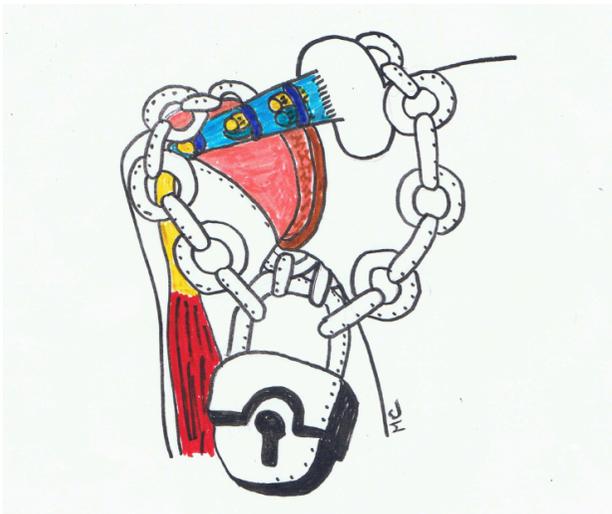




LES RAIDEURS D'ÉPAULE

Journée du CCO – 26 octobre 2019
Stade de la Méditerranée



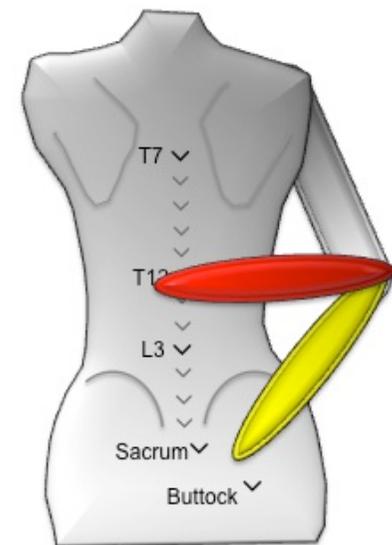
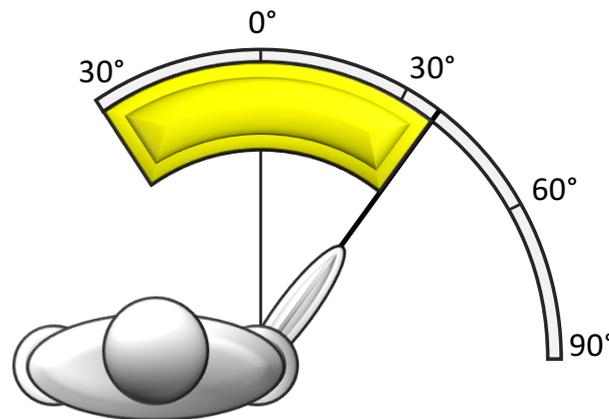
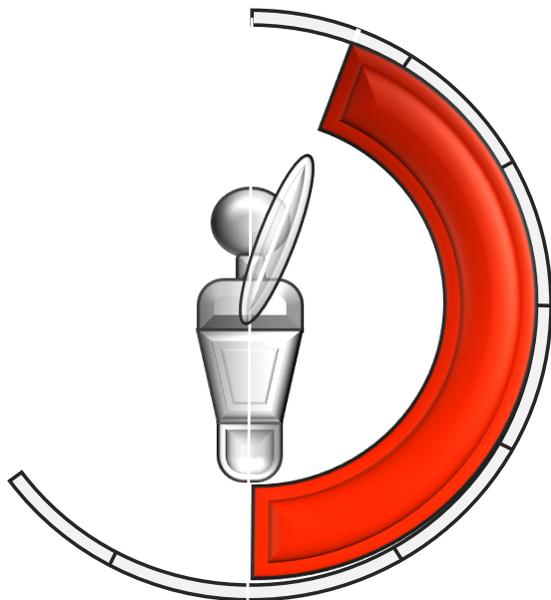
Dr. Matthieu CESAR



SITUATION CLINIQUE : ÉPAULE DOULOUREUSE

Mesures des amplitudes articulaires actives mais surtout passives

- Si douleurs : examen des mobilités passives en décubitus dorsal
- élévation antérieure, Rotation externe 1 et Rotation interne 1 **suffisent**
- **Abduction** = mouvement combiné et complexe
- **RE1** : attention à l'abduction compensatrice



DÉFINITION



= « *Epaule gelée* »

DÉFINITION : diminution des mobilités **PASSIVES**
(élévation antérieure \pm RE1 \pm RI) d'au moins 30°
par rapport au côté controlatéral
Enraidissement organique \neq contracture antalgique



QUE FAIRE ?

