

Repères :

- Douleur (EVA < 3-4/10) n'est pas une cause d'arrêt de la rééducation active.
- Si besoin, posez vos questions au chirurgien !
- Pré-opératoire : bilan kiné épaule/cervicales/thorax + entretien amplitude et capacité musculaire.
- De **0 à 6 semaines post-opératoires**, phase d'immobilisation relative : mobilisation passive et douce, respectueuse de la douleur. Les exercices d'auto-rééducation sont indispensables. Il est important que le kinésithérapeute vérifie leur bonne exécution et les adapte au patient.
- Ensuite : remise en charge progressive.

Chronologie	J0-2 à 6 semaines (chirurgiens dépendants) Phase d'immobilisation	6 semaines jusqu'à la récupération des amplitudes fonctionnelles passives et activation neuro-musculaire adaptée.	Récupération des amplitudes fonctionnelles actives et remise en charge progressive à partir de 3 mois post-opératoire.
Objectifs : favoriser le remodelage tendineux et la récupération musculaire via une remise en charge adaptée	<ul style="list-style-type: none"> • Favoriser l'activation neuro-musculaire en évitant la mise en tension directe de la coiffe des rotateurs. • Gestion de la phase inflammatoire et soutien du processus de réparation cellulaire. (1)(2) • Education Thérapeutique du Patient (ETP) (7) 	<ul style="list-style-type: none"> • Récupérer les amplitudes passives, puis active-aidées et enfin actives (2) • Activation neuro-musculaire adaptée en fonction de l'avancement du patient dans la rééducation. (5) • Favoriser la maturation tendineuse. (3)(4) 	<ul style="list-style-type: none"> • Finaliser la récupération des amplitudes actives. • Obtenir un niveau de force fonctionnel et, à terme, après 3 mois, renforcement musculaire adapté à l'activité, aux besoins et aux objectifs du patient. (2)
Principes de prise en charge	<ul style="list-style-type: none"> • Tolérance d'une douleur modérée décrite par le patient. • Aucune mise en tension directe de la coiffe des rotateurs. • Respect du délai de cicatrisation : suture de la coiffe : 6 semaines (dépendant de l'état initial de la coiffe, cf fiche descriptive post-opératoire du chirurgien). (6)(1) • Bilan cervical préalable. (5) • Prendre en compte l'hygiène de vie et les facteurs psycho-sociaux. (8)(9)(10) 	<ul style="list-style-type: none"> • Récupération des amplitudes fonctionnelles. • Activation musculaire adaptée en chaîne cinétique fermée, en isométrie et dans le plan frontal. • Rotation externe passive et active-aidée, en fonction du/des tendon(s) opéré(s) (principalement dans le cas du subscapulaire). • Tolérance d'une douleur modérée décrite par le patient. • Amorces du travail proprioceptif. • Remise en charge progressive par variation des modalités de l'exercice (répétitions, angulations...) (11)(12) • Tenir compte des délais de cicatrisation tendineuse : 3 mois pour une consolidation os/tendon avérée. 	<ul style="list-style-type: none"> • Intégrer la résistance progressive et adaptée. • Intégrer la chaîne cinétique ouverte. • Finaliser la récupération des capacités proprioceptives. (13) • Finaliser la récupération des rotations interne et externe actives. • Travailler l'épaule dans un contexte fonctionnel adapté au patient et dans des schémas moteurs globaux (MI et tronc). (14)(15)(16) • Varier les modalités des exercices selon les objectifs du patient : vitesse, répétitions, charge, angulation...
Exemples exercices	<p><u>Sans attelle :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Mobilisation passive de l'épaule. • Mobilisation passive coude et poignet. (17)(18)(19) • Mobilisation active-aidée scapulaire. • Thérapie miroir <p><u>Avec attelle :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Activation de la coiffe à distance (port de l'attelle) : serrer une balle avec la main du bras opéré. (20)(21) • Travail des MI : recrutement à distance des MS : squat avec attelle. • Travail des chaînes musculaires croisées. (12) 	<ul style="list-style-type: none"> • Slide sur table en chaîne fermée en-dessous de 90°. (22) • élévation aidée. • Isométrie en rotation externe et interne, en abduction, en flexion et extension. • Mise en charge progressive de l'épaule avec le bras tendu en chaîne fermée. • Faire glisser un ballon sur la table, éventuellement sur un mur. • Squat devant un mur avec élévation des MS en glissement sur le mur. • Gobelet squat avec charge adaptée. • Mobilité scapulaire active • Techniques de modification de symptômes pendant le mouvement scapulaire et gléno-huméral. (23)(24)(25) 	<ul style="list-style-type: none"> • Slide sur table/mur avec résistance élastique, en chaîne ouverte. • Full can, Empty can : en isométrie ou en résistance. • Rotation externe en DV avec charge progressive, en DL voire en gainage latéral en fonction du patient. • Rotation interne : Belly press, Gerber test, le sleeper... • Remise en charge à 4 pattes avec résistance élastique, charge adaptée. • Travail de vitesse : «shoulder taps», rattrapper une balle bras tendu/en rotation externe. • Pliométrie : rebonds en position de pompes à angles variés, sur les genoux... (11)(12)
Red flags	<ul style="list-style-type: none"> • Trauma sur l'épaule opérée / Complications neurologiques / Infection 	<ul style="list-style-type: none"> • Trauma sur l'épaule opérée. 	<ul style="list-style-type: none"> • Trauma sur l'épaule opérée / Re-rupture de la coiffe
Communication au chirurgien aux rendez-vous de suivi	<ul style="list-style-type: none"> • Suivi de la raideur. • Suivi de la motivation et du contexte bio-psycho-social du patient (drapeaux jaunes). • Suivi de l'autorééducation. 	<ul style="list-style-type: none"> • Amplitudes, raideur, récupération musculaire. • Constant (26), douleur (EVA...), sommeil, progression fonctionnelle, contexte bio-psycho-social (drapeaux jaunes). 	<ul style="list-style-type: none"> • Amplitudes, raideur, récupération musculaire. • Constant (26), douleur (EVA...), sommeil, progression fonctionnelle, contexte bio-psycho-social (drapeaux jaunes). • Reprise travail/activité physique/loisirs.

Nombres **en vert** : références bibliographiques disponibles sur notre site internet www.sophya.fr