

Comment récupérer l'élévation antérieure active avec une prothèse totale inversée ?

Etude clinique prospective sur 46 patients

Solenn GAIN Masseur-Kinésithérapeute Secrétaire de la SFRE

Dr Philippe COLLIN Chirurgien de l'épaule GRAL

Unité d'épaule CHP Saint-Grégoire (35)

Angélique DELARUE (statistiques)

La récupération d'une élévation active non douloureuse constitue l'objectif fonctionnel principal suite à une prothèse totale inversée, l'épaule étant le plus souvent pseudo-paralytique en pré-opératoire. Notre étude clinique menée d'avril à décembre 2012 a notamment montré qu'il y avait un intérêt pour une récupération rapide de l'élévation active. Elle a aussi mis en évidence des cas plus difficiles pour lesquels le masseur-kinésithérapeute doit rechercher les moyens adaptés à ces patients. Un pré-requis est indispensable : la rééducation de l'élévation active ne doit débuter que lorsque la récupération d'une élévation passive subtotale est acquise. Normalement l'articulation gléno-humérale, suite à la chirurgie, ne présente plus de raideurs. Il faut donc agir sur les autres articulations du complexe articulaire de l'épaule : le plan de glissement scapulo-thoracique, l'articulation acromio-claviculaire, le rachis thoracique et la charnière cervico-thoracique.

La limitation passive de la mobilité de la scapulo-thoracique est essentiellement liée à des tensions musculaires. Ces tensions sont à mettre en relation avec une mauvaise cinématique en pré-opératoire, à la position antalgique liée à la douleur, à l'accentuation de la cyphose thoracique souvent présente chez les personnes âgées et qui favorise la bascule antérieure de la scapula. Les mouvements de la scapula essentiels à récupérer sont la bascule postérieure, la sonnette latérale associée à l'élévation. Les moyens utilisés sont la mobilisation passive de la scapula, les levées de tension centrées prioritairement sur le petit pectoral, l'élévateur de la scapula, les rhomboïdes.

La technique de Jones est utilisée lorsque le petit pectoral est douloureux. Autres techniques : exercice actif du tilt postérieur (méthode CGE – T. MARC) où la sollicitation du trapèze inférieur entraîne l'inhibition du petit pectoral suivant le principe de l'innervation réciproque, la mobilisation analytique de l'acromio-claviculaire. Des exercices d'auto-rééducation à domicile viennent compléter ce programme.

La récupération de l'élévation active consistera en une tonification musculaire progressive et en une rééducation neuromotrice permettant l'intégration du geste. Parmi les muscles, le deltoïde joue un rôle majeur dans la mobilité active mais aussi dans la stabilité. La contrainte principale à considérer pour la sollicitation du deltoïde est le moment de la pesanteur. L'intérêt du travail à partir de la position au zénith est multiple : bras de levier de la pesanteur minimal, minimisation des compensations, limitation des contraintes sur la prothèse, travail conjoint du deltoïde et du dentelé antérieur. Le renforcement du trapèze inférieur, comme moteur de la bascule postérieure de la scapula est également important.

La rééducation neuromotrice, partie intégrante de la rééducation active, permet d'optimiser les résultats sur le plan fonctionnel et est particulièrement importante dans les cas difficiles. Le principe consiste à réactiver les programmes moteurs pour faciliter

le geste. Les rôles de la main, de la vision, des mouvements symétriques bilatéraux, de la visualisation mentale, apparaissent comme étant primordiaux.