

16 < 20 JANVIER 2016  
HÔTEL DU GOLF - ARC 1800



***La rééducation et/ou  
l'immobilisation est nécessaire  
après chirurgie de la coiffe !***



Dr Bargoin Kevin  
IEC Institut EpauLe du Confluent



- Conflits

- Smith & Nephew consultant
- FX solution consultant
- FH GECO

- Pas de conflit en lien avec la présentation

Dr Bargoin Kevin  
IEC Institut Epaule du Confluent

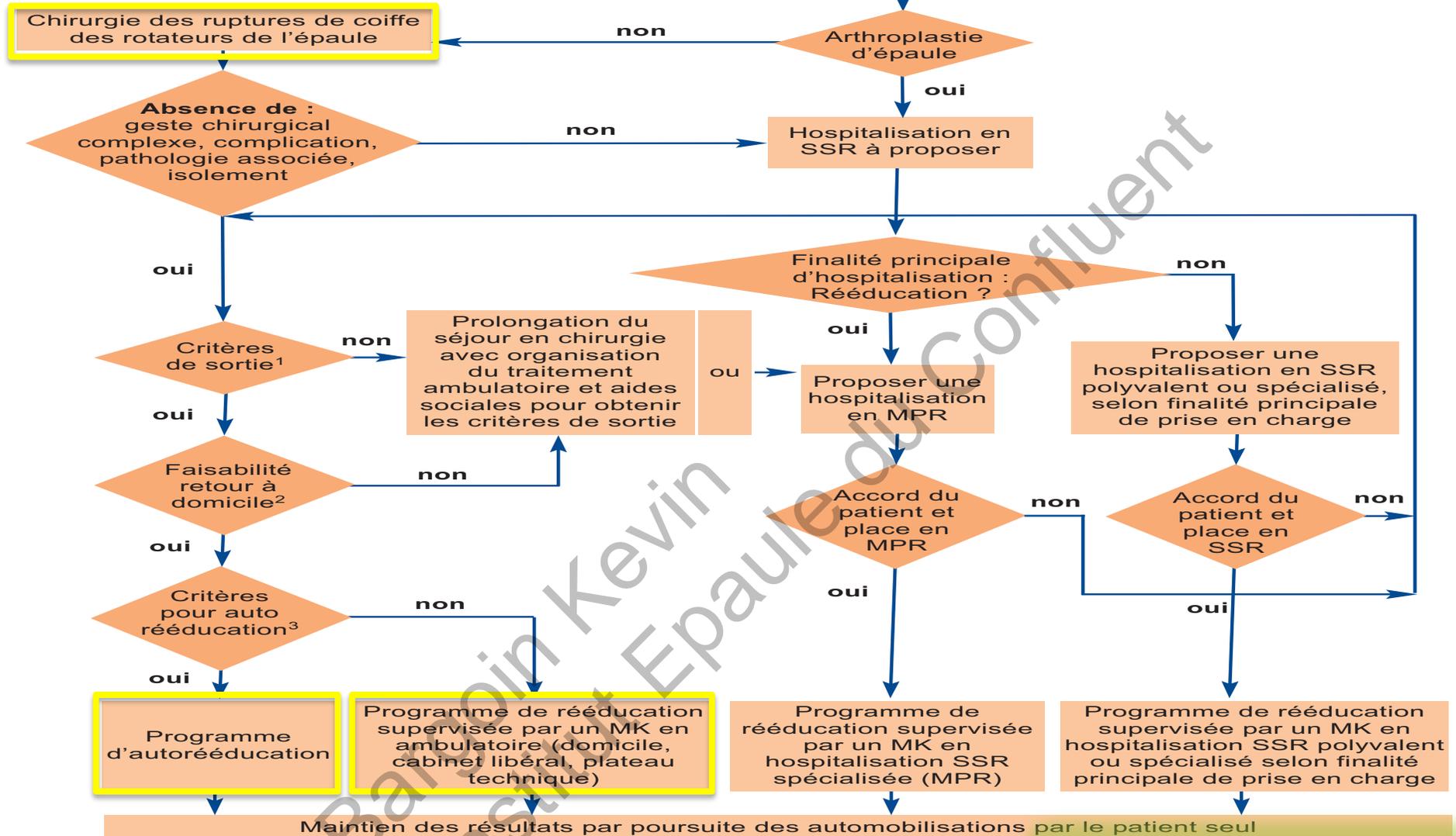
## Critères de suivi en rééducation et d'orientation en ambulatoire ou en SSR après chirurgie des ruptures de coiffe ou arthroplastie d'épaule

