

# KINÉSITHÉRAPIE APRÈS CHIRURGIE DE LA COIFFE

Christophe DAUZAC<sup>1</sup>



<sup>1</sup> Kinésithérapeute  
Service de chirurgie ortho-  
traumatologique (Pr Doursounian)  
Hôpital Saint-Antoine  
Paris  
École de kinésithérapie de Paris - ADERF

La prise en charge de patients présentant des épaules douloureuses chroniques devient de plus en plus fréquente dans les cabinets de kinésithérapie. Les structures s'altérant avec l'âge, l'augmentation de la durée de vie gêne quelque peu les tendons de l'épaule. Des recommandations professionnelles [1] destinées aux médecins généralistes et aux rhumatologues ont peut-être aussi permis de faire reconnaître l'utilité de la kinésithérapie dans les traitements médical et chirurgical des tendinopathies de la coiffe des rotateurs.

Leur symptomatologie douloureuse n'est pas toujours contemporaine de l'installation des lésions anatomiques. Elle n'est pas en rapport non plus avec la gravité de l'atteinte. Leur décompensation est imprévisible [2].

Une rupture peut survenir pour un traumatisme minime ou de manière lente et insidieuse. L'involution tendineuse dégénérative rend progressivement le muscle mécaniquement inefficace. Son atrophie et son infiltration graisseuse pourront limiter alors les possibilités de réparation tendineuse [3].

La kinésithérapie fait partie du traitement non chirurgical des lésions de la coiffe. Elle aide les patients à s'accommoder de leurs lésions en utilisant le capital musculaire restant [4].

Les capacités d'élévation du bras étant diminuées, il s'agit alors de rétablir une cinématique articulaire en éduquant le patient au recrutement de muscles compensateurs.

Au-delà du traitement médical, en fonction des lésions tendineuses, la chirurgie est proposée comme alternative à la douleur et à l'impotence. La kinésithérapie prend une large part

**MOTS CLÉS**  
Chirurgie - Coiffe des rotateurs - Kinésithérapie

**KEYWORDS**  
*Surgery - Rotator cuff - Physiotherapy*

dans les suites opératoires. La rééducation dure de 4 à 6 mois. Le rétablissement du contrôle actif du déplacement du membre supérieur dans certains plans de l'espace, l'augmentation de la force associés au soulagement des douleurs seront alors les objectifs à atteindre, en tenant compte du contexte et de la demande de patients généralement âgés.

## LE CONTEXTE CLINIQUE PRÉCÉDANT L'INTERVENTION

Au terme d'une période plus ou moins longue où le patient a pu s'accommoder de sa gêne fonctionnelle, l'intervention est décidée lorsque l'aggravation des symptômes rend la vie quotidienne compliquée. Quand le patient suit des séances de rééducation, le kinésithérapeute constate alors objectivement l'aggravation.

La recrudescence des douleurs dans les régions antérieure et latérale de l'épaule, leur irradiation dans le bras accompagnent des troubles fonctionnels dynamiques (fig. 1, page suivante). Le patient décrit des impotences plus marquées pour des mouvements usuels, en particulier pour les déplacements du membre supérieur en élévation, au dessus de l'horizontal. La perte de force devient handicapante. La recrudescence des douleurs la nuit est souvent constatée.

Comme pour toute chirurgie fonctionnelle, c'est le patient qui "choisit" le moment de l'intervention. Elle a des indications qui ne répondent pas toujours à des critères objectifs. L'étape chirurgicale doit soulager le patient et lui permettre de recouvrer une mobilité fonctionnelle active en élévation du bras.

41<sup>e</sup> Journées de l'





Figure 1

**Objectivation des troubles fonctionnels dynamiques :**  
ascension du moignon de l'épaule  
et fermeture de l'angle omo-huméral

## LES SUITES OPÉRATOIRES, LE PORT DES ORTHÈSES

L'appareillage prescrit après l'intervention aura un rôle antalgique, de protection des sutures. L'utilisation d'orthèse après chirurgie de la coiffe ne rencontre pas de consensus.

- **L'écharpe** : elle place le bras le long du corps. Elle soulage le poids du membre supérieur. Le praticien doit veiller à ce que le patient ne se positionne pas en élévation du moignon de l'épaule.
- **Le coussin d'abduction** : il a un rôle antalgique. Il permet de raccourcir les zones suturées. Le membre supérieur est écarté du corps. Les possibilités d'ajustement sont limitées. Il permet aussi de sélectionner des secteurs de mobilités.
- **L'attelle d'abduction** : l'orientation du bras souhaitée par le chirurgien peut être obtenue avec précision. Les réglages évolutifs permettent de suivre la progression de la récupération, en particulier lorsque la cicatrisation est acquise et que la descente du bras le long du corps est autorisée.

Le coussin et l'attelle d'abduction placent le membre supérieur "en appui" sur l'avant-bras, l'épaule se trouvant en position de fonction. Le kinésithérapeute les utilisera pour recruter les muscles abaisseurs alors que leur point fixe est distal. Le moignon de l'épaule se positionne alors vers le bas ouvrant ainsi l'angle omo-huméral.

## KINÉSITHÉRAPIE APRÈS ARTHROLYSE

Lorsque la souffrance est sous-acromiale et qu'il n'y a pas de perforation de la coiffe, l'arthrolyse sous-arthroscopie en modifiant les pressions sur les tendons soulage les

patients en quelques semaines. C'est une chirurgie des conflits.

Les exercices de mobilisations pourront être effectués précocement sur le mode actif. Le contrôle du placement de l'épaule ne nécessitera pas d'apprentissage particulier. La coiffe ne subissant plus les sollicitations nociceptives du ligament acromio-coracoïdien (LAC), la contraction synergique avec le deltoïde se reprogramme facilement.

