Infirmerie Protestante de Lyon
Fondée en 1844 Clinique Médico-chirurgicale

PRISE EN CHARGE DE L'EPAULE RAIDE

DU DIAGNOSTIC AU TRAITEMENT

HCL
HOSPICES CIVILS DE LYON

30/09/2026 **DR LAURENT BENJAMIN**

www.chu-lyon.fr

DIAGNOSTIC D'UNE EPAULE RAIDE : CLINIQUE

ELIMINER UNE EPAULE TRAUMATIQUE (contexte chute, électrocution, épilepsie), **INSTABLE**

- FRACTURE
- LUXATION
- RUPTURE COIFFE

ELIMINER UNE DOULEUR PROJETEE

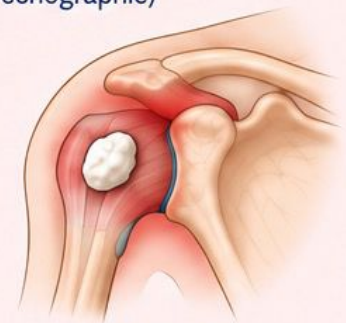
- Pleuropulmonaire (Embolie pulmonaire, tumeur)
- Osseuse Humérus/scapula /costale (fracture/tumeur)
- Cervicale avec névralgie cervicobrachiale
- **Infarctus du myocarde** si gauche
- Hépatovésiculaire si droite

Démarche diagnostique devant une douleur d'épaule
(orientée par l'examen de la mobilité)

1 Épaule aiguë hyperalgique

Tendinopathie calcifiante

- Douleur très intense, d'installation souvent brutale
- Mobilité active et passive très limitée par la douleur
- Dépôt calcique intra-tendineux (souvent supra-épineux)
- Aspect typique à la radiographie (± échographie)



Dépôt calcique de la coiffe des rotateurs

2 Épaule raide
(mobilité passive limitée)

A. Omarthrose



- Douleur mécanique
- Raideur progressive
- ± craquements



Omarthrose centrée ou excentrée

B. Capsulite rétractile



- Douleur + raideur
- Perte passive et active
- Profil évolutif (stades)



Rétractissement capsulaire

C. Épanchement intra-articulaire



a. Mécanique

- Hémarthrose
- Ostéochondrome
- Corps étrangers
- Autres causes (mécaniques, traumatisme, ...)



Exemple : hémarthrose

b. Inflammatoire / arthrite

- Polyarthrite
- Pseudopolyarthrite rhizomélique (PPR)
- Spondyloarthrite
- Still (maladie de Still, ...)



Synovite inflammatoire

3 Mobilité passive normale
(amplitudes complètes)

A. Mobilité active normale
(pas de déficit)

a. Atteinte acromioclaviculaire / sternoclaviculaire

- Douleur localisée
- Douleur à la palpation
- Tests spécifiques (AC / SC)



Articulations acromioclaviculaire (AC) et sternoclaviculaire (SC)

b. Tendinopathie de coiffe

- Douleur à l'élévation
- Tests de coiffe positifs
- Pas de déficit de mobilité passive



Tendons de la coiffe des rotateurs

B. Mobilité active impossible
(pseudoparalysie)

a. Rupture de coiffe

- Déficit actif majeur
- Mobilité passive conservée
- Tests de coiffe souvent positifs



Rupture de la coiffe des rotateurs

b. Épaule neurologique

- Déficit actif majeur
- Mobilité passive conservée
- Contexte neuro-logique (plexus, nerf circonflexe, ...)



Atteinte neurologique (plexus / nerf circonflexe)

Toujours intégrer le contexte clinique, l'âge, les antécédents et les examens *complémentaires* si besoin.

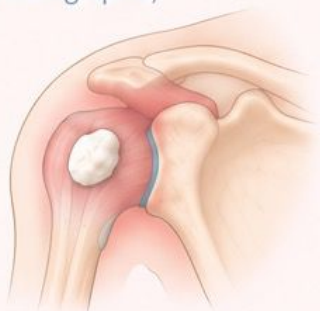
Épaule – raisonner, orienter, traiter

Démarche diagnostique devant une douleur d'épaule
(orientée par l'examen de la mobilité)

1 Épaule aiguë hyperalgique

Tendinopathie calcifiante

- Douleur très intense, d'installation souvent brutale
- Mobilité active et passive très limitée par la douleur
- Dépôt calcique intra-tendineux (souvent supra-épineux)
- Aspect typique à la radiographie (± échographie)



Dépôt calcique de la coiffe des rotateurs

2 Épaule raide
(mobilité passive limitée)

A. Omarthrose



- Douleur mécanique
- Raideur progressive
- ± craquements



Omarthrose centrée ou excentrée

B. Capsulite rétractile



- Douleur + raideur
- Perte passive et active
- Profil évolutif (stades)



Rétracissement capsulaire

C. Épanchement intra-articulaire



a. Mécanique

- Hémarthrose
- Ostéochondrome
- Corps étrangers
- Autres causes (mécaniques, traumatisme, ...)



Exemple : hémarthrose

b. Inflammatoire / arthrite

- Polyarthrite
- Pseudopolyarthrite rhizomélique (PPR)
- Spondyloarthrite
- Still (maladie de Still, ...)