Janvier 2008

### Messages clés

- Après arthroplastie ou chirurgie de rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule, la rééducation est recommandée pour tous les patients, quelle que soit la technique chirurgicale proposée (grade C).
- Après arthroplastie d'épaule, il est recommandé de proposer au patient une hospitalisation en service de médecine physique et de réadaptation (MPR).
- La chirurgie des ruptures de coiffe de l'épaule ne nécessite pas, pour un patient justifiant de soins de masso-kinésithérapie, de recourir de manière générale à une hospitalisation en vue de la réalisation des soins de suite et de réadaptation.
- La rééducation après chirurgie des ruptures de coiffe peut être réalisée sous forme de programme d'autorééducation (grade C), uniquement sous certaines conditions (cf. critères d'orientation).

**Orientation du patient après chirurgie de l'épaule :  
Rupture de coiffe des rotateurs ou arthroplasties**



- 1 Critères de sortie :**
- pas de fièvre
  - douleur contrôlée sous antalgiques de niveau 1 ou 2
  - compréhension et prise en compte des risques avant cicatrisation
  - indépendance fonctionnelle pour les actes de la vie quotidienne (toilette, habillage, repas, déplacement)

- 2 Faisabilité retour à domicile :**
- aide sociale assurée si indépendance aux actes de la vie quotidienne non acquise en sécurité
  - déplacement au cabinet du MK organisé ou disponibilité des professionnels pour séance au domicile

- 3 Critères pour autorééducation :**
- chirurgie de la coiffe des rotateurs
  - accord du patient, compréhension et maîtrise du programme
  - douleur contrôlée sous antalgique de niveau 1 ou 2
  - suivi médical et chirurgical défini et connu du patient

## Cassons les mythes

- La chirurgie
- L'avènement de l'arthroscopie
- L'ambulatoire
- ET POURQUOI PAS?

~~— Non, la rééducation~~  
~~— Non, l'arthroscopie~~

## COMMENT ...?

Vous avez déjà réalisé ces exercices chez votre thérapeute. Vous devez suivre rigoureusement les indications qu'il vous a données. Un exercice mal réalisé peut avoir l'effet inverse. Ne modifiez pas le nombre de répétition et les modalités des exercices sans l'accord de votre thérapeute.

## COMBIEN DE TEMPS ...?

L'auto-rééducation doit être poursuivie plusieurs mois pour stabiliser le résultat. Ces exercices peuvent être réalisés toute la vie. Ils limitent le vieillissement de l'épaule.

## LES GESTES À ÉVITER !

S'étirer les mains derrière le dos, attraper des objets derrière vous (banquette arrière de la voiture), faire des moulinés avec les bras, travailler avec des althères... Avant de reprendre ou d'entreprendre une activité, demandez conseil.

Imprimé en France - mai 2009 - **Metys** 04 67 59 26 75

**SFRE**  
166 avenue de Lodève - 34070 Montpellier  
[www.sfre.org](http://www.sfre.org)

## QUE M'EST IL ARRIVÉ ?



SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE RÉÉDUCATION DE L'ÉPA



Optimisez votre programme

## L'AUTO-RÉÉDUCATION LES EXERCICES INCONTOURNABLES

### POURQUOI RÉALISER UNE AUTO-RÉÉDUCATION ?

L'auto-rééducation permet de pérenniser les acquis obtenus lors de votre rééducation. Elle est essentielle pour avoir un résultat optimum et stable dans le temps. Cette auto-rééducation ne doit être réalisée qu'après la rééducation quand votre thérapeute vous la préconise. En cas de douleur, stoppez les exercices et parlez en à votre prescripteur.

