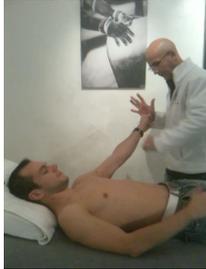


Suivi des lésions de la coiffe de rotateurs : CHIRURGIE OU RÉÉDUCATION?

Luc d'Asnieres de Veigy (MCJR Monaco),
Pr Pascal Boileau (CHU Nice), Dr Franck Jouve (IM2S Monaco)

Congrès commun SFRE - EUSSER dans le cadre du 23^{ème} congrès de la Société Européenne de Chirurgie de l'Épaule et du Coude Lyon-France., 16&17 Septembre 2011.

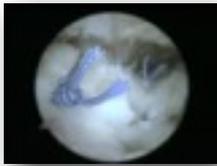


Dans le cadre de ce symposium sur la rééducation après chirurgie de la coiffe des rotateurs, il nous est apparu intéressant d'évoquer notre expérience sur les étapes thérapeutiques qui précèdent la chirurgie et tout particulièrement la rééducation .

Toutes les coiffes ne nécessitent pas une intervention !

On sait qu'après 50 ans, les ruptures de coiffes deviennent très fréquentes. En 2020 la population des quinquagénaires va doubler, et à 70 ans une personne sur 2 présente une rupture.

Fort de ces constatations, la Haute Autorité de Santé nous recommande comme traitement de première intention le traitement médical.



HAS : « *Le traitement médical (médication orale, infiltration, kinésithérapie) est recommandé comme traitement de première intention dans la prise en charge des ruptures dégénératives des tendons de la coiffe des rotateurs. La durée de ce traitement varie en fonction des éléments cliniques, généraux et morphologiques »*

Pourquoi réparer ou pourquoi rééduquer une lésion de la coiffe ?

Un véritable «dilemme» décisionnel pour des pratiques en pleine évolution de la part des chirurgiens mais aussi des kinésithérapeutes .

- On veut la **réparer** pour son rôle anatomo-fonctionnel et la tendance naturelle à l'aggravation des lésions : **Ne pas attendre !**
- On veut la **rééduquer** car comme Sher et al (JBS Am -1995;77:10)l'a montré dans son étude IRM sur 96 volontaires asymptomatiques :14% de ruptures complètes, ont une coiffe fonctionnelle et vont très bien.

Enfin pour éviter la complication des ruptures itératives post chirurgicales qui demeurent fréquentes .

Quand décide t-on d'opérer une coiffe?

Le traitement des tendinopathies rompues de 1^{ère} intention est normalement le traitement conservateur, celui-ci donne 75% de bons résultats, surtout sur la douleur.

Le traitement chirurgical est réalisé en 2^{ème} intention après 3 mois de rééducation et un arthroscanner ou IRM.

Je ne reprendrai pas l'arbre décisionnel classique qui finalement est sous la responsabilité de chaque chirurgien pour des patients hétérogènes et aux objectifs souvent différents.

Taille de la lésion, rétraction, dégénérescence graisseuse influencent la décision chirurgicale.



Suivi des lésions de la coiffe de rotateurs : CHIRURGIE OU RÉÉDUCATION?



Mais comment un chirurgien **peut juger du résultat du traitement conservateur et de la rééducation** pour avancer dans son indication chirurgicale ? Est-ce que ce seul le délai classique de trois mois suffit à appréhender le résultat de la rééducation ? Je ne crois pas ! Pour nous le chirurgien doit analyser le traitement de rééducation réalisé avant toute décision chirurgicale.

Finalement qu'attendre de la rééducation ?

Nous savons que le repos n'est pas recommandé et que le traitement de la douleur par les agents physiques n'ont jamais apporté la preuve de leurs efficacité (HAS).

Donc les kinés qui ne «touchent» pas leurs patients sous prétexte de lésion et qui ne font que des soins de physiothérapie sont dangereux pour la décision chirurgicale .



Le renforcement musculaire est recommandé mais on se heurte à l'aggravation lésionnelle de la coiffe. De plus, la rééducation des abaisseurs, comme l'a montré régulièrement Thierry Marc, n'a plus de justification sur un plan biomécanique, on peut démontrer désormais son rôle néfaste dans le décentrage.