Synovite inflammatoire

3 Mobilité passive normale
(amplitudes complètes)

A. Mobilité active normale
(pas de déficit)

a. Atteinte acromioclaviculaire / sternoclaviculaire

- Douleur localisée
- Douleur à la palpation
- Tests spécifiques (AC / SC)



Articulations acromioclaviculaire (AC) et sternoclaviculaire (SC)

b. Tendinopathie de coiffe

- Douleur à l'élévation
- Tests de coiffe positifs
- Pas de déficit de mobilité passive



Tendons de la coiffe des rotateurs

B. Mobilité active impossible
(pseudoparalysie)

a. Rupture de coiffe

- Déficit actif majeur
- Mobilité passive conservée
- Tests de coiffe souvent positifs



Rupture de la coiffe des rotateurs

b. Épaule neurologique

- Déficit actif majeur
- Mobilité passive conservée
- Contexte neurologique (plexus, nerf circonflexe, ...)



Atteinte neurologique (plexus / nerf circonflexe)

Toujours intégrer le contexte clinique, l'âge, les antécédents et les examens *complémentaires* si besoin.

Épaule – raisonner, orienter, traiter

ÉPAULE RAIDE : IMAGERIE

RADIOGRAPHIES

Intérêt :

- Éliminer une autre cause de raideur :
  - omarthrose primitive ou secondaire
  - séquelles post-traumatiques
  - luxation antérieure ou postérieure
  - calcifications
  - autres anomalies osseuses (tumeur, ostéonécrose, dysplasie, etc.)

ÉCHOGRAPHIE

Intérêt :

- Rechercher un épanchement significatif.
- Rechercher une synovite glénohumérale.
- Rechercher une bursite / ténosynovite inflammatoire (PPR) ou tissulaire (amylose).

La capsulite est un diagnostic clinico-radiologique d'exclusion.

Pas d'intérêt de l'imagerie pour le diagnostic de capsulite rétractile.

Dans la capsulite rétractile, un épanchement est souvent objectivé dans la gaine du long biceps.

- Lié à la rétraction capsulaire et à la diminution du volume articulaire, qui refoulent le liquide vers la gaine du long biceps.
- Il s'agit en général d'une petite quantité de liquide.
- À distinguer d'une **synovite** : pas d'hypertrophie synoviale marquée ni de Doppler important.

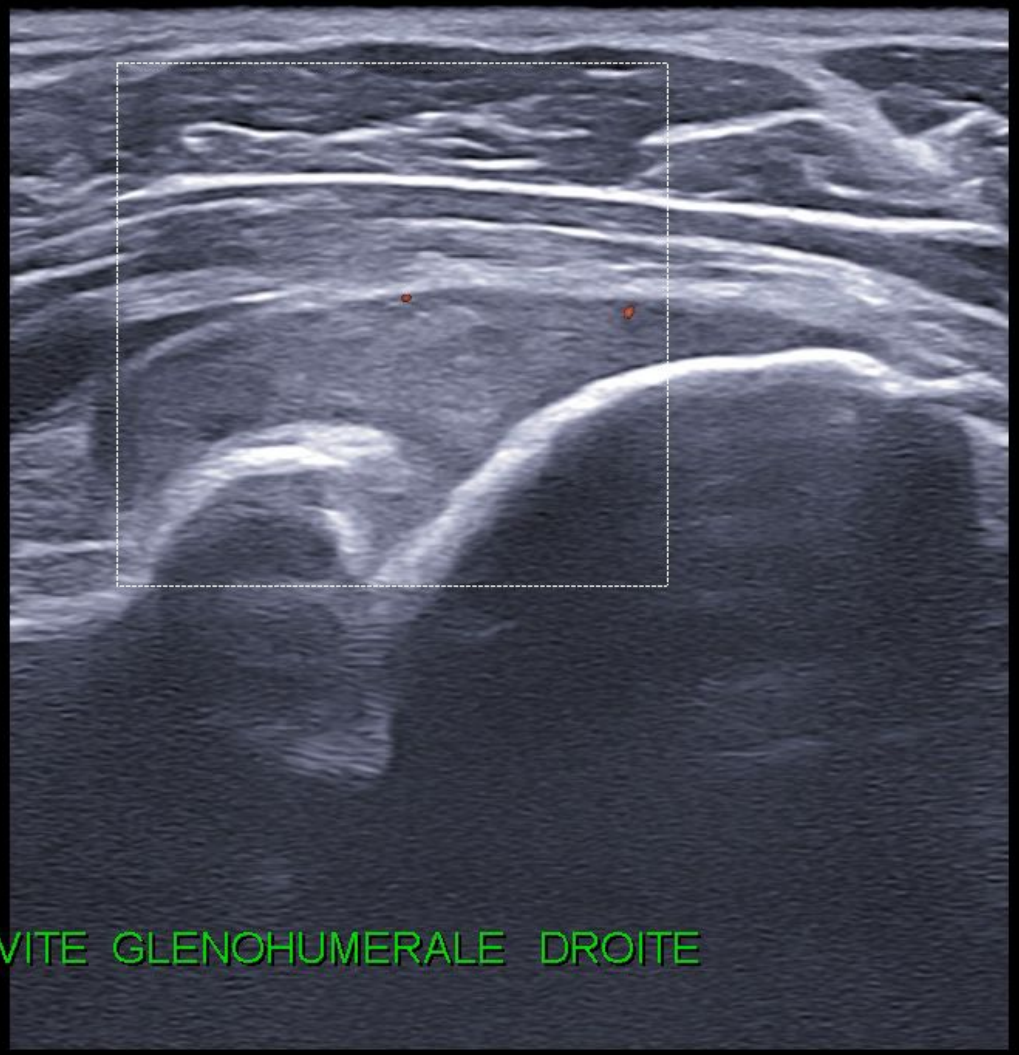
CAS MME D, 57ANS, ADRESSÉE POUR CAPSULITE RÉTRACTILE PAR MÉDECIN TRAITANT

- **Scapulalgies** de **rythme inflammatoire depuis 2mois**, sans facteur déclenchant
- CRP normale
- **Epaule raide** pan-directionnelle