16 < 20 JANVIER 2016  
HÔTEL DU GOLF - ARC 1800

40<sup>ÈME</sup>  
GECO

# Doit on virer nos Kinésithérapeutes ?

16,32 € \* 25 = 408 € + VSL =



 **CLINIQUE AUJOURD'HUI**  
COULISSES & INNOVATIONS SANTÉ

#1

La prise en charge de l'épaule

# Kinésithérapie les buts

16 < 20 JANVIER 2016  
HÔTEL DU GOLF - ARC 1800



## Pré-opératoire

- diminuer les douleurs
- récupérer des amplitudes articulaires fonctionnelles,
- renforcer les muscles deltoïdes et coiffe des rotateurs
- améliorer la reprogrammation neuro-musculaire
- éduquer le patient aux exercices à réaliser en post opératoire
- informer le patient sur le déroulement de la phase postopératoire (possibilités fonctionnelles, actions thérapeutiques, etc.).

## Pendant l'hospit/ambu

- diminuer les douleurs
- prévenir les troubles trophiques et circulatoires
- restaurer la mobilité passive
- sécuriser l'indépendance fonctionnelle du patient.
- Vérifier que la compréhension des exercices et que le protocole post-opératoire ont été assimilés par le patient.
- Apprentissage à la mise en place de l'attelle et à la retirer de façon autonome.
- Recommandations sur ce qu'il faut faire, ce qui est à éviter et ce qui est interdit

## Post-opératoire

- lutte contre la douleur et contractures musculaires
- restaurer les amplitudes articulaires par rapport au côté controlatéral
- éviter phénomènes inflammatoires, capsulite, algodystrophie
- lutte contre les dyskinésies scapulo-humérales et mauvaises postures
- renforcement musculaire progressif
- limiter les risques de conflit ou ruptures en controlatéral
- obtenir une parfaite stabilité fonctionnelle.

## A randomised clinical trial evaluating the efficacy of physiotherapy after rotator cuff repair

HÔTEL DU GOLF - ARC 1800

Kimberley Hayes, Karen A Ginn, Judie R Walton, Zoltan L Szomor, George AC Murrell Australian Journal of Physiotherapy, Volume 50, Issue 2, 2004, Pages 77-83, ISSN

58 patients opérés d'une coiffe des rotateurs

Étude randomisée

rééducation traditionnelle kiné adaptée vs auto rééducation

compare mobilités, force et la fonction (retour au travail, reprise du sport ) pré op, 6, 12 et 24 semaines

évaluation par équipe indépendante en simple aveugle

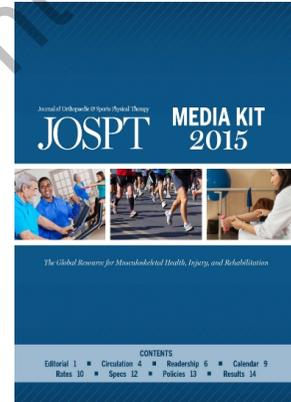
Pas de différence





## A randomized controlled trial comparing 2 instructional approaches to home exercise instruction following arthroscopic full-thickness rotator cuff repair surgery

Roddey TS, Olson SL, Gartsman GM, Hanten WP and Cook KF (2002): Journal of Orthopaedic and Sports Physical Therapy 32: 548–559.



108 patients opérés d'une coiffe des rotateurs

Étude randomisée

kiné vs instructions vidéo pour auto rééducation.

compare douleur et la fonction DASH 6, 12, 24 et 52 semaines  
Auto-questionnaire sur la bonne observance de  
l'autorééducation

Pas de différence sur la fonction, douleur mais une meilleure observance avec kiné

16 < 20 JANVIER 2016  
HÔTEL DU GOLF - ARC 1800

40<sup>EME</sup>  
GECO

# Immobilisation?



Dr Bargoin  
IEC Institut  
du Confluent



## Résultats cliniques et anatomiques d'une étude randomisée comparant deux modes de prise en charge post-opératoire des réparations arthroscopiques du supra-épineux : mobilisation passive immédiate versus immobilisation

J. Arndt (Strasbourg), P. Clavert (Strasbourg), P. Mielcarek (Strasbourg), JF. Kempf (Strasbourg)  
Revue de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique 97(8):S484-S485 · December 2011 DOI:  
10.1016/j.rcot.2011.09.036

100 patients opérés d'une rupture du sus épineux

Étude randomisée

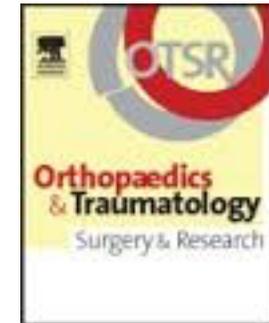
mobilisation passive immédiate vs immobilisation stricte durant 6 semaines.

