs mécaniques à l'élévation
- Pas de raideur
- 🙌 Diagnostic ?

Clinique

- Jobe positif



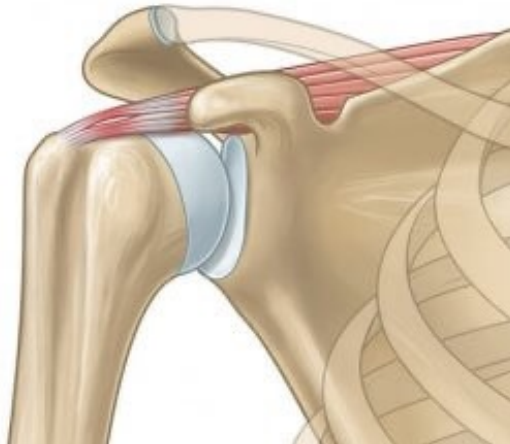
- Les bras des patients sont élevés à 90° dans le plan scapulaire. Les bras sont ensuite soumis à une rotation interne complète de sorte que les pouces pointent vers le sol. On demande au patient de résister à la pression vers le bas exercé par l'examineur.

Clinique

- Jobe positif (72-74% sensible, 30-40% spécifique)
- Arc douloureux 60–120°
- Mobilité passive normale

Diagnostic

- **Tendinopathie sus-épineux**
- DD: conflit, rupture partielle



Imagerie

- Échographie 1re intention
- IRM si doute ou échec

PEC

- Repos relatif
- Kiné: renforcement + recentrage
- AINS courte durée
- Infiltration si échec

Ordonnance physio

- Renforcement de la coiffe des rotateurs
- Recentrage huméral actif
- Travail scapulaire (dentelé ant et trapèze inf)
- Etirements postérieurs
- Correction posturale
- Hygiène posturale
- Auto-exercices à domicile

Pièges

- IRM trop précoce
- Arrêt complet activité
- Ignorer facteurs pro

Cas 3

- Homme 55 ans, sportif
- Douleur élévation 70–120°
- Gêne gestes au-dessus tête
- 🙌 Diagnostic ?

Clinique

- Neer + (59-79% sensibilité, 6-60% spécificité)



- L'examineur se place derrière le patient afin de stabiliser la scapula (omoplate), puis il effectue une élévation antérieure maximale avec la main en pronation. Le test est positif s'il déclenche une douleur à l'épaule.

Clinique

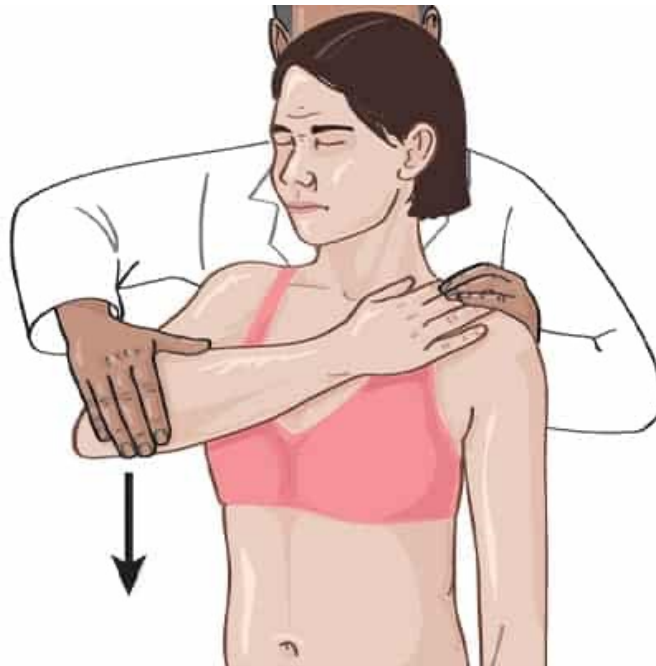
- Hawkins + (58-80% sensibilité, 56-67% spécificité)



- Le bras est élevé à 90 degrés vers l'avant, le coude est fléchi à 90 degrés et l'examineur imprime de la rotation interne. Le test est positif si cela déclenche une douleur au niveau de l'épaule.

