

REEDUCATION DE L'ÉPAULE

L'épaule est une articulation très particulière à plus d'un titre

Sa structure osseuse en fait une articulation instable : une tête humérale de gros volume s'articule avec une petite surface articulaire de l'omoplate appelée la glène. Cette disharmonie permet une grande mobilité de l'articulation, mais crée un système très instable.

Pour rendre l'articulation stable la nature a créé 2 systèmes de contrôle :

- L'un passif, les ligaments qui se tendent et détendent selon la position dans laquelle se trouve l'articulation.
- L'autre dynamique, les muscles et notamment la coiffe des rotateurs, vont permettre un contrôle actif stabilisant l'articulation tout en lui donnant de la force.

Tout cela se fait sous le contrôle du système nerveux. Celui ci est renseigné en permanence par des récepteurs, dont est richement doté l'articulation, et va pouvoir par effet « feedback » adapter au mieux les éléments stabilisateurs et moteurs de l'épaule. Cette richesse en éléments neuro-sensoriels de l'épaule est aussi son tendon d'Achille. En effet pendant la période de cicatrisation, l'épaule est vulnérable, facilement irritable. Une rééducation trop agressive peut engendrer des désordres comme une capsulite qui va enraidir durablement l'articulation et retarder la guérison.

Ce programme de rééducation est donc le fruit de 30 ans d'expérience de la chirurgie de l'épaule, établi sur plusieurs centaines d'épaules opérées et surtout suite à la rééducation de notre propre épaule opérée.

La rééducation de l'épaule a pour base certains principes simples qui relèvent non de théories plus ou moins fumeuses, mais essentiellement de principes guidés par le bon sens.

1 - Il est impératif de respecter des délais de cicatrisation. Après toute réparation, libération, exérèse, à ciel ouvert, sous arthroscopie ou pas, l'épaule va devoir « digérer » l'agression qu'elle a subie et laisser se « coller » les éléments réparés. Il faudra donc respecter cette phase post chirurgicale où l'excès peut aboutir à l'échec de l'intervention. Les réparations sont assez solides à partir de la 5^e à 6^e semaine pour que l'on puisse commencer à solliciter les sutures. Cette cicatrisation ne sera définitive qu'après le 6^e mois. Il faudra protéger l'épaule en post opératoire en l'immobilisant au moins partiellement.

2 - Il faut lutter contre la douleur avec des moyens efficaces. La douleur est un facteur essentiel dans l'apparition d'une capsulite. Il faut donc lutter contre elle avec des moyens adaptés :

- **Utilisation de blocs cervicaux**, avec mise en place de pompe permettant de distiller au niveau des nerfs des produits anesthésiant. Le patient peut rentrer chez lui avec de tel dispositif, et ce bloc peut être laissé en place au moins 2 jours
- **Utilisation de la glace**, il faut glacer abondamment l'épaule pendant les 10 à 15 premiers jours. Plusieurs heures par jour, soit avec des vessies pharmaceutiques, soit mieux avec des packs de gel au froid que l'on trouve en pharmacie.
- **Utilisation d'anti-inflammatoires et d'antalgiques** pendant les 8 à 10 premiers jours. Bien dormir est essentiel, ne pas hésiter à prendre « quelque chose » de fort au couché (dérivé morphinique si pas de contre indication).

3 - Il est impératif de récupérer la mobilité passive avant d'envisager de faire faire du travail actif à votre épaule. Si une voiture a les moyeux grippés, même en mettant un moteur puissant elle ne fera pas un mètre. Si l'on dégrappe les moyeux, en la poussant elle avancera. C'est la même chose pour l'épaule : pas de travail actif si l'on n'a pas récupéré l'essentiel de la mobilité passive (80%). La mobilisation pendulaire 5 à 6 fois par jour, est fondamentale.

4 - Donner du temps à son épaule pour récupérer. Eviter les premiers mois, même quand tout va bien, de forcer, de faire de gestes répétitifs. Il faut 3 mois pour avoir une épaule convenable qui vous permettra de retrouver votre autonomie. Il faut 6 mois pour pouvoir recommencer à bricoler, à jardiner ou à faire du sport.

5 - Attention à la conduite. Sa reprise est de votre responsabilité. Il faut se sentir capable de donner un coup de volant pour éviter un obstacle.