Pour nous, la rééducation par recentrage a le mérite par ses techniques passives de parfaire les amplitudes, d'avoir une action sur la douleur et la force, et de ne pas aggraver la lésion.

Bien connaître le traitement réalisé pour juger du résultat de la rééducation !

Nous vous livrons notre expérience libérale dans notre unité exclusive sur la rééducation de l'épaule.

- Plus de 500 scores de constant ont été réalisés avec un taux de révision de 37%.

- 12% ont subi une évaluation pré-opératoire.



Nous avons deux types de recrutement :

- Par les chirurgiens où le bilan initial est déjà réalisé mais l'indication est orientée :
 - * soit le patient veut à tout prix essayer le traitement physique
 - * soit l'indication chirurgicale s'avère d'emblée mauvaise ou limite.

En fait, les chirurgiens ont tendance naturellement à réparer les lésions lorsqu'elles correspondent aux critères de réussite. Dans notre expérience, sur une revue d'un an et sans prétention statistique, près de 90 % des patients confiés par les chirurgiens ne seront pas opérés.



Unité de Rééducation Spécialisée de l'épaule

Monte-Carlo Joint Repair

"Non Surgical Intervention"

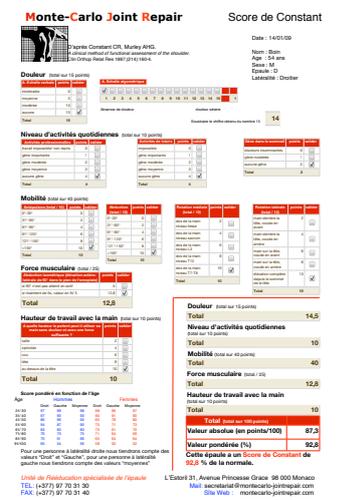
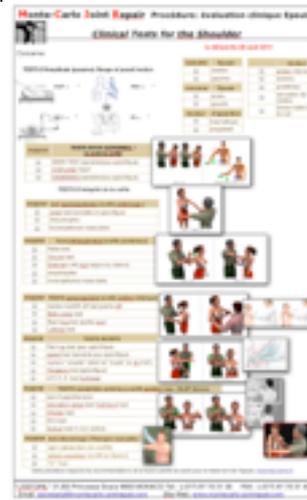
Suivi des lésions de la coiffe de rotateurs : CHIRURGIE OU RÉÉDUCATION?

- Il n'en est pas de même pour les patients non adressés par un chirurgien : le bilan est alors souvent incomplet et l'on doit être vigilant pour interpellier l'équipe si une rupture d'indication chirurgicale se présente. 12% de notre population annuelle sera opérée.



Notre bilan initial est classique mais rigoureux :

- examen clinique programmé auquel se rajoutent les tests de décentrage
- le bilan échographique, prolongation de l'examen clinique
- Enfin, tests dynamométriques et score de constant.



Dans notre expérience, les signes d'alerte qui nécessitent un avis chirurgical immédiat sont:

- Signes du tendon du long biceps : douleurs / luxation
- Double épanchement à l'échographie
- Lésion du sub-scapularis
- Rupture traumatique
- Lésion débordant le supra-épineux.

Ensuite, nous réalisons 8 séances de rééducation à type de recentrage manuel soit 3 à 4 semaines de traitement. La réponse doit être, comme nous l'avons publié l'année dernière à Monaco à la SFRE, rapide sur l'amplitude, la douleur et la force. (Score de Constant) .



Attempt of Validation for manual therapy technique concerning the "Passiv Shoulder Recentring" in the conflictual shoulder.



Unité de Rééducation Spécialisée de l'épaule

Monte-Carlo Joint Repair

"Non Surgical Intervention"

Suivi des lésions de la coiffe de rotateurs : CHIRURGIE OU RÉÉDUCATION?

Thèse 2010 «European bachelor thesis» Accambray Jennifer, Luc D'Asnières de Veigy



Je vous rappelle brièvement les résultats de notre étude qui s'inscrivent dans un cadre statistiquement significatif.