G
G DEBOUT
G DEBOUT
EN 2024

Dr LAURENT - Rhumatologue - Infirmerie Protestante

TEI P Gen-M G — CFM F 10.0 MHz G 29 %
PRC 46 mm Xv/M +2/4 PRF 960 Hz FP 3
12/1/2/0 PRS +6 PRC H/2 PRS 5

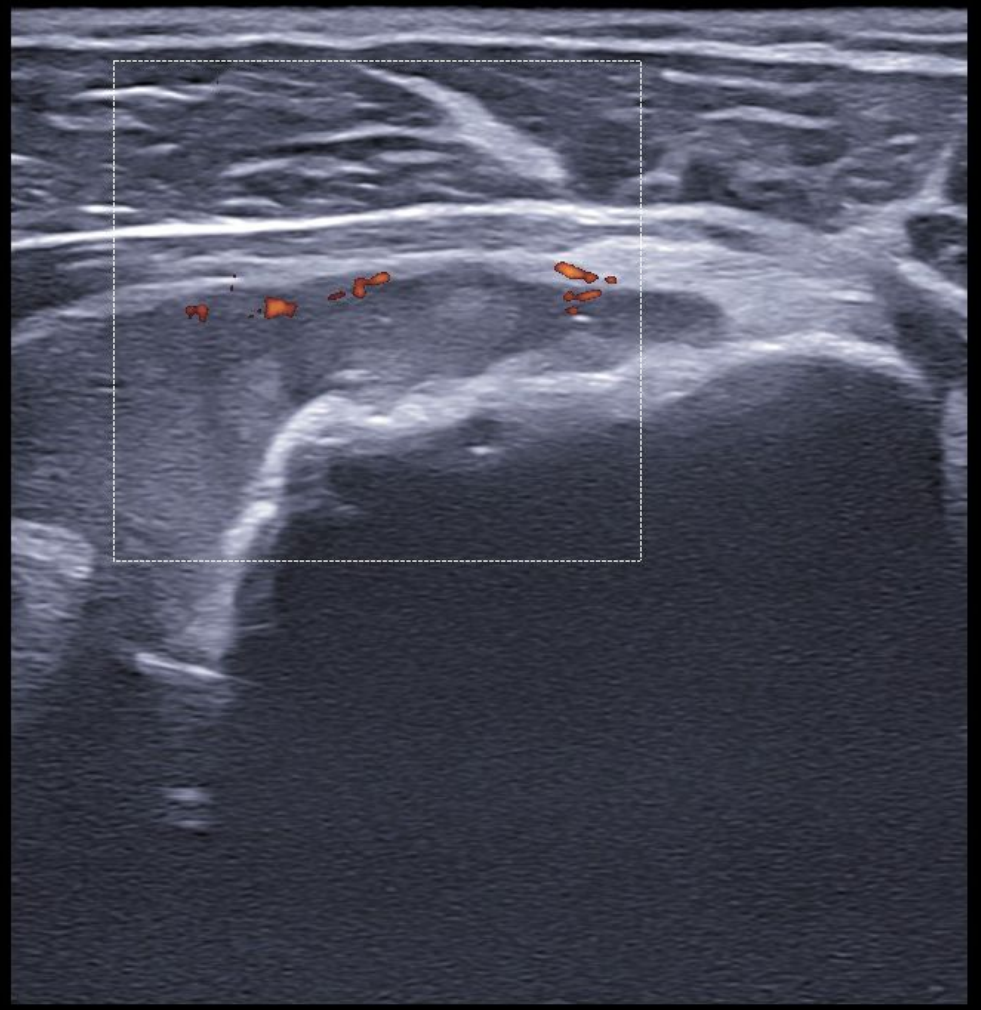


SYNOVITE GLENOHUMERALE DROITE

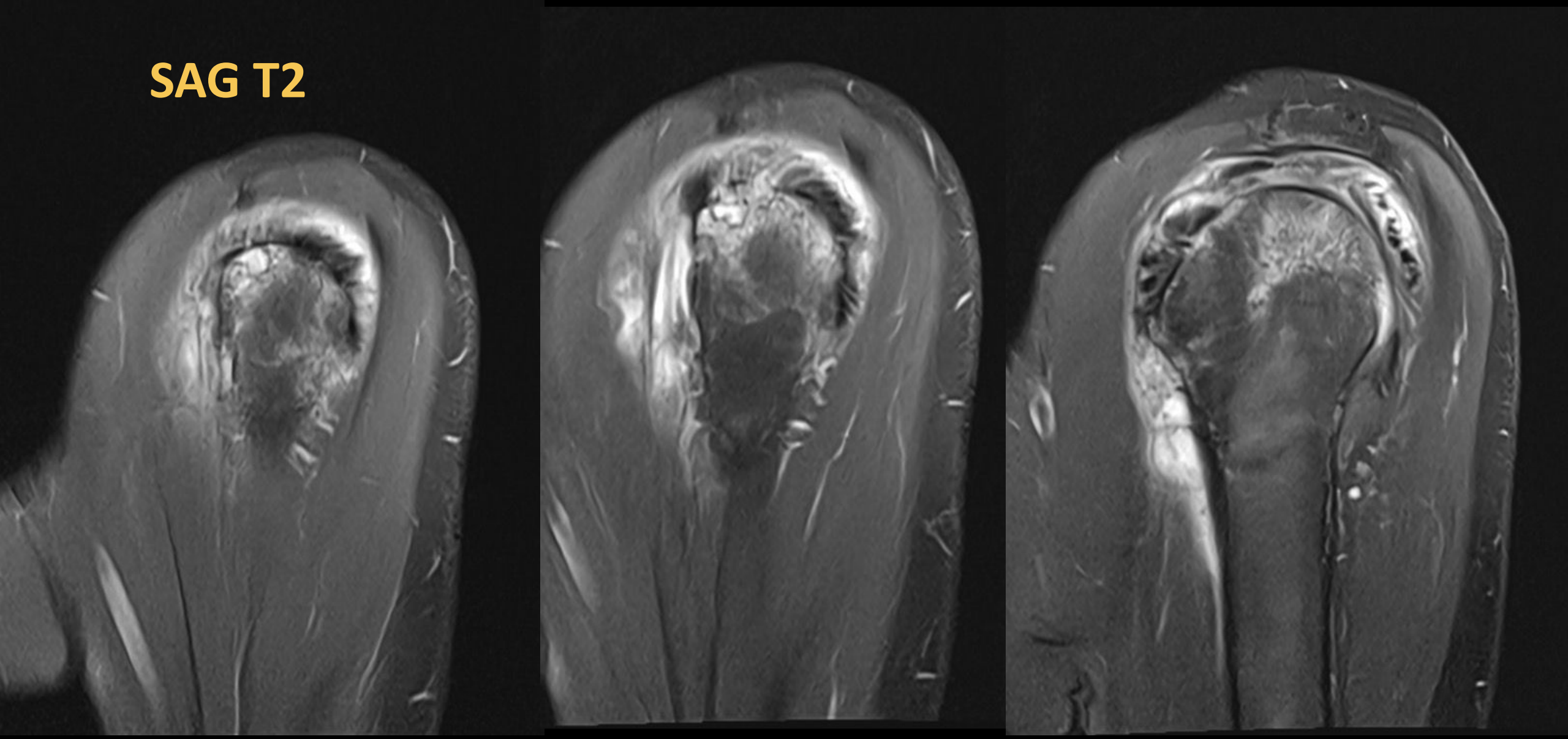
Dr LAURENT - Rhumatologue - Infirmerie Protestante

02/Sep/20
P 100%