- Code civil : « nul ne doit de son fait mettre la vie d'autrui en danger »
- Code de la route : « tout conducteur doit être en pleine possession de ses moyens ».

Il y aura 3 phases de rééducation après une intervention sur l'épaule. Il n'y a pas d'impératifs de temps pour passer de l'une à l'autre. Les seuls impératifs seront :

- **Le respect de la durée de cicatrisation.** Cela variera donc en fonction du type d'intervention.
- **Le respect des objectifs à atteindre.** Pas de démarrage de la rééducation active (qu'elle qu'en soit la forme) tant que l'on n'a pas au moins 80% des amplitudes passives. Peu importe si on atteint ce niveau au bout de 3 mois.
- **Ne jamais trop en faire** ou en faire trop longtemps. Faire ce que supporte le patient

L'utilisation de la rééducation en piscine n'est pas un impératif. C'est un adjuvant important qui va faciliter et rendre moins pénible la rééducation. Mais dans l'eau ou à sec les même principes sont appliqués. Pas d'actif sans avoir un passif quasi normal (pas de travail contre résistance même dans l'eau).

PHASE 1 : Phase de cicatrisation- récupération des amplitudes passives

Mobilisation pendulaire :

Elle est débutée dès le lendemain de l'intervention alors que le patient est encore en clinique. 5 à 6 fois par jour on réalise des séances de 3 à 5 minutes qui vous sont enseignées par l'équipe de kiné de la clinique.

En appui sur les 2 pieds, faire reposer sa tête sur son avant bras opposé, posé lui même sur une table. Il faut laisser pendre le bras, se relâcher au maximum et décrire des cercles avec la main dans un sens puis dans l'autre. C'est l'inertie de la main qui entraîne le mouvement.

Cet exercice que l'on apprend à la clinique est à répéter, tout seul, chez soi, après le retour à domicile (3 à 5 mn /5 à 6 fois par jour).



Mobilisation pendulaire

Glacer votre épaule :

Après les séances de pendulaire il faut mettre une vessie de glace ou un pack réfrigérant sur son épaule pendant 10 à 15 minutes. Puis renouveler la réfrigération. N'hésitez à glacer et reglacier votre épaule plusieurs fois par jour pendant les 10 à 15 premiers jours.

Immobiliser votre épaule :

Un gilet d'immobilisation vous a été prescrit. Qu'il s'agisse d'un coussin ou d'un gilet en 2 parties, il faut le remettre après les séances de pendulaire.

S'il s'agit d'un gilet en 2 parties, vous pourrez après votre sortie de la clinique ne conserver que le manchon de soutien dans la journée et enlever la ceinture. Pour votre toilette, pour manger, ou lire vous pourrez sortir de votre gilet. La nuit, vous pourrez enlever le manchon et devrez remettre la ceinture à hauteur du bras de manière à bloquer une élévation intempestive de votre épaule. Vous pourrez donc dormir le coude étendu.

*Le jour**La nuit*

Si vous avez un coussin d'immobilisation, c'est que votre réparation a été plus complexe et qu'elle n'autorise pas l'ablation de celui-ci, sauf pour faire du pendulaire, votre toilette ou vous habiller.

Rechercher la mobilité passive :

A partir du 8/10^e jour vous devrez ajouter un exercice après avoir mobilisé votre épaule en pendulaire. Poser vos bras coudes fléchis sur une table. Reculer les pieds de manière à pouvoir vous pencher en avant et progressivement vous essayez de faire passer votre tête entre les 2 bras. En faisant cet exercice coude fléchi on protège une éventuelle ténodèse du long biceps.

Cet exercice ne doit pas être douloureux, vous devez simplement avoir la sensation que quelque chose « tire » dans votre épaule. Maintenez la position atteinte pendant 3 à 5 secondes.

*Etirements*

Puis vous remettez votre gilet et vous glacez.

En fonction de ce qui vous a été fait vous garderez plus ou moins longtemps votre gilet. C'est votre chirurgien et uniquement lui qui décidera de la date de son ablation. Ce délai oscille entre 3 et 6 semaines.

Pendant cette phase vous ne ferez pas de rééducation avec un kinésithérapeute. C'est une phase d'auto mobilisation. Vous reverrez au bout de 3 à 5 semaines votre chirurgien qui, si la mobilité passive est bonne, vous prescrira le démarrage de la rééducation proprement dite.