Le recentrage améliore le score de Constant de **9** points ainsi que la force testée au dynamomètre informatisé :

- Élévation antérieure active +17% (force en N/m)
- Rotation latérale active +25% (force en N/m)

PATIENT	CONCERNE	RETROPULSION			ANTEPULSION			INTERNAL ROTATION 45°			EXTERNAL ROTATION 45°		
		SI	SB	%	SI	SB	%	SI	SB	%	SI	SB	%
P1	DROITE	53	90	7%	36	57	58%	29	44	52%	17	26	53%
P2	GALCHE	91	105	15%	83	72	14%	43	45	5%	34	37	9%
P3	GALCHE	105	102	-3%	50	59	18%	43	49	14%	32	40	25%
P4	GALCHE	56	61	9%	54	43	-20%	20	20	0%	15	21	40%
P5	DROITE	42	48	14%	56	68	21%	23	20	-13%	14	20	41%
P6	GALCHE	34	35	3%	22	27	23%	24	22	-8%	12	13	8%
P7	GALCHE	72	80	11%	30	32	7%	28	30	15%	18	19	6%
P8	GALCHE	46	35	-24%	28	25	-11%	14	18	29%	14	7	-50%
P9	DROITE	24	30	25%	20	23	15%	14	17	23%	15	13	-13%
P10	GALCHE	56	68	21%	49	53	8%	45	49	9%	24	26	8%
P12	DROITE	26	28	8%	15	19	27%	13	14	8%	12	13	8%
P13	GALCHE	25	27	8%	13	14	8%	13	12	-8%	4	5	25%
P14	DROITE	34	40	18%	38	54	42%	40	42	5%	12	14	17%
P15	DROITE	63	64	2%	62	65	5%	14	16	14%	18	19	19%
		MOY RET SI	MOY RET SB	MOY GAIN	MOY ANT SI	MOY ANT SB	MOY GAIN	MOY IR SI	MOY IR SB	MOY GAIN	MOY ER SI	MOY ER SB	MOY GAIN
		53,8	58,1	8%	38,5	43,6	13%	25,8	28,4	10%	17,1	19,5	14%
		MEDIANE SI	MEDIANE SB	MEDIANE GAIN	MEDIANE	MEDIANE	MEDIANE GAIN	MEDIANE	MEDIANE	MEDIANE GAIN	MEDIANE	MEDIANE	MEDIANE GAIN
		49,5	54,5	9%	37	48	15%	23,5	21	8%	15	19	9%

- Rotation médiale active +10% (force en N/m)
 - Rééquilibrage des ratios
- ce qui nous semble intéressant pour une méthode passive.

Si bonne réponse en moyenne nous réalisons **22** séances. Nous revoisons les patients à 3 mois, 6 mois et un an toujours avec un score de Constant.
Si récurrence avis chirurgical qui pour nous est argumenté .

Unité de Rééducation Spécialisée
Monte-Carlo Joint Repair
"Non Surgical Intervention"

Luc D'Asnières de Veigy

Thérapie manuelle de l'épaule et de la main
Manual and Shoulder Therapy
Ergonomie du sport, Diagnostics Articulaires.

A l'attention de : Prénom Nom
Monsieur, le

Concerna : le suivi de votre rééducation de l'épaule gauche droite en date du

Cher Prénom,

Il y a 3 , 6 mois, vous avez terminé votre rééducation. Dans le cadre du suivi de votre épaule, je vous remercie de bien vouloir répondre à ces 5 questions :

- 1/ L'amélioration de votre épaule est-elle toujours présente ?
- 2/ Avez-vous des douleurs nocturnes ?
- 3/ Avez-vous des douleurs d'effort ?
- 4/ De 0 à 10, notez votre douleur :
- 5/ L'amplitude de votre épaule est-elle toujours satisfaisante ?

Les réponses peuvent s'effectuer par mail, téléphone ou sms. Je vous remercie d'avance de ces retours.

Luc D'Asnières de Veigy



Unité de Rééducation Spécialisée de l'épaule
Monte-Carlo Joint Repair
"Non Surgical Intervention"

Suivi des lésions de la coiffe de rotateurs : CHIRURGIE OU RÉÉDUCATION?

Si après 8 séances, pas de gain d'amplitude ou du score de Constant :

Il faut demander dans notre expérience, un avis chirurgical pour savoir si l'on persiste ou pas.

Quelles sont les raisons des échecs:

- soit une amplitude initiale parfaite sans réel décentrage
- soit une lésion mal évaluée
- ou bien la présence d'une bursite qui limite le résultat

On peut être amené à demander si une infiltration dans le cadre de cette bursite ne pourrait pas «relancer» la rééducation ?