Compare Constant et taux cicatrisation par arthro TDM à 1 an  
Complication algodystrophie, capsulite

RE1 passive moyenne à 58,7° contre 49,1° (p = 0,011) **Constant meilleur après mobilisation passive** (77,6 points contre 69,7) (p = 0,045).

Le taux de **raideurs précoces, capsulites** rétractiles et algodystrophies était plus important **après immobilisation stricte**.

Le taux de **coiffes étanches** était de 55,8 % après mobilisation passive contre 61,5 % **après immobilisation** (p = 0,382).



Dr. Benjamin Kevin  
IEC - Institut de l'Épaulle du Confluent

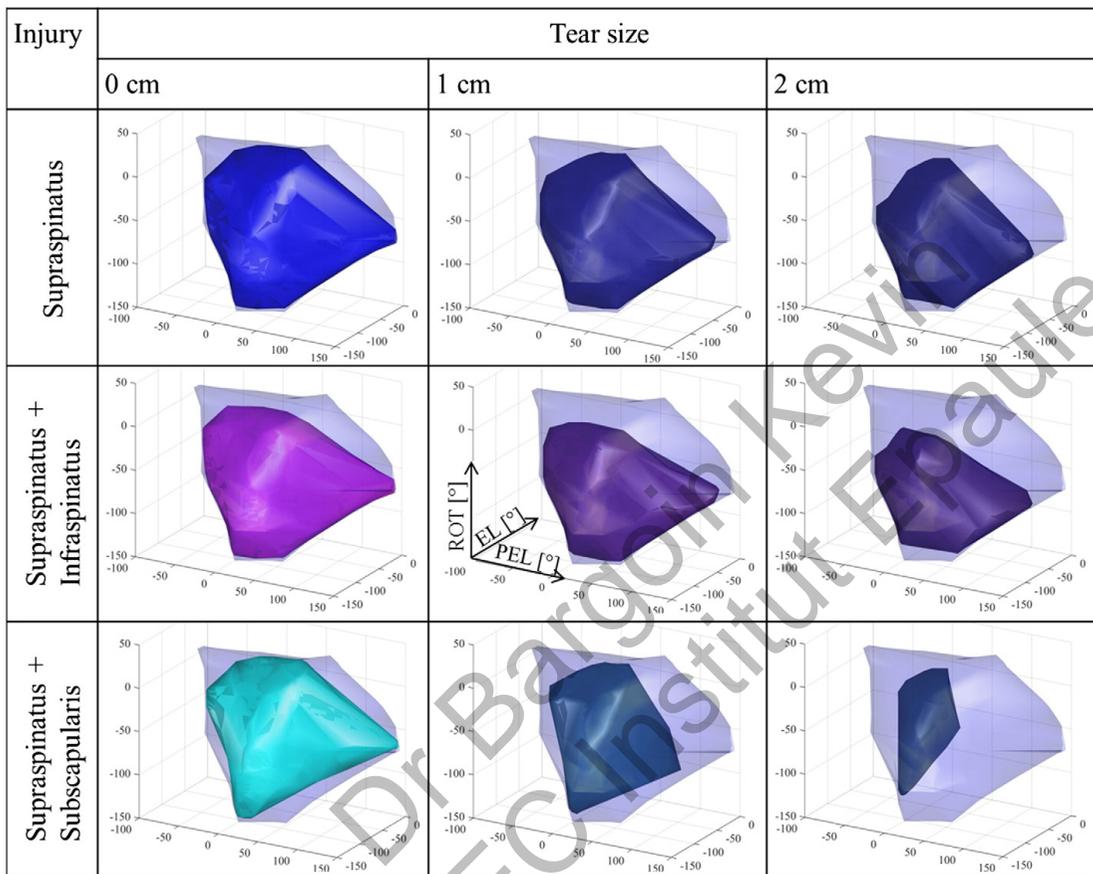
# Mechanical risk of rotator cuff repair failure during passive movements: A simulation-based study