PHASE 2 : Cicatrisation suffisante-démarrage rééducation

A cette phase privilégier la rééducation en piscine.

La portance de l'eau doit être utilisée comme une aide à l'élévation. Il est utile d'équiper les bras de flotteur type nageot. Le patient se laisse couler et les bras flottants, l'élévation de l'épaule est facilitée.

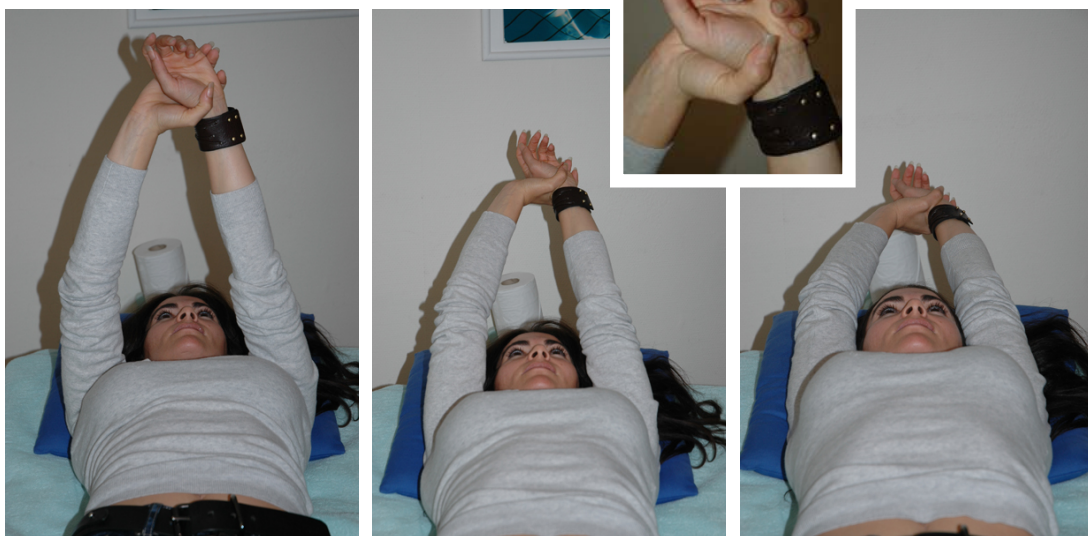
Tout en gardant les « nageots », effectuer des mouvements de brasse, lentement sans effort. Progressivement on élargi le mouvement et on augmente l'amplitude du mouvement.

Pas de travail d'abaissement des bras avec des « frites ». C'est déjà de l'actif.

Continuer les exercices d'étirement

Il faudra rechercher en passif l'amplitude maxima en élévation antérieure, en rotation externe et interne :

- Mobilisation auto passive sur le dos



Auto étirement en décubitus dorsal

- Etirement en rotation externe et rotation interne



Début de travail actif statique

Le patient a alors une mobilité passive satisfaisante : 80% de l'élévation antérieure.

- En position couché (élévation antérieure, rotation externe et rotation interne)
- Position de la sieste :



Démarrage du travail excentrique

Commencer à faire travailler l'épaule depuis la position d'élévation en contrôlant activement la descente. Au début il est intéressant de faire cet exercice coude fléchi à 90° pour diminuer la charge.



Mobilisation excentrique

En piscine, on pourra faire travailler le patient avec des frites en abaissement actif de celles-ci.

PHASE 3 : travail actif spécifique-proprioceptif

- **Renforcement spécifique** : travail en décoaptation, renforcement du deltoïde moyen, renforcement des rotateurs internes et externes



Renforcement du deltoïde

- Travail proprioceptif

- Pendulaire chargé

- **Stabilisation de l'omoplate** : à travailler une fois que la totalité de la mobilité active ait été retrouvé. Il faut faire travailler les stabilisateurs de l'omoplate et rétablir le rythme omo-huméral lors de l'élévation (travail de la gléno-humérale jusqu'à 110°, puis bascule de l'omoplate).

Il n'y a pas d'intérêt à se « battre » pour récupérer ce contrôle tant que la mobilité, surtout passive, n'est pas normale.