Avril 2005

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



Eliminer cals vicieux et arthrose



RADIOGRAPHIES « NORMALES »



REEDUCATION +++

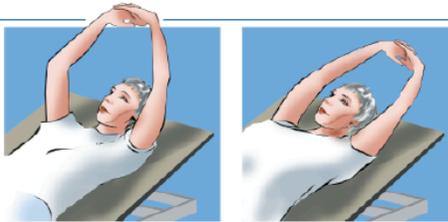


PREMIERE ETAPE

Allongé(e), on s'étire en 2 temps

- 1) les bras basculent vers l'arrière, coudes fléchis,
 - 2) les coudes se tendent.
- Les mains sont entrecroisées.

5 secondes par étirement,
5 fois à la suite, 5 fois par jour.
C'est une bonne base.



DEUXIEME ETAPE

Assis(e), simplement adossé(e)

- 1) les mains entrecroisées vont au-dessus de la tête,
 - 2) puis entraînent les bras, qui se tendent.
- Retour sans freiner en pliant les coudes, sans lutter contre la pesanteur.

Les mains marchent ensemble.
L'autre main ne tire pas plus et ne retient pas plus, ça déséquilibre.



Première et deuxième étape : dans le mois qui suit l'intervention.

Le passage à la troisième étape est abordé à la visite de contrôle à 1 mois.

TROISIEME ETAPE

Sieste + étirement

- 1) les mains vont par-dessus puis derrière la tête,
 - 2) toujours entrecroisées, elles entraînent les bras.
- On s'étire plus complètement, dans son axe : c'est l'étirement redevenu naturel.

Les mains dirigent l'étirement.

Elles sont motrices, elles entraînent les bras, et les épaules se relâchent.



■ Autorééducation +++

Exercices 5s – 5x à la fois – 5x/j

- ## ■ Kinésithérapie
- Rôle de coach de la rééducation. Ne fait pas ce que le patient peut faire lui même



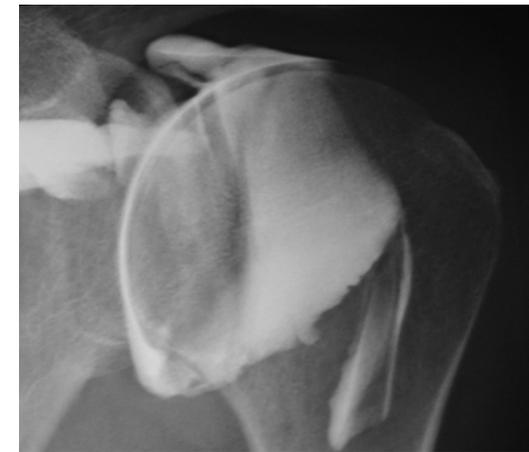
LES ÉTIOLOGIES

Capsulites rétractiles

= Epaule Bloquée par Rétraction Capsulaire : EBRC

■ Histoire naturelle

Phase	Douleurs	Raideur	Durée
1 ^{ère}	+++	0	qqes semaines
2 ^{ème}	↘	↗	-
3 ^{ème}	0	↘	6 à 18 mois



→ Evolution favorable dans la majorité des cas
Mais 20 à 50% de raideurs séquellaires