B TEI P Gen-M G — CFM F 10.0 MHz G 29 %
PRC 46 mm Xv/M +2/4 PRF 960 Hz FP 3
12/1/2/0 PRS +6 PRC H/2 PRS 5



SAG T2



CAS MME D, 57ANS

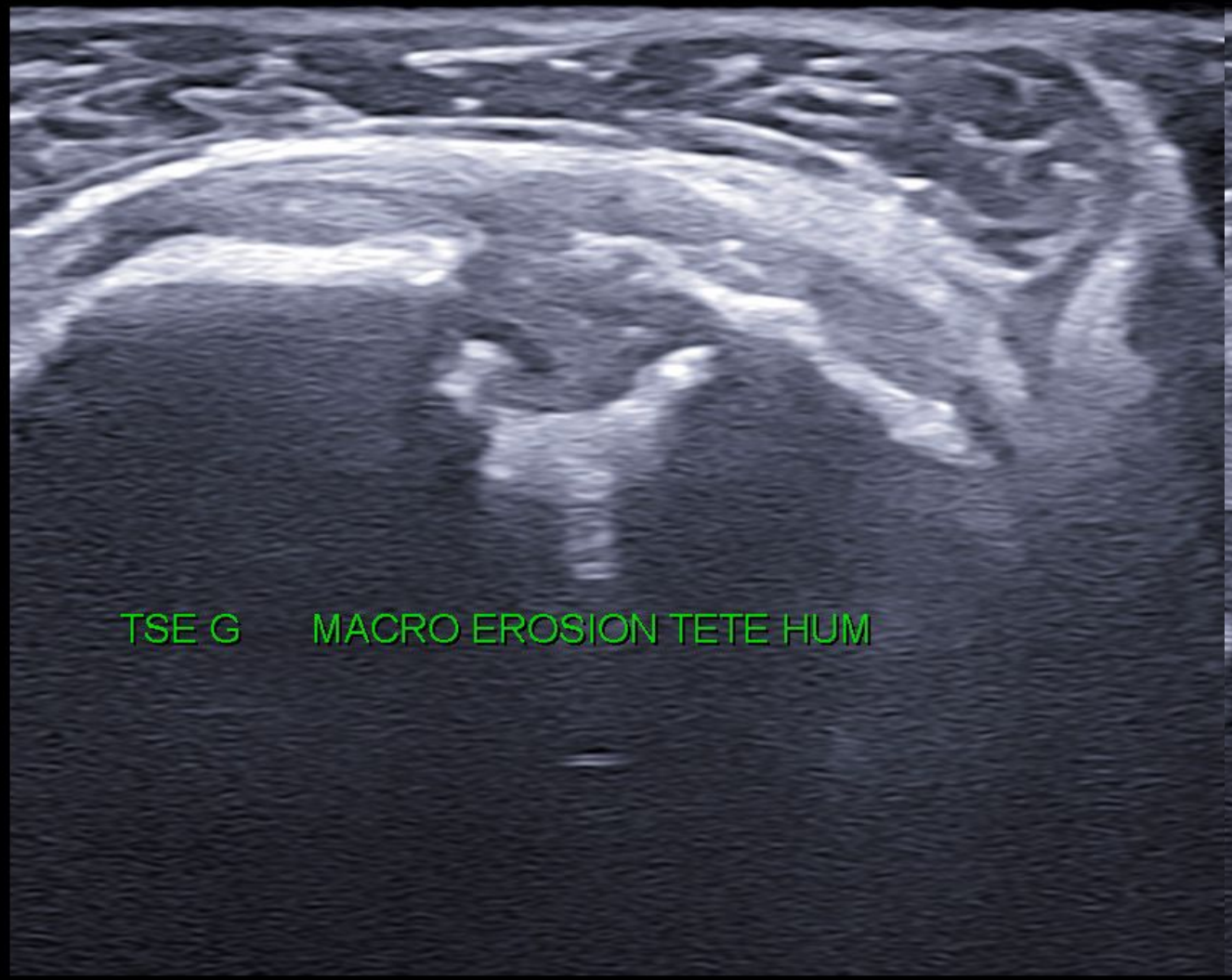
- **Ponction liquide inflammatoire**
- Bilan immunologique normal
- Echec du traitement local infiltratif par l'hexacétonide de triamcinolone
- **Evolution favorable sous anti TNF alpha**