Clinique

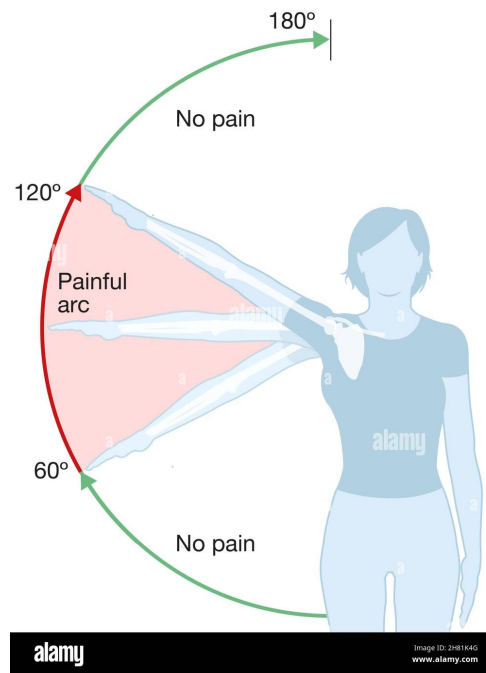
- Yocum+ (69-82% sensibilité, 27-40% spécificité)



- On demande au patient de poser sa main sur l'épaule opposée et de lever son coude. On recherche une douleur provoquée à l'épaule lorsqu'on appuie sur le coude vers le sol.

Clinique

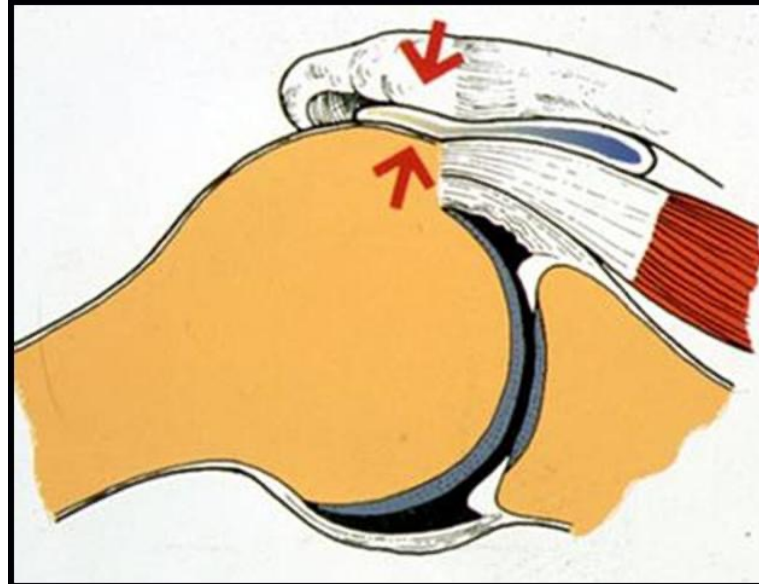
- Arc douloureux (53-79% sensibilité, 76% spécificité)



- La douleur est absente en début de mouvement (<60°), devient intense quand le bras passe sous l'acromion (60-120°), peut diminuer une fois le bras levé très haut (>120°)

Diagnostic

- **Conflit sous-acromial**
- Mécanisme multifactoriel



PEC

- Kiné: recentrage huméral
- AINS
- Infiltration bourse
- Chirurgie rare

Ordonnance physio

- Rééducation scapulaire ciblée
- Renforcement dentelé antérieur
- Renforcement trapèze inférieur
- Travail contrôle moteur
- Correction posturale
- Auto-exercices à domicile

Pièges

- Traitement purement antalgique
- Ne pas corriger la dyskinésie scapulaire
- Recours trop précoce à la chirurgie

«Un conflit sous acromial ce n'est pas qu'un acromion...c'est une épaule mal centrée.»

A retenir

- Raideur = capsulite
- Mobilité conservée = coiffe
- Écho > IRM en 1re ligne
- Traitement conservateur +++