

Physiothérapie		
Procédure:	F. Cohendet, J.-P. Gallice, Dr. N. Holzer	
DS:	mai 2016	
Validation:	A. Laubscher, Directeur des soins HUG	Visa:
	Pr A. Perrier, Directeur médical HUG	Visa:
Classement	Secteur Locomoteur	
N°:	1.09 (2)	

REEDUCATION APRES CHIRURGIE DE LA COIFFE DES ROTATEURS

Domaine

Musculo-squelettique

Définition

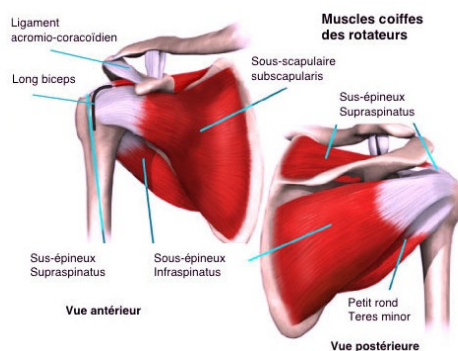
La coiffe des rotateurs est constituée de 5 muscles se prolongeant par leurs tendons qui s'attachent tout autour de la tête de l'humérus, entourant ainsi cette tête humérale.

Ce sont:

- le sus-épineux,
- l'infraépineux,
- le petit rond,
- le sous-scapulaire,
- et le long chef du biceps.

Ces muscles sont principalement abducteurs, rotateurs externes et internes de l'épaule. Ils contribuent également à la stabilité de l'épaule.

La rupture de coiffe de l'épaule est une atteinte partielle ou complète d'un ou plusieurs tendons de la coiffe des rotateurs.



Les lésions peuvent être dues à:

- une rupture traumatique,
- une usure de la coiffe (conflit, micro traumatisme).

Indications

Le traitement chirurgical est envisagé en cas lésion traumatique ou d'échec du traitement conservateur des lésions dégénératives, avec gêne fonctionnelle pour les activités de la vie quotidienne.

La chirurgie est réalisée par voie ouverte ou sous arthroscopie et consiste en une réparation des tendons rompus de la coiffe des rotateurs sur l'extrémité supérieure de l'humérus.

Le geste peut être complété par une acromioplastie en cas de conflit sous acromial et d'une ténodèse du LCB.

Précautions, contre-indications

- Port d'une orthèse en rotation neutre 24h/24 pendant 6 semaines (légère abduction et position neutre de rotation) enlevée pour la toilette et l'habillement.
- Pas de prise d'anti-inflammatoire sans avis médical dans la phase de guérison tendineuse, car cela ralentit la cicatrisation.
- Pas de conduite pendant 8 semaines.

Risques

Re-rupture tendineuse

- Enraidissement de l'épaule (épaule gelée), SDRC.
- Infection.
- Lâchage de la ténodèse du long chef du biceps.

Déroulement du traitement

J0 à 3 semaines post-op

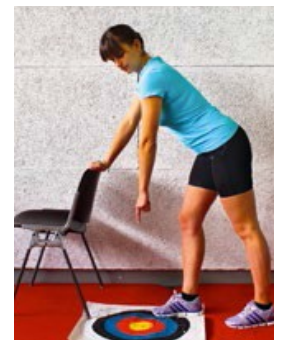
Phase d'immobilisation

Elle comprend la phase hospitalière qui dure quelques jours

- Veiller (et conseiller) à l'installation confortable du patient: ½ assis, coussin sous le MS opéré.
- Vérification de l'installation de l'orthèse, recherche de l'autonomie dans les AVQ avec l'orthèse.
- Cryothérapie.
- Enseignement de mouvements pendulaires doux.
- Exercices et enseignement de mobilisation active coude et main.
- Eviter la marche et les escaliers (micro-secousses).

A domicile, plusieurs fois par jour:

- glaçage de l'épaule,
- poursuite des exercices de mobilisation pendulaire doux,
- mobilisation coude, poignet, main.



3 semaines à 3 mois post-op

Phase de mobilisation et de réveil musculaire

- Début de la physiothérapie 2x/sem (en groupe ou individuel).
- Travail de l'élévation active assistée du bras sans résistance (sur table, plan incliné)
But: obtenir 160° d'élévation (couché)
- Mobilisation passive auto-assistée (pouliothérapie).
- Rééducation en Piscine (2 séances par semaine).



45 jours

Ablation définitive de l'orthèse

- Mouvements actifs sans résistance: élévation, RI, RE.

2 mois post-op

- Conduite d'un véhicule possible.

3 mois post-op

Phase de renforcement musculaire

- Reprise progressive des activités professionnelles, de loisir et de sport.
- Port de charge progressive.
- Exercice avec recherche d'amplitudes articulaires maxi (180° d'élévation) et renforcement musculaire.
- Natation (brasse).

Dès 6ème mois post-op

- Reprise progressive des activités: jogging, tennis, golf, natation (crawl).
- Reprise de toutes les activités entre 6 mois et une année. Progression sur 2 ans pour une récupération fonctionnelle définitive.

Critères

- Fréquence de traitement hospitalier: 1x/jour jusqu'à autonomie.
- Travail le week-end: 1x/jour si J+1 ou J+2 post-op.
- Fin de traitement à l'hôpital: quand autonome avec attelle d'immobilisation et quand les douleurs sont gérées par les antalgiques simples.

Situations spéciales.

- Ténodèse du long chef du biceps: pas de flexion du coude contre résistance pendant 3 mois.
- Ténotomie: bandage du bras pendant 2 semaines.
- Si rupture massive 90° d'élévation maxi.

Bibliographie

- Manuel Pratique de Chirurgie Orthopédique
- Manuel pratique de Chirurgie Orthopédique Brigitte Jolles-Haeberli spécialités locorégionales, 17- Chirurgie de l'épaule et du coude, p. 399-452
- http://www.epaule.com/page.php/fr/18_187.htm
- http://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/documents/epaule_reeducation_coiffe_des_rotateurs.pdf
- <http://www.centre-epaule.ch/lesion-de-la-coiffe-des-rotateurs>
- Revue du rhumatisme, La chirurgie de l'épaule : de la réparation de la coiffe à la prothèse, D.Goutallier J.M. Postel, S. Zilber, S. Van-Driessche. Ed Elsevier. P. 791-802.