G
H
G
EN 2026

saote Dr LAURENT - Rhumatologue - Infirmerie Protestante

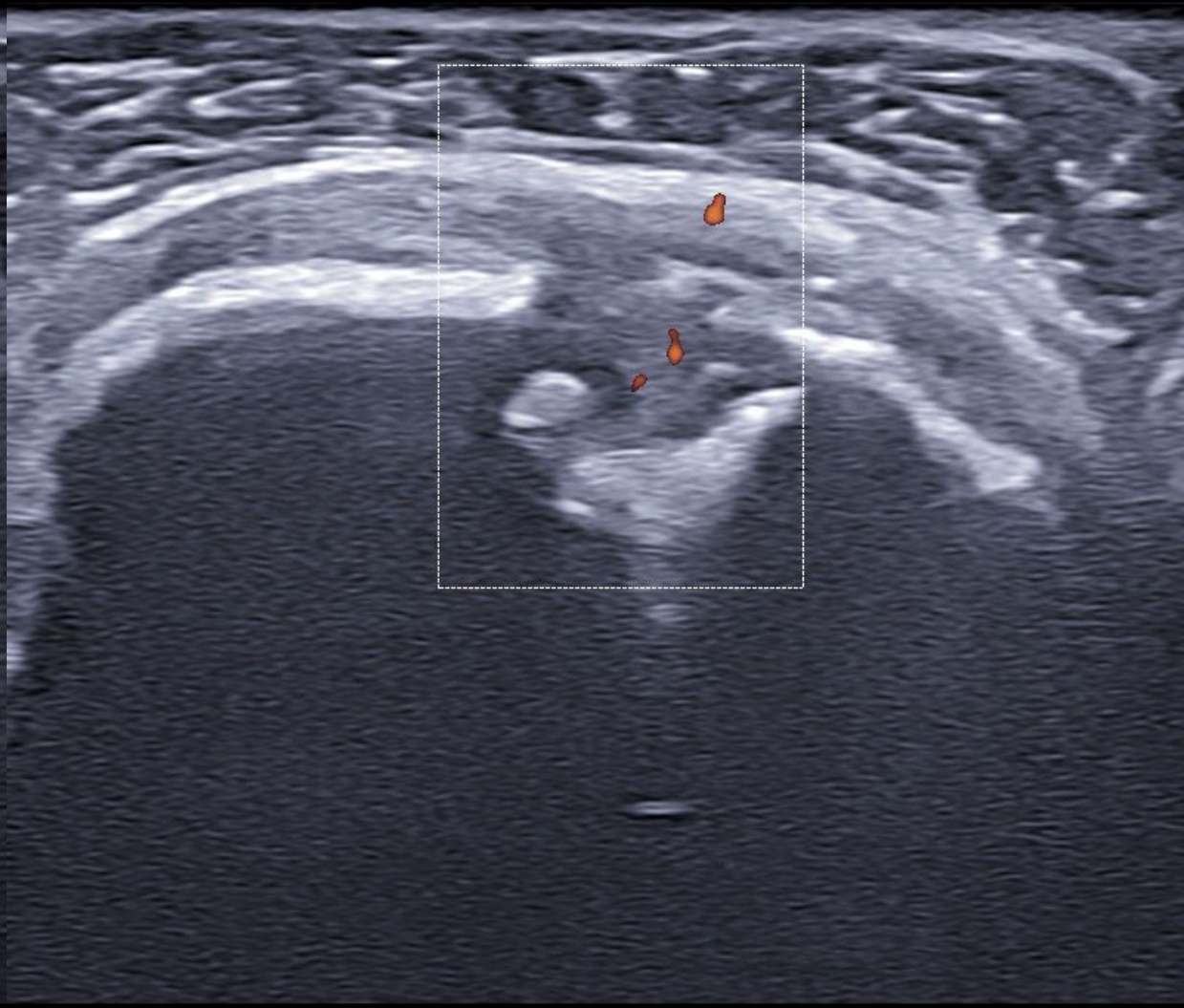
B Gen-M G ---
TEI P 28 mm Xv/M +2/4
PRC 12/1/2/0 PRS +6

