



Rééducation de l'épaule

Shoulder Rehabilitation

LÄDERMANN ALEXANDRE (MD, Privat-Docent)¹

1. Service de chirurgie et traumatologie de l'appareil moteur, hôpital de La Tour, 1217 Meyrin, Suisse

L'auteur déclare n'avoir aucun conflit d'intérêt

Keywords

Shoulder, rehabilitation, physiotherapy, osteopathy, chiropractic, osteoarthritis, glenohumeral instability, rotator cuff lesion.

Introduction: In recent years, progress has been made in understanding the various pathologies that affect the shoulder.

Development: this article aims to summarize the recent progress made in shoulder rehabilitation.

Discussion: the rehabilitation of the shoulder takes place in three distinct phases. The first is to regain the range of motion passively, and then actively. Strengthening is sometimes recommended, although it is preferable to ask the patient to resume «downward» activities such as Nordic walking, rowing, breaststroke, oar, elliptical machine, or cross-country skiing. This rehabilitation does not place stress on the structures of the lower part of the glenoid, and it protects the subacromial space. In the case of repair of massive rotator cuff lesions, premature mobilizations can generate significant stress that may lead to reruptures. Immobilization is therefore encouraged. Rehabilitation in a context of instability must focus more on the «reafferentation» of the shoulder with a neuromuscular and proprioceptive work as well as biofeedback therapy.

Conclusion: the rehabilitation of the shoulder is «à la carte». It is the result of a close collaboration between all the actors of the health practitioners. Such rehabilitation depends on the type of pathology faced, the type of surgery performed and the characteristics of the patient. New platforms make it possible to link all the actors in a facilitate global support.

Mots clés

Epaule, rééducation, physiothérapie, ostéopathie, chiropractie, arthrose, instabilité gléno-humérale, coiffe des rotateurs.

Introduction: ces dernières années, des progrès ont été réalisés dans la compréhension des différentes pathologies touchant l'épaule.

Développement: le but de cet article est de synthétiser les progrès récents réalisés dans sa rééducation.

Discussion: la rééducation de l'épaule se déroule en trois phases distinctes. La première est de regagner les amplitudes articulaires en passif, puis en actif. Le renforcement est parfois recommandé bien que nous préférerions demander au patient de reprendre des activités propices « vers le bas » telles que la marche avec bâton, l'aviron, la brasse, le rameur, l'elliptique, le ski de randonnée ou de fond. Cette rééducation n'engendre en effet pas de stress sur les structures de la partie inférieure de la glène et protègent l'espace sous-acromial. En cas de réparation de lésions massives de la coiffe des rotateurs, des mobilisations intempestives peuvent engendrer des stress importants pouvant conduire à des ruptures itératives. Une immobilisation est donc encouragée. La rééducation dans un contexte d'instabilité doit donc se concentrer davantage sur la «réafferentation» de l'épaule avec un travail neuromusculaire et proprioceptif, en proposant des exercices intégrant une approche cognitivo-comportementale.

Conclusion: la rééducation de l'épaule se fait « à la carte ». Elle est le fruit d'une étroite collaboration entre tous les acteurs de la santé. Elle dépend du type de pathologie à laquelle on fait face, du type de chirurgie pratiquée et des caractéristiques propres du patient. De nouvelles plateformes permettent de mettre en lien tous les acteurs et facilitent la prise en charge globale.