■ Physiopathologie

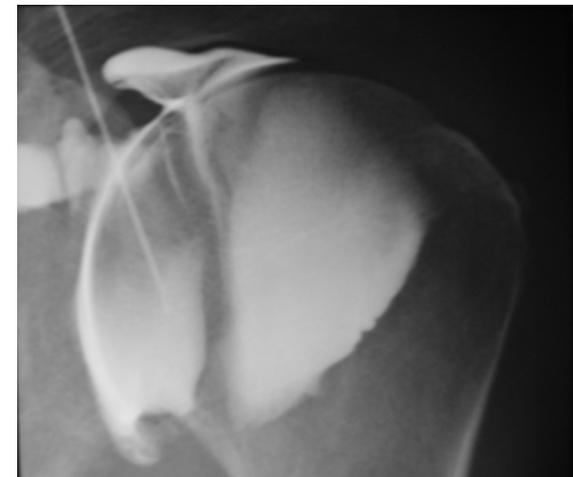
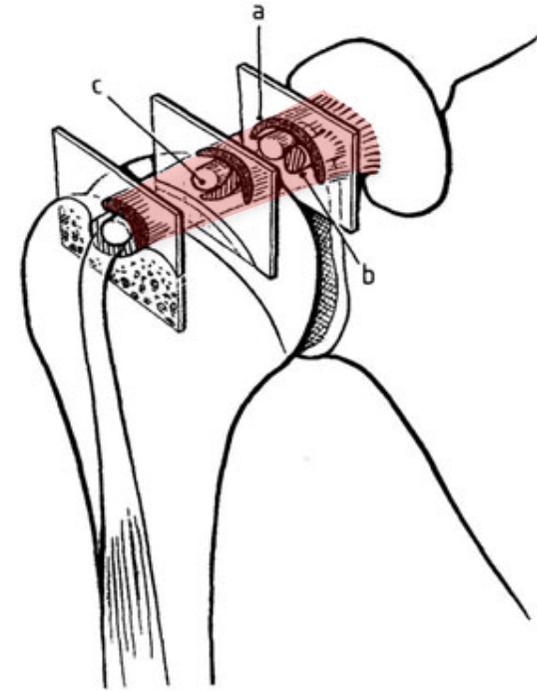
- Rétraction capsulaire et diminution du volume articulaire
- Contracture de l'intervalle des rotateurs et du LCH
= M^{ie} de Dupuytren
- Fibrose diffuse non spécifique du reste de la capsule

Ozaki, JBJS 1989

Bunker, Anthony, JBJS Br 1995

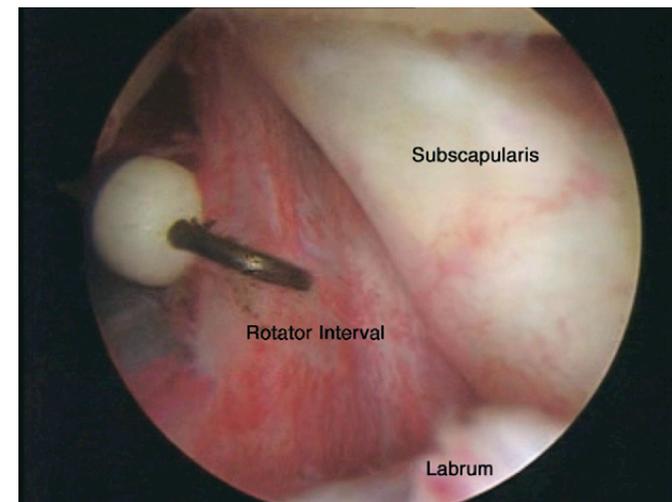
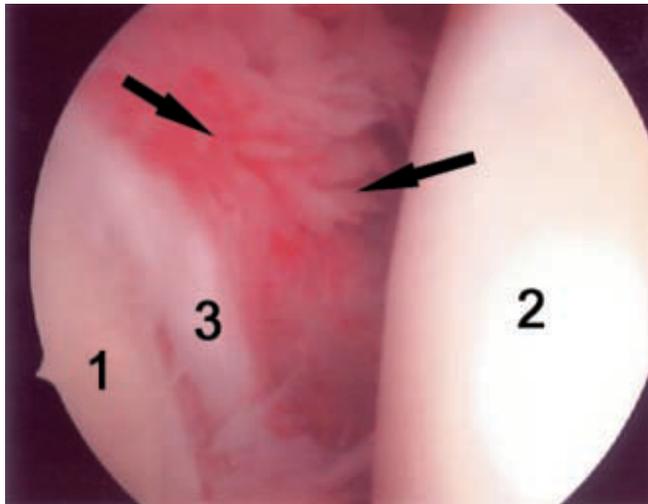
Uthoff, Boileau, CORR 2006