Diane Haering a,\*, Yoann Blache a,b, Maxime Raison c, Mickael Begon

Clin Biomech (Bristol, Avon). 2015 Dec;30(10):1181-8. doi: 10.1016/j.clinbiomech.2015.08.006. Epub 2015 Aug 18



Étude du risque en fonction du type de mouvement et du type de réparation



Récupération des amplitudes en Abd et Flex peuvent causer un stress important avec re-rupture

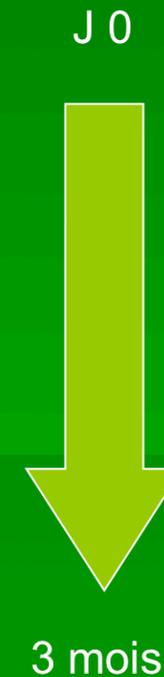
Une rééducation précoce serait délétère

Fig. 4. Three-dimensional safe glenohumeral spaces of movement for supraspinatus, supra + infrapinatus and supraspinatus + subscapularis tears with 0 mm, 10 mm or 20 mm tears relative to the average healthy space of movement represented in transparent. Spaces of movement are represented in a plane of elevation (PEL), elevation (EL), and axial rotation (ROT) referential graduated in degree [°].

## Deux impératifs contradictoires:

- Cicatrisation tendineuse très lente 8 à 10 semaines

- Fibrilles 0.6mm
- Fibro cartilage 0.4mm
- Fibro cartilage minéralisé
- Os



## Deux impératifs contradictoires:

- Cicatrisation tendineuse très lente 8 à 10 semaines

MAIS

- Immobilisation > 9 semaines diminue les qualités de résistance mécanique de 80 %

Mobilisation précoce mais douce et prudente!

# Compromis sans Compromission

- Entente intelligente avec le Kinésithérapeute
  - Toutes les coiffes/patients sont différent(e)s
  - Rééducation à la carte vs protocoles
  - Prise en charge spécifique : Capsulite
  - Scores pré op post op / tests spécifique
  - Gagner du temps vs suivre nos patients

**INSTITUT DE L'EPAULE du Confluent  
CONSULTATION PRE OPERATOIRE**

Nom & prénom du patient : **CHRISTIAN**  
Nom du chirurgien : **Dr Bargoin**  
Nom du kinésithérapeute : **Guais**

Date : 23/05/2016  
Date intervention : 26 MAI 2016  
Epaule droite membre dominant.

Le patient a-t-il fait de la rééducation depuis trois mois ? : Non  
Le patient prend-il des médicaments antalgiques quotidiennement ? : Oui  
**1 - EXAMEN GLENO HUMERAL : TESTS DE DECENTRAGE**

Décentrage Oui  
RE1 : 80

**2 - TESTS DE CONFLIT**

C TEST Oui

**3 - EXAMEN ACROMIO-CLAVICULAIRE : O'BRIEN**

Test de contact Positif

**4 - RECHERCHE DE DYSKINESIE scapulaire**

Scapular assistance test : Positif  
Retraction scapular test : Négatif

**5 - TEST EXTENSIBILITE PLAN CAPSULO LIGAMENTAIRE POSTERIEUR**

Test de mise en tension Positif

**6- EXAMEN POSTURAL**

Position spontanée de l'épaule :  
BASCULE ANTERIEURE

Distance table acromion coté opéré : 6  
Distance table acromion coté opposé : 5

**7 - RECHERCHE DE CONTRACTURES**

elevateur scapula, petit pectoral, scalenes

**1- Première partie : Evaluation de la douleur**

1-1 Au pire moment de la semaine	0
1.2 Lorsque vous étiez couché(e) sur le côté douloureux	7
1.3 En essayant d'attraper un objet sur une étagère haute	6
1.4 En touchant l'arrière de votre cou	8
1.5 En poussant avec le bras du côté douloureux	8

**2- Evaluation de l'incapacité fonctionnelle**

2.1 Pour vous laver les cheveux	3
2.2 Pour vous laver le dos	6
2.3 Pour enfiler un sous-vêtement ou une chemise polo à passer au dessus de la tête	7
2.4 Pour enfiler une chemise qui se boutonne sur le devant	5
2.5 Pour enfiler une paire de pantalon	5
2.6 Pour placer un objet sur une étagère haute	7
2.7 Pour transporter un objet pesant 5 kilos ou plus	3
2.8 Pour retirer un portefeuille de votre poche-revolver	3