Epaule



aote Dr LAURENT - Rhumatologue - Infirmerie Protestante

B Gen-M G --- CFM F 7.1 MHz G 32 %
TEI P 28 mm Xv/M +2/4 PRF 950 Hz FP 3
PRC 12/1/2/0 PRS +6 PRC H/2 PRS 5



DIAGNOSTIC DE RHUMATISME PSORIASIQUE

Erosion au sommet du trochiter
À distance de l'interligne articulaire

≠ POLYARTHRITE RHUMATOIDE

Zone **d'enthèse** du supra épineux

Forme agressive destructrice

Apparition psoriasis cutané à 2ans de la mono-arthrite

MME S, 93ANS

- **Scapulalgies gauches anciennes**, se majorant brutalement depuis un mois
- Instabilité décrite
- ATCD rupture de la coiffe >10ans


G
G

MME S, 93ANS

Arthropathie destructrice idiopathique rapide de l'épaule

- Collapsus articulaire
- Ascension tête humérale
- Epanchement séro-sanglant fusant dans la bourse (rupture ancienne coiffe)
- Volumineuse calcification intra articulaire

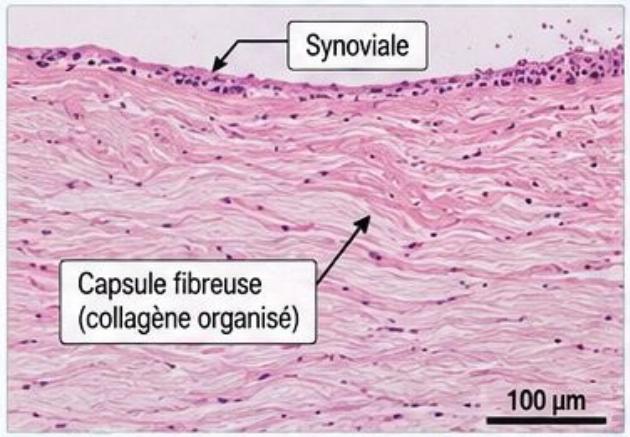
CAPSULITE RETRACTILE

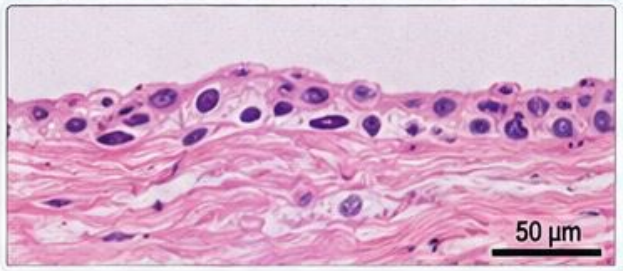
- **Fréquent**, 2% population générale
- **Femmes de 40-60ans**, parfois bilatéral (20% des cas)
- **Primitive ou secondaire** (post chirurgie/traumatisme/radiothérapie, pathologies locorégionales, diabète, hypothyroïdie, parkinson..)
- Malgré une **disparition quasi constante des douleurs après 18 à 24 mois d'évolution, 40 % des patients gardent un handicap fonctionnel variable** mais le plus souvent modéré

MILLAR NL, MEAKINS A, STRUYF F, WILLMORE E, CAMPBELL AL, KIRWAN PD, ET AL. Frozen shoulder. Nat Rev Dis Primers. 2022;8(1):59
Le HV et al. Adhesive capsulitis of the shoulder: review of pathophysiology and current clinical treatments. Shoulder Elbow 2017;9(2):75-84..

Capsulite rétractile primitive : coupes histologiques

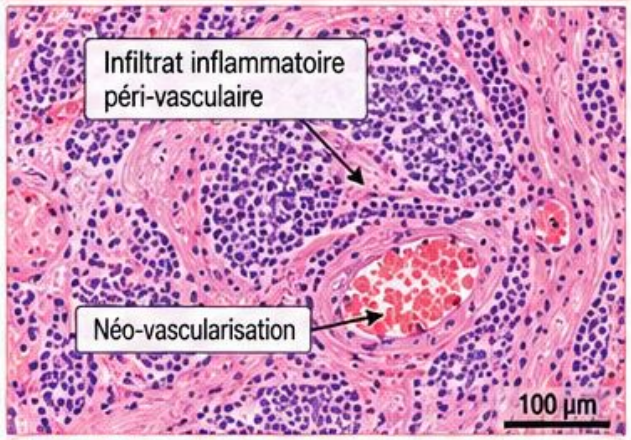
Capsule gléno-humérale normale
(contrôle)

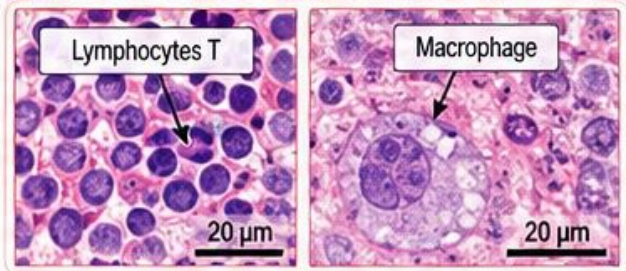




- Synoviale fine (1–3 couches de cellules)
- Peu de cellules inflammatoires
- Collagène de type I organisé en faisceaux parallèles, vascularisation discrète
- Absence de myofibroblastes