- Raideur multidirectionnelle



■ Anatomico-pathologie

- Synoviale pseudohémangiomateuse
- Piqueté hémorragique sur la capsule antérieure et nappes rougeâtres sur le long biceps
- Bourse sous-acromiale intacte



*Tauro, arthroscopy 2008
Kilian, Chirurg 2001*

■ Classifications

Zuckermann	Neuman	Etiologies
Idiopathique ++++	Primitive Idiopathique	Idiopathique +++++
Extrinsèque	Primitive secondaire	Pathologie cardiaque ou pulmonaire Rachis cervical Fracture diaphyse humérale Parkinson
Systemique		Diabète, hyper et hypothyroïdie Hyperlipidémie, médicamenteuse...
Intrinsèque	Acquise	Pathologie de la coiffe, biceps Calcification Raideur iatrogène Arthropathie acromio-claviculaire Fracture Sepsis

Sirveaux et al., Chir Main 2006



Raideurs post-traumatiques

■ Définition

- Secondaire à un traumatisme appuyé de la ceinture scapulaire

■ Etiologies

- Luxations et sublaxations
- Fractures (humérus, clavicule, scapula)
- Fractures-luxations
- Contusions majeures des parties molles

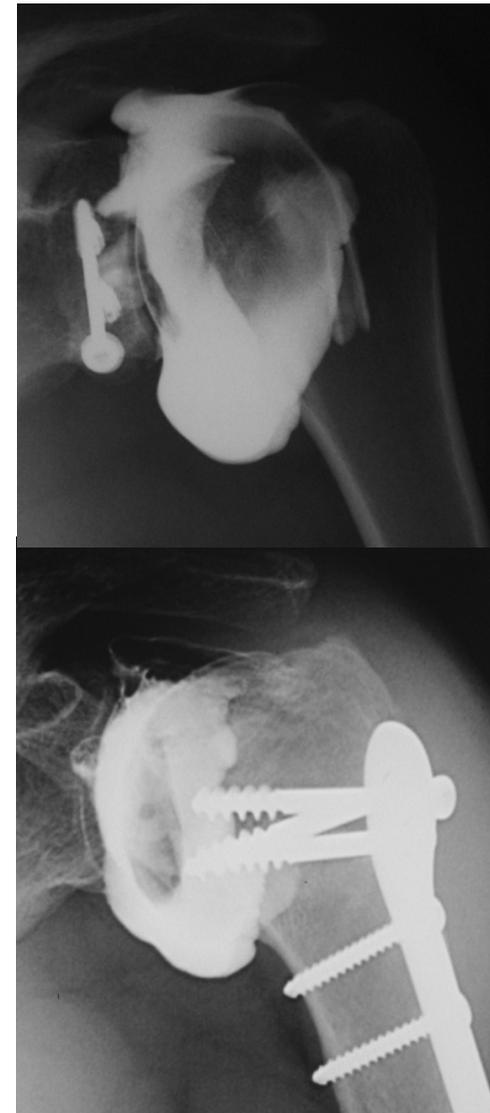
■ Traitement orthopédique



Raideurs post-chirurgicales

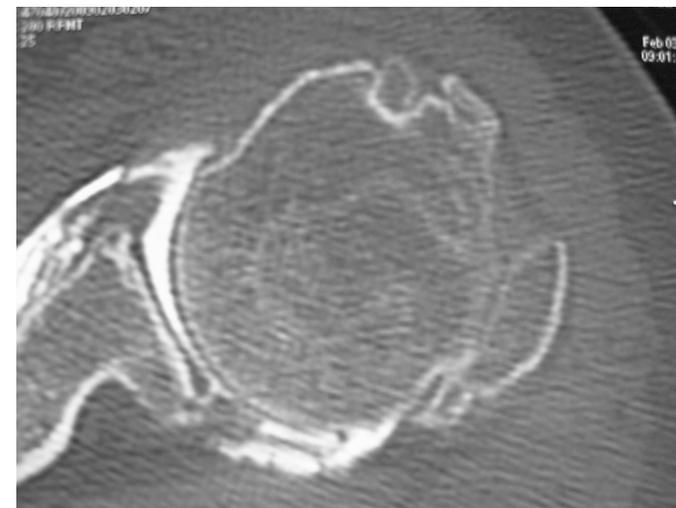
▪ Définition

- Secondaires à un acte chirurgical au niveau de la région de l'épaule
- Sans cal vicieux majeur résiduel
- Etiologies
 - Stabilisation gléno-humérale
 - Chirurgie de la coiffe
 - Ostéosynthèse....



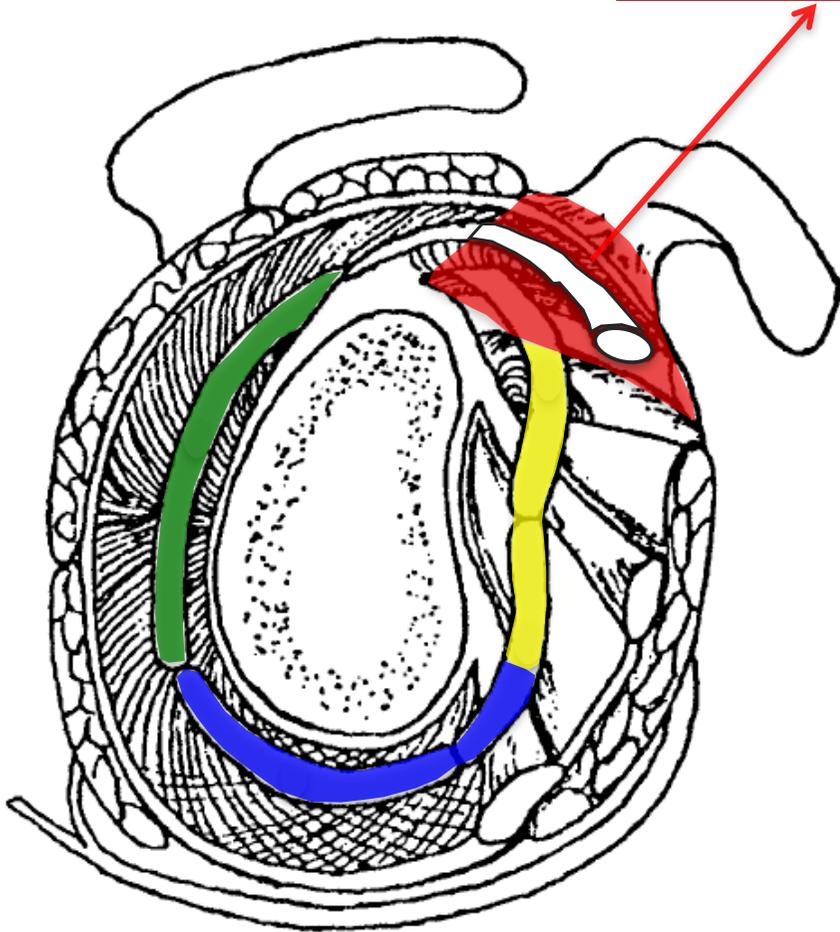
Post-traumatiques et post-chirurgicales

- Physiopathologie et anatomopathologie
 - Cicatrices capsulaires (\neq EBRC)
 - Adhérences sous-acromiales fréquentes
 - Association à divers degrés de :
 - Rétraction des tissus périarticulaires
 - Cal vicieux (rotation..)
 - Butoirs osseux
 - Raideurs uni ou multidirectionnelles

