

Rééducation des prothèses anatomiques: hémi-arthroplasties, prothèses totales, prothèses post-fractures

Thierry Marc*, Thierry Gaudin**, Jacques Teissier***

Les rééducateurs vont être de plus en plus souvent confrontés à la prise en charge de patient présentant une arthroplastie d'épaule. Celles-ci peuvent être mise en place pour différentes étiologies. La rééducation doit tenir compte des données récentes de la biomécanique : cinématique articulaire, contraintes et dynamique. Mais il est aussi essentiel de tenir compte du type de prothèse mise en place pour assurer la protection du subscapulaire pour les prothèses non post-traumatiques et la protection de la réinsertion des tubérosités dans les prothèses post-traumatiques.

La rééducation est découpée en différentes phases avec des critères précis de changement de phases de façon à éviter les différentes complications : rupture du subscapulaire, migration des tubérosités, décompensation de la coiffe des rotateurs. Nous présenterons une série de 54 patients suivis à 1 an.

Programme des prothèses anatomiques

Phase 1 passive (J 1 à J 21) ; le rééducateur effectuera :

- Une récupération de la mobilité passive en élévation antérieure dans le plan de l'omoplate.
- Des courants excito-moteurs des muscles supra et infra-épineux pendant 30 minutes.
- Un entretien de la mobilité active du coude.
- Une mobilisation très douce des rotations médiale et latérale sur l'orthèse d'abduction.
- Une mobilisation des glissements antérieurs et postérieurs de l'acromio-claviculaire.
- Une mobilisation de l'articulation scapulo-thoracique en glissements verticaux et transversaux.

Le passage à la phase 2 est conditionné par les critères suivants :

- Pas de douleur spontanée.
- Pas de douleur lors du verrouillage actif en élévation au zénith.
- 70% de la mobilité passive normale.
- Bon rythme scapulo-huméral.
-

Phase 2 active aidée (3^{ème} à 8^{ème} semaine) :

- Des mobilisations en actif aidé en élévation antérieure.
- Une mobilisation des rotations en position RE1 (pour la rotation médiale : travail bras le long du corps, pour ne pas distendre l'intervalle des rotateurs).
- Un relai des courants excito-moteurs des supra et infra épineux par un travail isométrique des rotateurs latéraux contre légère résistance (OrthoBand).
- Une récupération d'une mobilité scapulo-thoracique optimale (relâcher le muscle petit pectoral).
- Un travail des fixateurs de la scapula (trapèze inférieur).
- Des mobilisations spécifiques de dégagement de l'espace sous acromial (méthode CGE).

Le passage à la phase 3 est conditionné par les critères suivants:

- Mobilité passive = à 80% de la mobilité normale.
- Mobilité active : mobilité passive.
- Pas de douleur spontanée.
- Pas de douleur au test de Jobe.

Phase 3 active (2^{ème} à 4^{ème} mois) :

- Travail spécifique du subscapulaire du 3^{ème} mois à la récupération complète (6^{ème} mois).
- Etirement de la capsule postérieure par une adduction horizontale de la gléno-humérale.
- Travail des rotateurs latéraux en position RE1 et RE2.
- Reprise progressive des activités de la vie journalière.

Phase 4 auto rééducation (au-delà du 4^{ème} mois) : Reprise d'activités et bilan de suivi

- Auto-passif en flexion (mains avec doigts croisés au dessus de la tête)
- Etirement de la capsule postérieure par le travail de l'adduction horizontale.
- Travail des rotateurs latéraux (en isométrique avec OrthoBand).

Rééducation des prothèses post-fractures

Phase 1 : De J1 jusqu'à la consolidation des tubérosités.

Durant la première phase, le patient est immobilisé pendant 6 semaines sur une orthèse d'abduction à 45°, 24h sur 24h en dehors des séances de rééducation. Un sevrage progressif est effectué sur 4 semaines. Le rééducateur réalisera :

- Un entretien mobilité du coude par suspension axiale
- Une récupération de la mobilité passive en élévation antérieure,
- Une mobilisation passive (très douce pour ne pas tirer sur la réinsertion des tubérosités) des rotations médiale et latérale, en conservant 45° d'abduction les 6 premières semaines.
- Une mobilisation des glissements de l'articulation acromio-claviculaire.
- Une mobilisation de l'articulation scapulo-thoracique par des glissements horizontaux et verticaux de la scapula sur le grill costal.
- Des courants excito-moteurs de prévention de l'amyotrophie du supra et infra-épineux pendant 30 minutes. Cette stimulation est effectuée dans le but de récupérer un bon équilibre entre la coiffe et le deltoïde.

Il ne faut pas travailler l'extension dans la scapulo-humérale et le mouvement " main dans le dos".

Le passage à la phase 2 est conditionnée par à la réalisation de critères de changement de phase (CCP) :

- Consolidation des tubérosités
- 70% de la mobilité passive controlatérale
- Pas de douleur à la mobilisation passive
- Equilibre musculaire gléno-huméral satisfaisant
- Bon rythme scapulo-huméral
-

Phase 2 : Récupération de la mobilité active et récupération fonctionnelle

Le programme de cette phase est :

- Mobilisation passive devant être effectuée en décomprimant l'espace sous acromial.
- Mobilisation active aidée en élévation antérieure.
- Mobilisation des rotations en position RE 1 et RE 2 (pour la rotation médiale : travail bras long du corps, ne pas rechercher le mouvement main dos).
- Prendre progressivement le relais de la structure électrique de l'infra épineux par un travail isométrique des rotateurs latéraux contre légère résistance,
- Récupération d'une mobilité scapulo-thoracique optimale (relâcher le muscle petit pectoral),
- Travail des fixateurs de la scapula.
- Mobilisation passive en adduction horizontale de la scapulo-humérale, en restant infra douloureuse.

Le passage à la phase 3 est soumis à la satisfaction des critères de changement de phase (CCP) :

- Mobilité passive 80% de la normale.
- Pas de douleur lors de la mobilité active dans les amplitudes extrêmes.

Phase 3 : Auto-rééducation

- Auto-passif en flexion (mains avec doigts croisés au dessus de la tête).
- Etirement de la capsule postérieure par le travail de l'adduction horizontale.
- Travail des rotateurs latéraux en isométrique (avec Orthoband).

Thierry Marc * : masseur-kinésithérapeute, cadre de santé ; Centre de rééducation spécialisée, Montpellier

Thierry Gaudin** : médecin du sport

Jacques Teissier*** : chirurgien orthopédiste