

Joëlle André-Vert^a
Guy Cordesse^b
Pascal Gouilly^c

Fiche de bilan dans le cadre du suivi du patient après chirurgie des ruptures de coiffe ou arthroplastie d'épaule Mode d'emploi

*Follow-up chart after rotator cuff repair or shoulder arthroplasty :
instructions for use*



La présentation de la fiche bilan proposée par la HAS

MOTS-CLÉS

Activités – Arthroplastie d'épaule – Bilan – Épaule –
Fiche – Fonctions organiques et structures anatomiques –
Participation – Qualité de vie

© 2011. Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

KEYWORDS

Activities – Shoulder arthroplasty – Follow-up – Shoulder
– Chart – Organic functions and anatomical structures –
Participation – Quality of life

© 2011. Elsevier Masson SAS. All rights reserved

Fonctions organiques et structures anatomiques

Douleur

Le patient évalue la douleur par l'intermédiaire de l'échelle visuelle analogique (EVA). Si le praticien n'a pas de règlette plastique, il peut utiliser une feuille de papier :

il trace un trait horizontal de 10 cm. À gauche du trait, écrire « *pas de douleur* » ; à droite du trait, écrire « *douleur maximale imaginable* ».

- Mode de passation : il faut s'assurer de la bonne compréhension du patient avant de lui demander de l'utiliser. Le texte classique est : « *je vous propose d'utiliser une sorte de thermomètre de la douleur qui permet de mesurer l'intensité de la douleur. L'intensité de la douleur que vous ressentez peut être définie par un trait ou une croix sur cette échelle. Une extrémité correspond à "la douleur maximale imaginable" : plus le trait est proche de cette extrémité, plus la douleur est importante. L'autre extrémité correspond à "pas*

a. Chef de projet, Haute Autorité de Santé, service des recommandations professionnelles, Saint-Denis La Plaine.

b. Masseur-kinésithérapeute, Romeny-sur-Marne.

c. Masseur-kinésithérapeute, Service de rééducation, CHR de Metz.

Auteur correspondant :
Pascal Gouilly
Service de rééducation
CHR de Metz
57038 Metz cedex
pgouilly@wanadoo.fr

Les auteurs ont déclaré n'avoir aucun conflit d'intérêt en lien avec cet article.

Critères de suivi en rééducation et d'orientation en ambulatoire ou en SSR. Disponible sur commande (HAS, 2, avenue du Stade de France – 93218 Saint-Denis La plaine cedex) ou par Internet (www.has-sante.fr), rubrique Publications, puis Kinésithérapie.

Origine : Recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) sur le thème *Critères de suivi en rééducation et d'orientation en ambulatoire ou en SSR* [1]. La mise en page a été modifiée par *Kinésithérapie, la revue*.

Date de réalisation : Janvier 2008.

Description : Fiche de bilan proposée pour le suivi clinique et fonctionnel lors de la rééducation d'un patient après chirurgie des ruptures de coiffe ou arthroplastie d'épaule. Tous les professionnels de santé peuvent lire et comprendre cette fiche.

Population : Personne opérée ou prochainement opérée pour rupture de coiffe ou arthroplastie d'épaule.

Matériel : Goniomètre ou inclinomètre, chronomètre.

Formation : Formation spécifique.

Temps requis : Le report des données en moins de 5 minutes.

de douleur" ; plus le trait est proche de cette extrémité, moins la douleur est importante. »

- Cotation : l'intensité de la douleur est mesurée en millimètres par la distance entre la borne « *pas de douleur* » et le trait du patient. Le chiffre est arrondi au millimètre le plus proche.

Le suivi de la douleur peut également être réalisé avec une échelle verbale simple ou une échelle algo-fonctionnelle. Il est recommandé de vérifier si la douleur est contrôlée par les traitements antalgiques, médicamenteux ou non, et de cocher la case correspondante. Un avis médical est recommandé lorsque la douleur n'est pas maîtrisée malgré l'observance du traitement prescrit.

COMMENTAIRES

Dans le cadre de la prescription de rééducation, l'évaluation clinique et le suivi réalisés par le masseur-kinésithérapeute répondent à deux objectifs différents :

- recueillir à partir d'un bilan (anamnèse et examen physique) les éléments lui permettant de construire sa démarche diagnostique et de faire le choix des techniques de rééducation à mettre en œuvre, dans le respect de la prescription ;
- mesurer l'évolution clinique du patient au cours de la rééducation, à l'aide d'outils de mesure validés, s'ils existent.