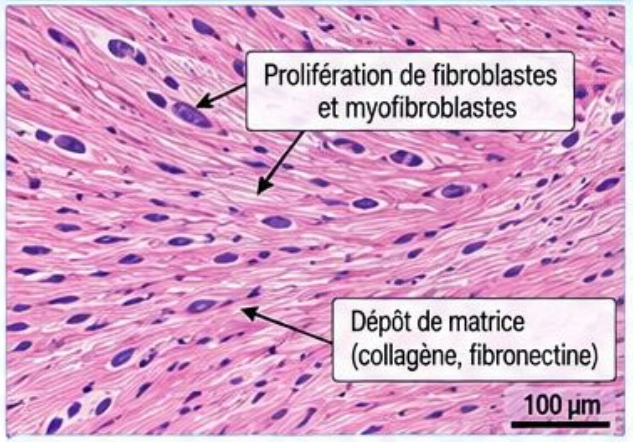
1. Phase inflammatoire
(≈ 0–3 mois)

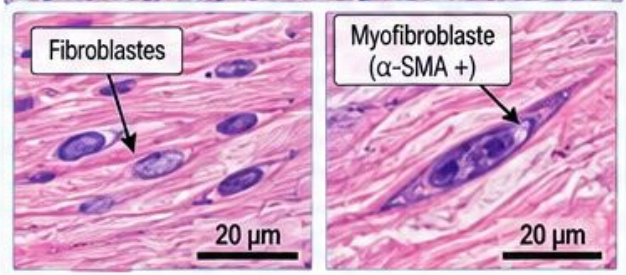




- Synovite hypertrophique avec infiltrat inflammatoire (lymphocytes T, macrophages, mastocytes)
- Hypervascularisation / néo-angiogenèse
- Œdème et relâchement de la matrice
- Activation des fibroblastes

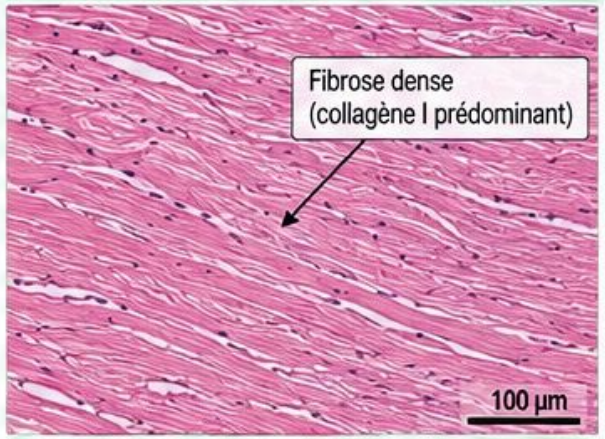
2. Phase fibroproliférative
(≈ 3–9 mois)

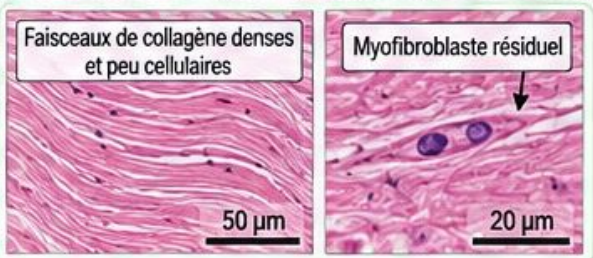




- Cellules fusiformes : fibroblastes et myofibroblastes (α-SMA +)
- Augmentation de la matrice extracellulaire (collagène I et III, fibronectine)
- Diminution de la cellularité inflammatoire
- Vascularisation en diminution

3. Phase de rétraction
(≈ 9–24 mois et +)





- Fibrose dense et collagène I prédominant
- Peu de cellules inflammatoires
- Myofibroblastes persistants
- Vascularisation diminuée
- Organisation en faisceaux épais avec rétraction capsulaire

Capsulite rétractile primitive : physiopathologie

Une évolution en 3 phases : d'une inflammation à une fibrose et une rétraction capsulaire

1. Phase inflammatoire (0–3 mois)	2. Phase fibroproliférative (3–9 mois)	3. Phase de rétraction (9–24 mois et +)
Synovite capsulaire et hypervascularisation	Prolifération de fibroblastes et remaniement matriciel	Fibrose dense et rétraction capsulaire



Conséquences cliniques – Phase 1
- Douleur spontanée et nocturne
- Hypersensibilité

Conséquences cliniques – Phase 2
- Raideur croissante
- Limitation globale des amplitudes
- Rotation externe particulièrement atteinte

Conséquences cliniques – Phase 3
- Raideur majeure et durable
- Rétraction (lâchement axillaire réduit)
- Douleur en général moindre

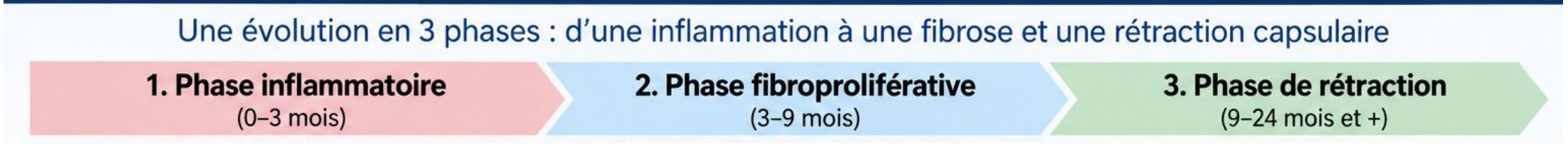
OBJECTIF THERAPEUTIQUE

SOULAGER

AMELIORER AMPLITUDE ARTICULAIRE

GAGNER EN FONCTION

Capsulite rétractile primitive : Prise en charge



RECOMMANDATIONS BRITISH ELBOW & SHOULDER SOCIETY BESS

INFILTRATION INTRA ARTICULAIRE GLENOHUMERALE DE CORTICOIDE (1ère LIGNE)