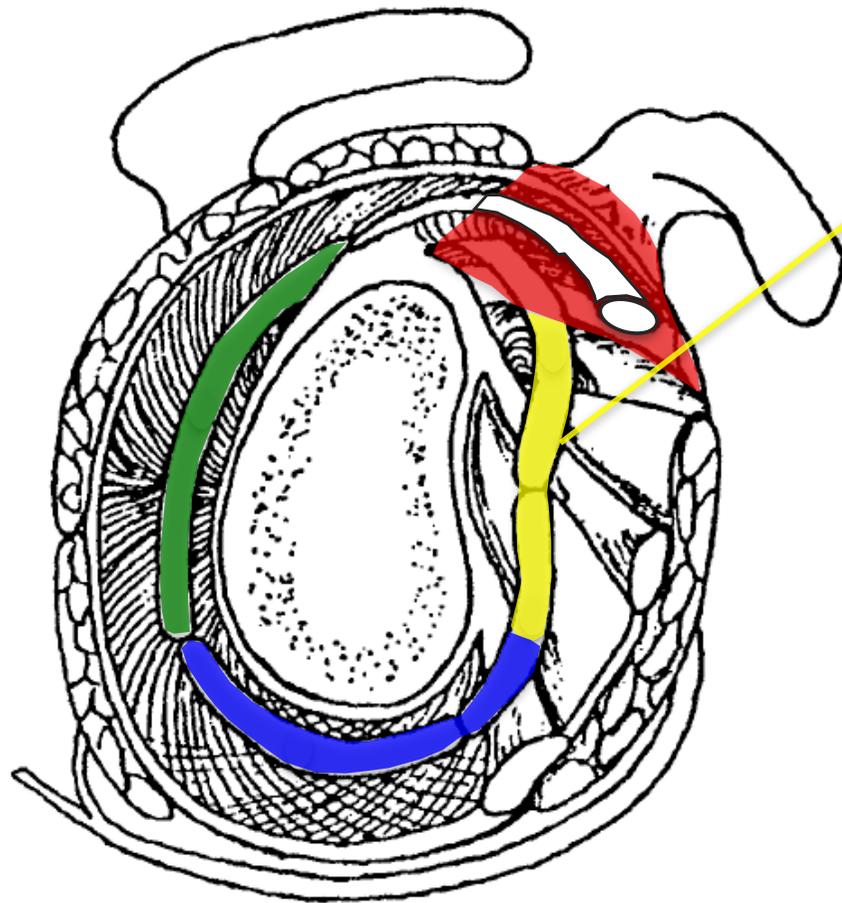


L'ARTHROLYSE SOUS ARTHROSCOPIE

1. Résection de l'intervalle des rotateurs

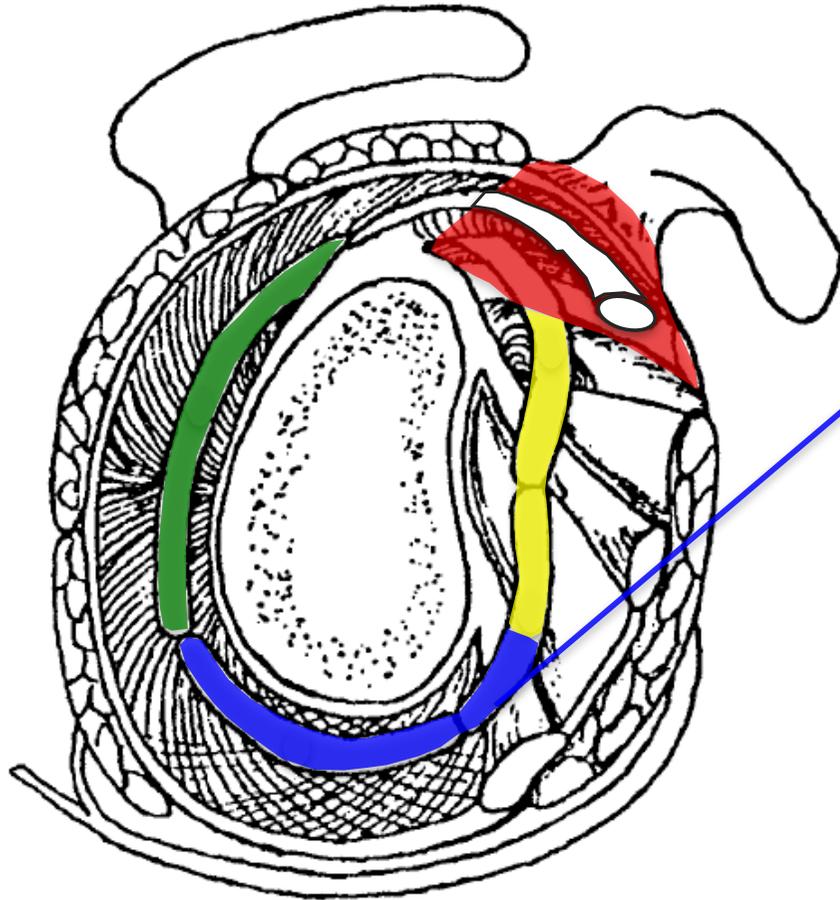


L'ARTHROLYSE SOUS ARTHROSCOPIE



2. Capsulotomie antérieure

L'ARTHROLYSE SOUS ARTHROSCOPIE

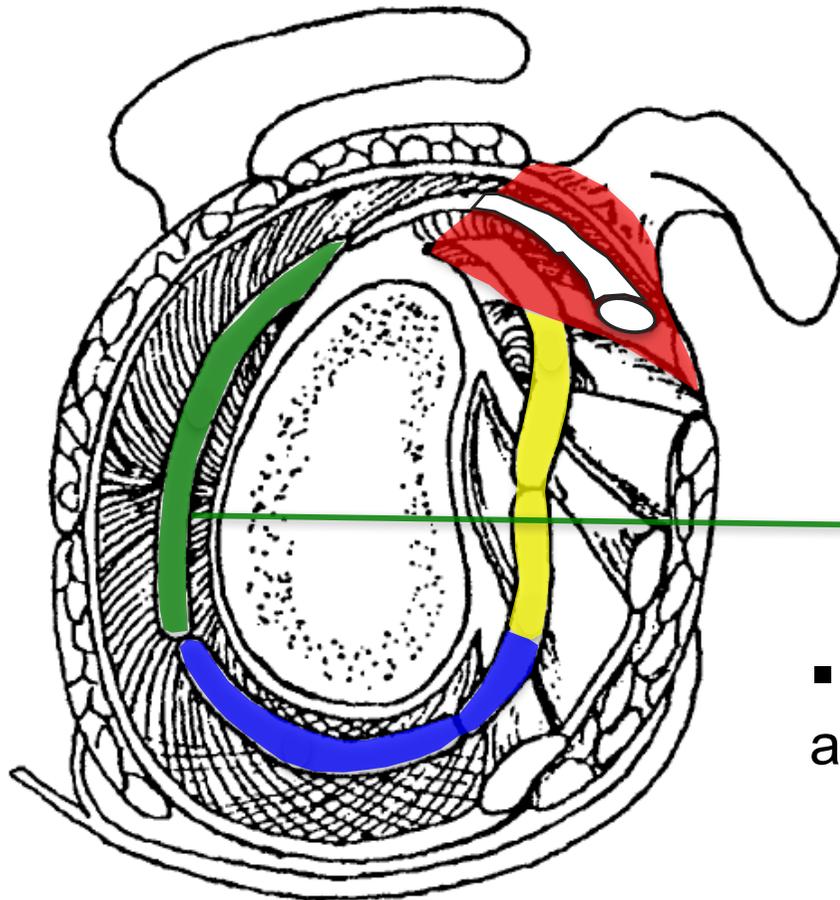


3. Capsulotomie inférieure



Nerf axillaire