C'est là une question difficile car les chirurgiens, à juste titre, sont réticents pour ce traitement qui altère la trophicité tendineuse, la lésion, et le résultat opératoire. Ponctuellement une infiltration peut être très bénéfique pour le patient mais c'est la répétition des injections qui est néfaste sur le tendon.

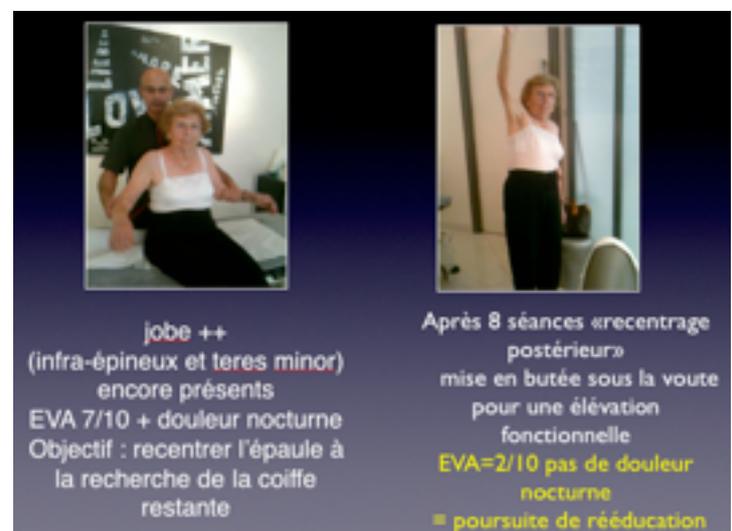
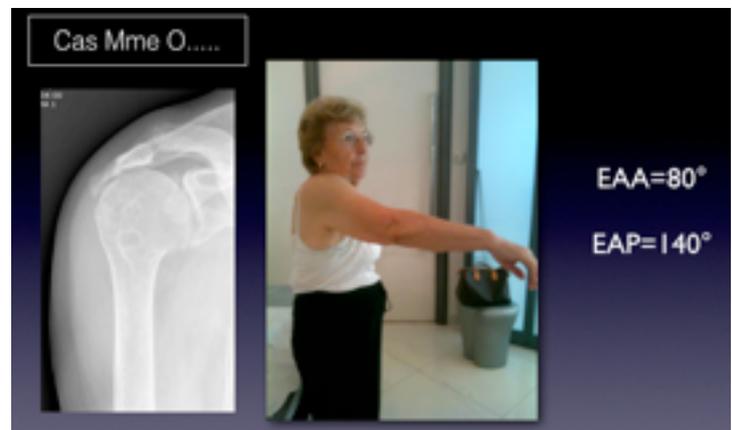
Il y a là une grande collaboration à obtenir car dans notre expérience le traitement de la bursite redonne une véritable chance à la rééducation.

Voilà un exemple certes caricatural mais qui illustre bien les possibilités de ces techniques. Patiente 76 ans EAA 80° EAP 140° omarthrose décentrée, pas trop raide.

Le testing est sans appel Jobe +, cependant en testant délicatement en RE2, il persiste une coiffe postérieure ...

La patiente élève son épaule en «antériorisant» son mouvement le rendant impossible.

Nous décidons de recentrer postérieurement son épaule à la recherche d'une butée postérieure sur sa voute avec succès ...



Unité de Rééducation Spécialisée de l'épaule

Monte-Carlo Joint Repair

"Non Surgical Intervention"

Suivi des lésions de la coiffe de rotateurs : CHIRURGIE OU RÉÉDUCATION?

CONCLUSION

Dans notre expérience, **8** séances suffisent à apprécier la réponse de la rééducation.

Si échec, la rééducation est une bonne préparation pour la chirurgie.
Comme nous le verrons dans l'étude Niçoise, la raideur pré-opératoire conditionne la raideur à 6 mois. De toute manière la prise en charge rééducative n'est jamais une perte de temps à condition qu'elle ne s'étale pas dans le temps.

Le travail d'équipe est plus que jamais indispensable : les chirurgiens progressent mais la rééducation avec les techniques de recentrage aussi.



Unité de Rééducation Spécialisée de l'épaule

Monte-Carlo Joint Repair

"Non Surgical Intervention"