La cinématique articulaire est quelque peu modifiée par le désépaississement de la portion antérieure de l'acromion, l'ablation de l'ostéophyte inférieur, la résection de la bourse séreuse et surtout celle du LAC. Ce dernier était un élément de stabilité de la tête humérale. Véritable zone d'appui, il s'opposait à son ascension. Les exercices proposés ne doivent donc pas s'effectuer en appui. Le renforcement de la coiffe et du deltoïde pouvant facilement se réaliser en chaîne cinétique ouverte.

## KINÉSITHÉRAPIE APRÈS SUTURE

Lorsqu'il y a une perforation de la coiffe, l'arthrolyse associée à une réparation tendineuse donne de bonnes chances de soulagement [5]. Le rétablissement de la continuité tendineuse nécessite 45 jours de cicatrisation, quel que soit le mode de réparation.

### Dès le 3<sup>e</sup> jour postopératoire

En fonction des équipes, on peut pratiquer des mobilisations et des contractions précoces et dirigées :

- *mobilisations passives manuelles* : pour reproduire la cinématique articulaire centrée sur le mouvement dans l'articulation scapulo-humérale ;
- *mobilisations pendulaires* : préconisées certaines fois comme seul moyen de rééducation, elles sont utiles pour obtenir le relâchement musculaire des muscles périarticulaires. Elles s'apparentent à des déplacements conjoints du tronc et du membre supérieur, le patient se penchant en avant. Le kinésithérapeute oriente le plan de mobilisation et le degré de rotation articulaire ;
- *contractions isométriques, le membre supérieur maintenu par le kinésithérapeute* : la contraction de la "toile" musculo-tendineuse réparée, en course interne, alors que le praticien soutient le membre supérieur, sollicite l'ouverture de l'angle omo-huméral, permet d'éviter l'ascension du moignon de l'épaule dans les tentatives d'élévation sources de compression dans l'espace sous-acromial.



Figures 2 et 3

Contraction isométrique de la coiffe et du deltoïde

La mobilisation segmentaire active contre pesanteur est à proscrire : elle aurait des effets délétères avant le 45<sup>e</sup> jour. Les contractions isométriques, effectuées sans résistance en course interne par rapport aux appuis des mains du kinésithérapeute, ne sollicitent nullement en étirement la zone réparée (fig. 2 et 3).

Certains programmes n'autorisent pas de contraction musculaire de la coiffe avant le 45<sup>e</sup> jour. L'élévation active-aidée du bras peut cependant s'effectuer dans le plan de fonction sans rechercher les rotations analytiques, en évitant toute manœuvre de force vers la fin de la période de cicatrisation. Le kinésithérapeute est amené à conduire le mouvement dans le plan horizontal et en rotation externe ou interne pour éviter toute réaction douloureuse.



Figure 4

Renforcement musculaire - Bras de levier progressif

### Le mouvement d'abaissement

De la position d'élévation on fait réaliser un abaissement du moignon de l'épaule et une adduction du bras contre résistance manuelle pour contrôler au mieux le mouvement de fermeture de l'angle omo-huméral. Cette résistance a pour but de solliciter les muscles abaisseurs de la tête humérale, d'éviter un travail excentrique des muscles de la coiffe et d'éviter tout accrochage de la cicatrice sur les reliefs osseux.

### Les repères

L'élévation active du bras sans aide et sans pesanteur peut être obtenue, selon les types de réparation, vers la 6<sup>e</sup> semaine postopératoire. L'harmonie du geste est parfois entravée par l'ancienneté et le stade des lésions.

### Au 45<sup>e</sup> jour, lorsque la cicatrisation est acquise

Un retour progressif du bras le long du corps s'impose, lorsque le coussin d'abduction ou l'attelle était nécessaire. Si l'épaule n'était pas soutenue, la sollicitation active de la coiffe deviendrait plus contraignante.

On est amené à reprendre le même schéma de rééducation que celui proposé en période postopératoire :

- un travail actif en décubitus dorsal, latéral, en position demi-assise, puis assise, dans un secteur de mobilité croissant de la position basse à la position au zénith. Les rotations combinées sont progressivement recherchées. Le travail avec point fixe distal (triceps brachial) peut aider l'élévation gléno-humérale en limitant les contraintes au niveau de la coiffe ;
- la kinésithérapie recherche ensuite les exercices de stabilisation active de la racine du membre supérieur dans tous les plans et un renforcement dirigé des courts rotateurs. L'utilisation de bracelets lestés et le réglage autorisé par leurs positionnements sur les segments, ainsi que par le degré de flexion du coude, permet d'adapter le renforcement musculaire (fig. 4). ■

## Bibliographie

- [1] Haute autorité de santé (HAS). *Modalités de prise en charge d'une épaule douloureuse chronique non instable chez l'adulte*. Recommandations professionnelles, avril 2005.
- [2] Brunon-Martinez A, Codine P, Hérisson Ch (sous la direction de). *Coiffe des rotateurs opérée et rééducation*. Coll. Pathologie locomotrice et médecine orthopédique. Paris : Éditions Masson, 2008 : 208p.
- [3] Melis B, Nemoz C, Walch G. L'infiltration graisseuse musculaire dans les ruptures de la coiffe des rotateurs : analyse descriptive à propos de 1 688 dossiers. *Rev Chir Orthop Traumatol* 2009;95:397-403.
- [4] Thomazeau H. L'arthroscopie d'épaule et la réparation de la coiffe des rotateurs. *Rev Chir Orthop Traumatol* 2008;vol.94;Suppl.8:5394-7.
- [5] Doursounian L, Dumontier Ch. La chirurgie de la coiffe des rotateurs. *L'Internat de Paris* 2008;52:36.