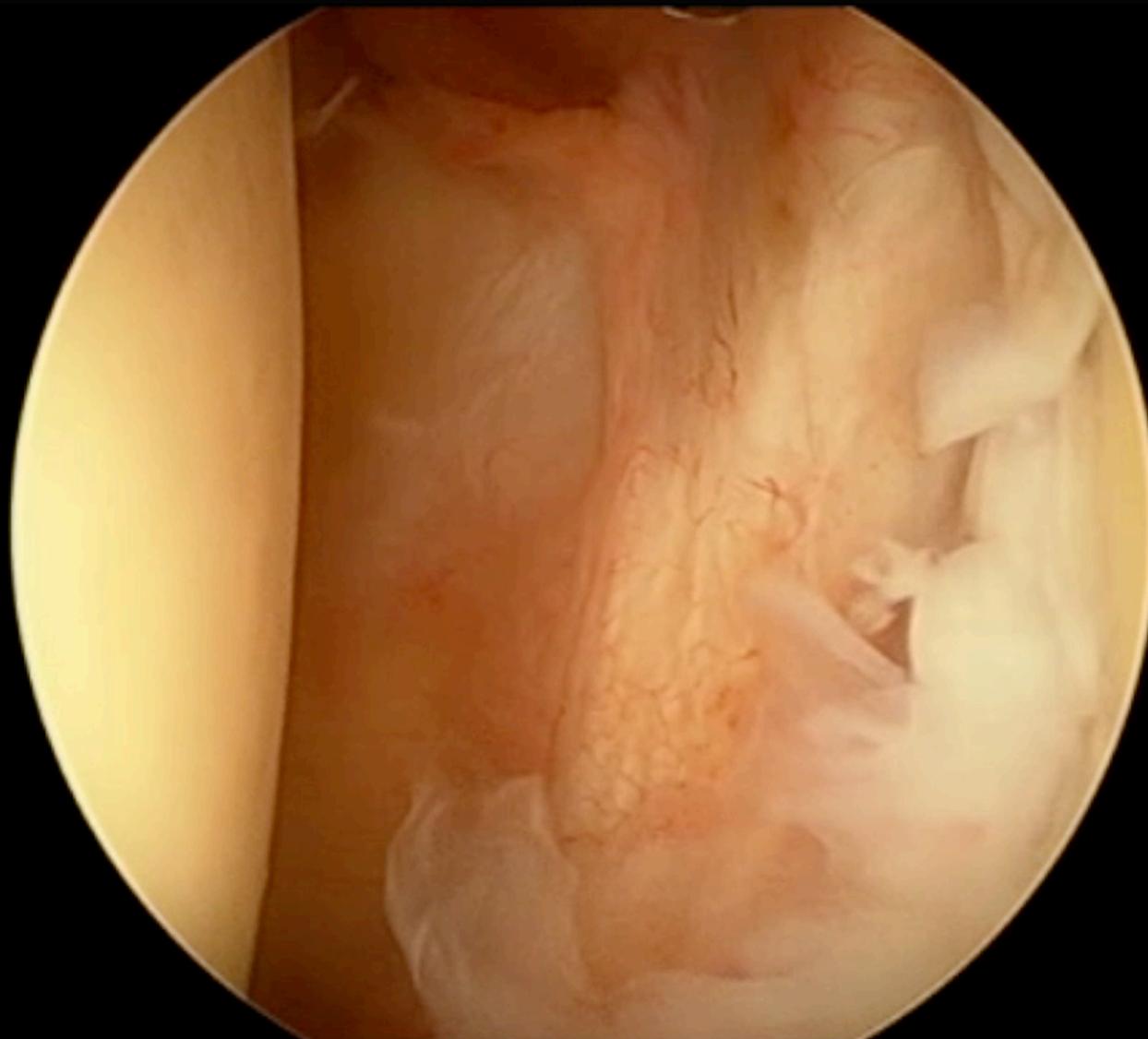
L'ARTHROLYSE SOUS ARTHROSCOPIE



4. Capsulotomie postérieure ?

- Résultats similaires après arthrolyse avec ou sans capsulotomie postérieure

Snow, Arthroscopy 2009



QUAND OPÉRER ?

- **EBRC**

- Idéalement après la durée théorique d'évolution d'une capsulite rétractile, soit 18 à 24 mois

- En pratique, réservées aux formes rebelles au traitement fonctionnel à plus d'un an d'enraidissement douloureux (*raccourcissement du délai d'évolution (SFA 2003)*)

- **Raideurs post-traumatiques et post-chirurgicales**

- Pas d'indication des dilatations ni des mobilisations
 - Indiquée dès cicatrisation capsulaire (6 mois)



Merci de votre attention