**BILAN KINE - Synthèse et objectifs**

douleur surtout nocturne et en élévation

**INSTITUT DE L'EPAULE DU CONFLUENT - IEC  
CONSULTATION à 6 mois post op**

Nom & prénom du patient : **Monsieur CHRISTIAN** né le 23/08/1961 (IPP : 0200911097)  
Nom du chirurgien : **Dr Bargoin**  
Nom du kinésithérapeute : **Guais**

Date : 19/12/2016  
Date intervention : 26 mai 2016  
Epaule droite membre dominant.

Bénéficiez-vous de séances de kinésithérapie ? : Oui  
Le patient prend-il des médicaments antalgiques quotidiennement ? : Non  
**1 - EXAMEN GLENO HUMERAL : TESTS DE DECENTRAGE**

Décentrage antéro-supérieur : Oui  
C TEST : Négatif

**2 - RECHERCHE DE DYSKINESIE scapulaire**

Scapular assistance test : Négatif  
Retraction scapular test : Négatif

**3 - TEST EXTENSIBILITE PLAN CAPSULO LIGAMENTAIRE POSTERIEUR**

Test de mise en tension Négatif

**4 - INDICE DE SATISFACTION A 6 MOIS POST OP**

Satisfait

**5- EXAMEN POSTURAL**

Position spontanée de l'épaule :  
épaule identique au côté opposé

Distance mur acromion coté opéré : 10.0  
Distance mur acromion coté opposé : 11.0

**6 - RECHERCHE DE CONTRACTURES**

1 Petit Pectoral	Non
2 Trapèze supérieur	Oui
3 Elevateur scapulaire	Oui
4 Muscles omo-huméraux	Oui
5 Sous-Scapulaire	Non
6 Biceps	Non

**7.2 - SST : SIMPLE SHOULDER TEST**

1 - Est-ce que votre épaule est confortable avec le bras le long du corps ?	Oui
2 - Votre épaule vous permet-elle de dormir confortablement ?	Non
3 - Vous arrivez à mettre votre chemise dans le pantalon en arrière du côté affecté ?	Oui
4 - Vous arrivez à mettre votre main derrière la tête ?	Oui
5 - Vous arrivez à placer une pièce de monnaie sur un plan situé au niveau de l'épaule, sans plier le coude ?	Oui
6 - Vous arrivez à lever un demi kilogramme sur une étagère située au niveau de l'épaule, sans plier le coude ?	Oui
7 - Vous arrivez à lever cinq kilogrammes sur une étagère située au niveau de l'épaule, sans plier le coude ?	Non
8 - Vous arrivez à porter 10 Kg avec le bras le long du corps du coté affecté ?	Oui
9 - Vous arrivez à jeter une balle de tennis à 10 mètres avec le bras le long du corps ?	Non
10 - Vous arrivez à jeter une balle de tennis à 20 mètres avec le bras le long du corps ?	Non
11 - Arrivez-vous à laver le dos de l'épaule opposée avec le bras affecté ?	Oui
12 - Votre épaule vous permet-elle d'effectuer votre travail à plein temps ?	Oui

**SCORE SST = 8**

**7.3 SSV : SIMPLE SHOULDER VISUAL**

Si une épaule saine correspond à 100 %, comment cotez-vous votre épaule atteinte ? 80

**BILAN KINE - Synthèse et objectifs**

persistance de quelques contractures, progression constante

- Entente intelligente avec le Kinésithérapeute
  - Toutes les coiffes/patients sont différent(e)s
  - Rééducation à la carte vs protocoles
  - Prise en charge spécifique : Capsulite
  - Scores pré op post op / tests spécifique
  - Gagner du temps vs suivre nos patients
- Immobiliser les coiffes > 2 tendons/ rétractées
  - Ne pas immobiliser > 6 semaines
- Autorééducation

16 < 20 JANVIER 2016  
HÔTEL DU GOLF - ARC 1800



Merci

K Bargoin