Après avoir rempli la partie administrative en renseignant nom, prénom, profession, loisirs, membre dominant et âge du patient, le kinésithérapeute note son nom, adresse et mail. Il inscrit le nom du prescripteur, la date et le libellé de la prescription, le nombre de séances effectuées à la date, et renseigne en cochant les cases des signes évoquant une évolution inattendue (fièvre, paralysie, instabilité articulaire, etc.). Un avis auprès du chirurgien ou du médecin de médecine physique et réadaptation (MPR) est recommandé lorsque des signes de complications secondaires apparaissent (fièvre, phénomènes inflammatoires, œdème de la main, signes neurologiques, écoulement ou désunion de la cicatrice, etc.). Les éléments de la fiche bilan (*tableau 1*) ont été classés selon la classification internationale du fonctionnement (CIF). La fiche permet de réaliser 4 évaluations qu'il faut dater.

Il est recommandé d'interroger le patient sur la topographie, l'intensité, l'horaire et les facteurs déclenchants de la douleur en vue d'adapter les techniques de rééducation.

Fonctions de la peau

L'examen de la peau, en particulier de la cicatrice, est recommandé dès l'ablation des pansements.

Cet examen permet de :

- s'assurer de l'absence de complications cicatricielles locales et d'œdème ;
- de choisir les techniques de rééducation en vue de la restauration de la mobilité tissulaire.

Fonctions des articulations et des os

Le suivi de la mobilité passive, puis active, par goniométrie ou inclinométrie est recommandé.

- Mode de passation : les amplitudes d'élévation, de rotation latérale 1 (RL1, rotation latérale coude au corps) et de rotation médiale sont évaluées. Le kinésithérapeute mesure les amplitudes passives puis actives contre pesanteur de ces 3 amplitudes, si permis en fonction des délais transmis par le prescripteur.
- Cotation : le kinésithérapeute note les amplitudes, en degré. Il a la possibilité de signifier les éventuelles contre-indications temporaires que sont la mobilité passive et le travail actif en cochant la case NR pour « non recherché ». Le kinésithérapeute doit distinguer la mobilité de la gléno-

humérale de celle de la scapula, ce qui permet de mieux cibler les techniques manuelles.

Un avis auprès du chirurgien ou du médecin de MPR est recommandé, s'il n'est déjà envisagé dans le suivi médical proposé au patient, lorsque :

- les amplitudes passives globales de l'épaule à 6 semaines sont inférieures à 90° d'élévation dans le plan de la scapula ou présentent un déficit de rotation latérale de plus de 30° par rapport au côté opposé, et ne progressent plus ;
- l'élévation active globale contre pesanteur à 3 mois reste inférieure à 90° et ne progresse plus ;
- l'articulation est instable (subluxation ou luxation cliniquement décelable après arthroplastie).

Fonction des muscles

Le suivi de la fonction musculaire, en particulier sa contractilité et sa tonicité, est recommandé dès la phase postopératoire immédiate. Le suivi de la force contre résistance et de l'extensibilité musculaire n'est pas recommandé avant la fin du 3^e mois dans le cas des réparations tendineuses.

L'évaluation des fonctions relatives au tonus musculaire (hypotonie, contractures, en particulier cervico-dorsales) et à l'endurance musculaire est utile au choix des techniques de rééducation. Il n'existe pas d'outils validés pour les mesurer.

Au-delà de la fin du 3^e mois, la force musculaire peut être évaluée, sauf contre-indication chirurgicale, à partir d'échelles composites, telle le score de Constant, ou à partir d'échelle d'évaluation manuelle de la force musculaire de 1 à 5. Au-delà du 6^e mois postopératoire, les mesures instrumentales, en particulier isocinétiques, sont possibles mais d'indications restreintes.

Fonction des systèmes cardiovasculaire et respiratoire

L'évaluation de la fonction de tolérance à l'effort est utile pour les patients ayant en vue une reprise d'activité professionnelle ou sportive exigeant des capacités cardiovasculaires élevées, et pour ceux dont la fonction cardio-respiratoire déficiente retentit sur les actes de la vie quotidienne.

Activités, participation, qualité de vie

Recueillir les informations sur les capacités fonctionnelles¹ pré- et postopératoires du patient, son projet, en

1. Les activités susceptibles d'être affectées en postopératoire concernent les activités de la vie quotidienne, mais également les activités professionnelles et de loisirs. Selon la classification de la CIF, les activités de la vie quotidienne concernent :

- la mobilité (changer et maintenir la position du corps : se coucher, se mettre debout, se transférer, etc.) ; porter, déplacer et manipuler des objets ; marcher et se déplacer, dont les déplacements extérieurs ; se déplacer avec un véhicule) ;
- l'entretien personnel (se laver, s'habiller, aller aux toilettes ; boire, manger ; prendre soin de sa santé) ;
- la vie domestique (acquérir les produits de première nécessité : faire les courses, etc. ; assurer les tâches ménagères comme préparer le repas, faire le ménage, etc.).

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2623134>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2623134>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)