



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Masso-kinésithérapie pour tendinopathie dégénérative de la coiffe des rotateurs de l'épaule



Physiotherapy for degenerative rotator cuff disease of the shoulder

Johann Beaudreuil

Services de rhumatologie, médecine physique et de réadaptation, groupe hospitalier Lariboisière-Fernand Widal, université Paris 7, AP-HP, 2, rue Ambroise-Paré, 75010 Paris, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Accepté le 29 novembre 2016
Disponible sur Internet le 29 décembre 2016

Mots clés :

Épaule douloureuse
Tendinopathie dégénérative de la coiffe des rotateurs
Masso-kinésithérapie
Mobilisation
Renforcement musculaire
Recentrage huméral dynamique

Keywords:

Shoulder pain
Degenerative rotator cuff disease
Physiotherapy
Mobilization
Muscle strengthening
Dynamic humeral centering

RÉSUMÉ

La masso-kinésithérapie pour tendinopathie dégénérative de la coiffe des rotateurs comprend des techniques de mobilisation, de renforcement musculaire et de prévention du conflit sous-acromial. Il s'agit d'une masso-kinésithérapie supervisée, organisée en programme de 12 à 15 séances réparties à raison de 2 à 3 par semaine. Les essais randomisés réalisés dans l'indication d'épaules douloureuses chroniques par tendinopathies dégénératives de la coiffe des rotateurs sont nombreux. Ils permettent de conclure à un effet thérapeutique. Ils montrent également l'intérêt particulier de l'usage du renforcement musculaire, du recentrage huméral dynamique, des combinaisons techniques et de la supervision. Dans l'indication spécifique des ruptures dégénératives, des études de cohortes montrent une amélioration cliniquement pertinente et persistante à 2 ans dans 75 % des cas initialement candidats à la chirurgie. Ces résultats font de la masso-kinésithérapie, un traitement essentiel à envisager de première intention devant une épaule douloureuse persistante par tendinopathie dégénérative de la coiffe des rotateurs sans ou avec rupture.

© 2016 Société Française de Rhumatologie. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

ABSTRACT

Physiotherapy for degenerative rotator cuff disease includes mobilization, muscle strengthening and prevention of sub-acromial impingement. It is a supervised treatment, organized in programs of 12 to 15 sessions, which are distributed to 2 to 3 per week. Randomized trials for chronic shoulder pain due to degenerative rotator cuff disease are numerous. They indicate therapeutic effect of physiotherapy. They also show particular value of muscle strengthening, dynamic humeral centering, technical combinations, and supervision by a physiotherapist. In the specific indication of degenerative rotator cuff tears, cohort studies show a clinically relevant and persistent improvement at 2 years in 75% of patients which were considered for surgery at baseline. Physiotherapy appears therefore as essential to consider first-line treatment for persistent shoulder pain due to degenerative rotator cuff disease without or with a tendinous tear.

© 2016 Société Française de Rhumatologie. Published by Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

1. Introduction

La masso-kinésithérapie ambulatoire est une part essentielle du traitement des tendinopathies dégénératives de la coiffe des rotateurs de l'épaule, sans ou avec rupture [1,2]. Elle correspond à la rééducation – classe thérapeutique au combien vaste et

diverse – applicable dans cette indication. Elle constitue régulièrement la clé incontournable de situations douloureuses et invalidantes persistantes. La connaissance de ses principes actifs et de leurs modalités d'application est donc une nécessité pour le rhumatologue.

En pratique et schématiquement, la masso-kinésithérapie est envisagée devant trois profils de souffrance chronique dont la limite inférieure est fixée par convention à 1 mois d'évolution : l'épaule douloureuse ; l'épaule douloureuse et faible ; l'épaule douloureuse et limitée. Il convient de souligner que dans cette dernière

Adresse e-mail : johann.beaudreuil@aphp.fr

<http://dx.doi.org/10.1016/j.monrhu.2016.11.010>

1878-6227/© 2016 Société Française de Rhumatologie. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

présentation, la limitation correspond à une dissociation activo-passive traduisant une rupture transfixiante d'un ou plusieurs tendons de la coiffe des rotateurs. La mobilité active est donc en premier lieu affectée. La mobilité passive ne l'est que peu ou plus souvent pas.

2. Moyens de masso-kinésithérapie

La masso-kinésithérapie comprend l'usage de techniques antalgiques directes, de mobilisation, de renforcement musculaire et de prévention du conflit sous-acromial [3]. Les techniques antalgiques directes regroupent les massages et la physiothérapie, consistant elle-même dans cette indication, en l'usage d'ultrasons et de l'électrothérapie. Elles sont des modalités adjuvantes à effet suspensif non rémanent, utiles à la mise en route de la rééducation et à l'enchaînement des techniques de kinésithérapie. Leur évaluation clinique spécifique, en tant que principe isolé, n'apporte à ce jour que des résultats négatifs ou contradictoires [4].

