



RECOMMANDATIONS POUR LA PRATIQUE CLINIQUE

**PATHOLOGIES NON OPÉRÉES
DE LA COIFFE DES ROTATEURS
ET MASSO-KINÉSITHÉRAPIE**

AVRIL 2001

SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS

Service des recommandations et références professionnelles

SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS

Le terme de pathologie de la coiffe des rotateurs est un terme générique qui sous-tend une lésion de type dégénératif ou traumatique localisée à l'un des tendons de la coiffe des rotateurs (supra-épineux, infra-épineux, subscapulaire, petit rond), ses annexes (bourse synoviale), mais aussi la partie proximale du tendon du chef long du muscle biceps brachial.

La traduction clinique des lésions de la coiffe des rotateurs est le plus souvent une épaule douloureuse avec une impotence fonctionnelle variable suivant l'atteinte.

Le traitement de cette pathologie est habituellement fonctionnel.

LE BILAN MASSO-KINÉSITHÉRAPIQUE

Il apporte deux types de renseignements :

- des informations liées à l'examen de début et de fin de traitement kinésithérapique ;
- des informations recueillies au cours des séances de kinésithérapie.

LE BILAN INITIAL ET LE BILAN FINAL

Il est recommandé d'apprécier l'activité des muscles de la coiffe avec les manœuvres de Jobe pour le supra-épineux ; de Patte pour les rotateurs externes ; de *Gerber* ou *belly press-test* pour le subscapulaire. Le *Palm-up test* pour le tendon du long biceps est sujet à caution du fait de sa faible spécificité.

Il est recommandé d'effectuer des tests de douleur provoquée qui localisent la douleur au sein du complexe scapulo-huméral et permettent d'en suivre l'évolution (*Hawkins ; Yocum ; Neer ; Cross arm*).

Il est recommandé d'utiliser un score fonctionnel en début et en fin de traitement. Le score de Constant est actuellement largement diffusé et utilisé.

LE BILAN AU COURS DES SÉANCES DE KINÉSITHÉRAPIE

Il est recommandé de suivre l'évolution de la douleur en utilisant une échelle visuelle analogique de 100 mm (EVA).

Il est utile d'étudier les mouvements de la scapula lors des mouvements actifs de l'épaule. Si les mouvements sont limités, il convient d'en tenir compte pour la conduite thérapeutique.

Il est recommandé de mesurer les amplitudes actives et passives de manière globale et de mesurer les amplitudes passives de l'articulation scapulo-humérale.

La palpation douloureuse des tendons n'a pas de signification, étant donné le nombre de tissus douloureux dans la région de l'épaule dans le contexte d'une lésion de la coiffe des rotateurs.

L'appréciation non instrumentale de la force musculaire est subjective ; il est souhaitable de l'objectiver par l'utilisation de charges ou de dynamomètres.

Une fiche de transmission est adressée au prescripteur en début et en fin de traitement. Elle synthétise les éléments liés aux résultats thérapeutiques. Le score de Constant rassemble les informations à transmettre aux prescripteurs. Si le praticien souhaite utiliser un autre score fonctionnel, ce score devra comporter des rubriques sur : la douleur, la mobilité, la force, les activités de la vie quotidienne et les résultats des tests et manœuvres décrits précédemment.

LE TRAITEMENT KINÉSITHÉRAPIQUE

L'intensité de la douleur n'est pas directement en relation avec la gravité des lésions. La douleur n'est pas en soi une contre-indication à la kinésithérapie ; elle doit être interprétée. La mise au repos et l'immobilisation éventuelle de l'épaule douloureuse ne sont pas recommandées en dehors des crises hyperalgiques.

Il existe un effet de la kinésithérapie lorsqu'elle est comparée à l'absence de traitement ou lors d'études de cas.

Il est recommandé d'associer en fonction du bilan des techniques **antalgiques, articulaires, musculaires et de reprogrammation neuro-musculaire** au cours du traitement.

L'effet des ultrasons, de l'électrothérapie (courant bipolaire basse fréquence), de l'électromagnétothérapie et du laser sur la douleur dans les pathologies de la coiffe des rotateurs n'est pas démontré. Ces techniques ne sont pas recommandées.

Dans l'état actuel des connaissances, l'application de froid ou de chaleur ne peut pas être recommandée au cours du traitement de kinésithérapie. Il s'agit d'un adjuvant qui ne peut être utilisé qu'en dehors des séances.

Les techniques de massage n'ont fait l'objet d'aucune étude. Il s'agit d'un adjuvant aux autres techniques de kinésithérapie. Le massage transversal profond des tendons de la coiffe des rotateurs n'est pas recommandé.

Les techniques de mobilisations passives, de mobilisations spécifiques, de « tenu-relâché », d'auto-étirement appliquées à l'ensemble des articulations de la ceinture scapulaire (articulation scapulo-thoracique, scapulo-humérale, sterno-claviculaire, acromio-claviculaire) sont recommandées pour récupérer les amplitudes articulaires limitées.

Les techniques spécifiques de rééducation telles que : le recentrage dynamique de la tête humérale, le recentrage passif, le renforcement des muscles abaisseurs, la rééducation du rythme scapulo-huméral ou autres ont des justifications biomécaniques divergentes. De nouvelles études sont attendues sur les résultats cliniques de ces techniques spécifiques.

Les techniques de renforcement musculaire ont pour but d'augmenter la force des muscles scapulaires et plus particulièrement celle des muscles rotateurs de la scapulo-humérale et de mieux stabiliser l'articulation. Il est recommandé d'inclure dans tout protocole de kinésithérapie des techniques de renforcement musculaire.

QUELLE RÉÉDUCATION EN FONCTION DU TYPE DE LÉSION ?

Dans le cadre de rupture de la coiffe des rotateurs, l'utilisation de techniques de renforcement des muscles rotateurs est recommandée. En cas d'échec du renforcement il faut mettre en place des compensations articulaires (surtout scapulo-thoraciques).

Le kinésithérapeute a pour objectif d'amener le patient à un niveau fonctionnel en adéquation avec ses activités socio-professionnelles. Si le patient est en arrêt de travail il faut lui conseiller de se mettre en relation avec le médecin du travail pour organiser précocement les modalités de la reprise de ses activités professionnelles.

En l'absence d'amélioration significative du score fonctionnel utilisé au terme des 20 premières séances de kinésithérapie, il est recommandé de réévaluer l'indication thérapeutique. En cas de stagnation des résultats ou d'aggravation des symptômes, il convient d'informer le prescripteur.