- **Amélioration plus rapide de la douleur à court terme** (3mois), supérieure à kinésithérapie seule
- Plutôt **pas de bénéfice sur les amplitudes articulaires**
- Pas de recommandation sur guidage, ou le choix du corticoïde

BESS 2025 Strong for

REEDUCATION AVEC MOBILISATION

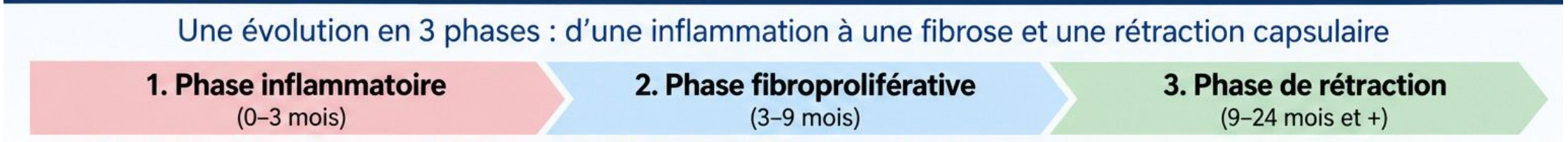
- **A proposer après infiltration**
- Peu de preuve d'une supériorité par rapport à évolution naturelle mais hétérogénéité des études et des protocoles…

BESS 2025 Conditional for

Les études suggèrent de coupler la kinésithérapie à une infiltration intra articulaire de corticoïde

Rupani N, Gwilym SE; BESS Frozen Shoulder Working Group. *British Elbow and Shoulder Society patient care pathway: Frozen shoulder.* Shoulder Elbow. 2025

Capsulite rétractile primitive : Prise en charge



RECOMMANDATIONS BRITISH ELBOW & SHOULDER SOCIETY BESS

CAPSULODISTENTION / ARTHRODISTENSION

- **Volume entre 20-40mL** (Xylocaine 1-2%, 5-10mL – CTC – Nacl 0,9%)
- **Mobilisation post geste ++** et en kinésithérapie dans les 24-72heures
- Bénéfique sur la douleur à court terme (3mois) mais CTC..
- **Bénéfique sur la raideur (RE) à 3-6mois (surtout si capsulite <6mois d'évolution)**

REEDUCATION AVEC MOBILISATION

MANIPULATION SOUS ANESTHESIE

- Peu utilisée actuellement
- **Pas d'effet antalgique**
- **Amélioration limitée de la raideur sans gain de fonction**
- Risque effets indésirables graves (fractures, lésions tissus mous environnant)

BESS 2025 Conditional for

Rupani N, Gwilym SE; BESS Frozen Shoulder Working Group. *British Elbow and Shoulder Society patient care pathway: Frozen shoulder.* Shoulder Elbow. 2025
Lin MT et al. Comparative efficacy of intra-articular steroid injection and distension in patients with frozen shoulder: A systematic review and network meta-analysis. Arch Phys Med Rehabil 2018;99(7):1383-1394.e6.

Capsulite rétractile primitive : Prise en charge

Une évolution en 3 phases : d'une inflammation à une fibrose et une rétraction capsulaire

1. Phase inflammatoire	2. Phase fibroproliférative	3. Phase de rétraction
(0–3 mois)	(3–9 mois)	(9–24 mois et +)

RECOMMANDATIONS BRITISH ELBOW & SHOULDER SOCIETY BESS

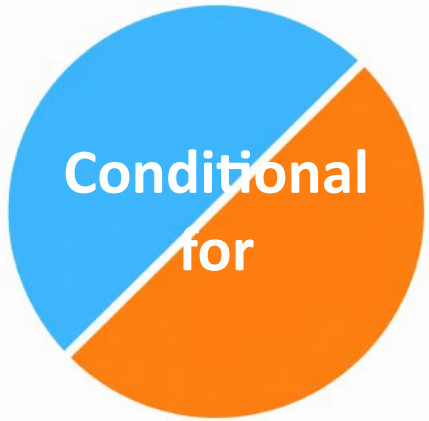
BLOC DU NERF SUPRA SCAPULAIRE

Efficacité antalgique nette à court terme
Non prolongée (quelques semaines, à répéter)
A utiliser si contre indication à CTC, échec technique ou en seconde intention

BLOC DU NERF SUPRA SCAPULAIRE

En complément d'une capsulo-distension pour améliorer la tolérance du geste
Semble amélioré la fonction de l'épaule (>CTC) et la raideur en abduction

Mais données discordantes, place dans la prise en charge à préciser



Rupani N, Gwilym SE; BESS Frozen Shoulder Working Group. *British Elbow and Shoulder Society patient care pathway: Frozen shoulder.* Shoulder Elbow. 2025
Lin MT et al. Comparative efficacy of intra-articular steroid injection and distension in patients with frozen shoulder: A systematic review and network meta-analysis. Arch Phys Med Rehabil 2018;99(7):1383-1394.e6
Harley JD. Intra articular corticostéroid injection VS suprascapular nerve block for adhesive capsulitis: a systematic review and meta analytis of level I randomised contrlled trials. 2026.

CONCLUSION

Pas de consensus sur la prise en charge d'une capsulite rétractile

Aucun traitement n'a démontré son efficacité à moyen/long terme

L'infiltration de corticoïde est un traitement de première ligne

La rééducation est un pilier essentiel du traitement, une fois l'antalgie obtenue, pour une récupération progressive des amplitudes articulaires