La kinésithérapie stricto sensu, soit des techniques de mobilisation, de renforcement musculaire et de prévention du conflit sous-acromial, constitue en conséquence l'essentiel des principes actifs de la rééducation des tendinopathies dégénératives de la coiffe des rotateurs [1,2].

2.1. Mobilisation et renforcement musculaire

2.1.1. Mobilisation passive

La mobilisation a pour objectif de prévenir l'enraidissement et d'améliorer les amplitudes actives de l'épaule [3]. La limitation des amplitudes passives de l'épaule n'entre classiquement pas dans le cadre des tendinopathies de la coiffe des rotateurs et fait évoquer une atteinte articulaire gléno-humérale ou capsulaire. Néanmoins, l'expérience nous montre qu'une limitation passive, peu marquée, peut être observée sans remettre en cause le diagnostic de tendinopathie. Cette limitation est rattachée à la présence d'adhérences sous acromio-deltaïdiennes, altérant la fonction du plan de glissement sous acromio-deltaïdien. Contrairement aux limitations passives des arthropathies et des capsulites, cette limitation est élastique. Elle est abordée initialement par des techniques de mobilisation passives sélectives, soit gléno-humérales, scapula bloquée, afin de solliciter au mieux le plan de glissement sous acromio-deltaïdien. Cet objectif peut également être atteint à terme par un travail global sur les derniers degrés d'amplitude.

2.1.2. Mobilisation active

La mobilisation active intéresse l'ensemble du complexe de l'épaule. Elle est donc non pas sélective mais globale. Elle peut être envisagée quel que soit l'état fonctionnel de la coiffe des rotateurs. Elle repose sur la sollicitation de la coiffe restante et des autres muscles de l'épaule dans un rôle d'effecteur et de compensation. Le deltoïde est effecteur de l'élévation du bras. Il constitue avec les adducteurs extrinsèques que sont le grand pectoral et le grand dorsal, le couple de rotation responsable de ce mouvement en cas de déficience de la coiffe des rotateurs. La sollicitation du deltoïde et des adducteurs extrinsèques contribue ainsi à préserver ou à améliorer la mobilité active de l'épaule en élévation antérolatérale. La rotation externe, lorsqu'elle est altérée, est traitée par une sollicitation de la coiffe restante, dont le petit rond, et du faisceau postérieur du deltoïde. En absence complète de rotateurs externes de la coiffe, les perspectives de gain d'amplitude sont toutefois généralement beaucoup plus modestes que pour l'élévation. La rotation interne active bien que souvent douloureuse, n'est en règle pas limitée au cours des tendinopathies de la coiffe des rotateurs. Elle résulte en effet de l'action non seulement du sub-scapulaire, mais aussi des adducteurs extrinsèques.



Fig. 1. Sollicitation isométrique du deltoïde contre résistance manuelle.

2.1.3. Renforcement musculaire

Le renforcement musculaire a pour objectif d'améliorer les amplitudes actives et la force de l'épaule. Il intéresse l'ensemble des groupes musculaires – scapulo-huméraux, thoraco-huméraux et scapulo-thoraciques – impliqués dans la mobilité active de l'épaule. Le renforcement musculaire est adapté à la capacité initiale, à la douleur et aux objectifs fonctionnels. Il est effectué dans les différents secteurs de mobilité de l'épaule : abduction, antéimpulsion, rétroimpulsion, rotations externe et interne. Les sollicitations musculaires isométriques contre résistance à distance des amplitudes douloureuses sont souvent les mieux tolérées (Fig. 1). L'application proximale de la contrainte et l'usage de la main permettent le contrôle et l'adaptation rapide de la résistance aux réactions du patient. Le renforcement peut également être effectué sur un mode dynamique isotonique contre faibles charges directes, que sont les bracelets lestés et les haltères, ou indirectes telles qu'en poulie-thérapie. Le renforcement isocinétique requérant un appareillage sophistiqué et coûteux n'est quant à lui pas d'usage courant.

2.2. Prévention du conflit sous-acromial

La prévention du conflit sous-acromial ne répond pas à un objectif analytique direct de récupération d'une déficience, mais à un concept pathogénique, ciblant par là même secondairement la douleur qu'il génère. Elle repose sur un travail postural en cas d'accentuation de la cyphose thoracique ou d'enroulement des épaules, attitudes ayant été montrées comme associées à une réduction de la hauteur sous-acromiale [5] et sur le recentrage huméral dynamique [3]. L'apprentissage des voies de passage consiste en l'évitement de l'accrochage douloureux en élévation active, en couplant au mouvement une rotation externe ou une rotation interne plus adduction. Il est classiquement associé à ce chapitre.

2.2.1. Travail postural

Les épaules douloureuses par tendinopathie dégénérative de la coiffe des rotateurs peuvent ainsi être observées en présence d'une

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5670235>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5670235>

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