

MINISTÈRE DE LA SANTÉ
RÉGION LORRAINE
ÉCOLE DE KINESITHÉRAPIE DE NANCY

RAPPORT DE CAS CLINIQUE
D'UNE PROTHÈSE D'ÉPAULE

Rapport de travail écrit personnel
présenté par Florence SCHULTZ
étudiante en 3^{ème} année Kiné en vue
de l'obtention du diplôme d'Etat de
Masseur-Kinésithérapeute
1993 - 1994

SOMMAIRE

	Page
RESUME	
1. INTRODUCTION.....	1
2. BILAN DE DEPART.....	2
2. 1. Anamnèse.....	2
2. 2. Inspection.....	2
2. 3. Palpation.....	3
2. 4. Bilan douloureux.....	3
2. 5. Bilan articulaire.....	4
2. 6. Bilan musculaire.....	4
2. 7. Bilan sensitif.....	4
2. 8. Bilan fonctionnel.....	5
2. 9. Conclusions du bilan.....	5
2. 10. Objectifs du traitement.....	6
2. 10. 1. Phase 1.....	6
2. 10. 2. Phase 2.....	6
2. 10. 3. Phase 3.....	6
3. PROPOSITIONS KINESITHERAPIQUES ET DESCRIPTION DE L'APPLICATION PRATIQUE DES TECHNIQUES.....	6
3. 1. Phase 1.....	6
3. 1. 1. Lutte contre l'attitude antalgique.....	6
3. 1. 2. Conserver les amplitudes articulaires.....	7
3. 1. 3. Entretien musculaire.....	8
3. 1. 4. Récupération de la sensibilité superficielle	8
3. 2. Phase 2.....	8

SUITE DU SOMMAIRE

	Page
3. 2. 1. Poursuite de l'antalgique.....	9
3. 2. 2. Récupération des amplitudes articulaires....	10
3. 2. 3. Entretien musculaire.....	11
3. 3. Phase 3.....	12
3. 3. 1. Gain des amplitudes articulaires.....	12
3. 3. 2. Tonification musculaire.....	15
4. BILAN DE FIN DE STAGE.....	17
4. 1. Inspection et palpation.....	17
4. 2. Bilan douloureux.....	18
4. 3. Bilan articulaire.....	18
4. 4. Bilan musculaire.....	18
4. 5. Bilan sensitif.....	19
4. 6. Bilan fonctionnel.....	19
4. 7. Conclusions du bilan.....	19
5. CONCLUSION GENERALE.....	20

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXE

RESUME

Il s'agit de R.C. âgé de 50 ans, magasinier, gaucher contrarié. Après une chute sur son épaule gauche, sa tête humérale ostéonécrosée a été remplacée par une prothèse non cimentée le 26/08/93. Sa rééducation se décompose alors en :

- phase 1 (J0-J21): présence d'un coussin d'abduction. Travail analytique et passif de toutes les amplitudes articulaires (excepté la rotation externe) et correction de la position antalgique prise par le sujet.

- phase 2 (J21-J45): mise en place d'une écharpe à l'ablation progressive du coussin. Début du travail actif aidé puis actif (sauf de la rotation externe) des muscles de l'épaule.

- phase 3 (après J45): récupération de la rotation externe, de la force musculaire ; proprioception.

A son arrivée au centre de rééducation, nous notons des limitations de toutes les amplitudes articulaires de l'épaule, de fortes amyotrophies musculaires imposant à R.C. une tierce personne pour ses activités de la vie quotidienne. Deux mois plus tard, R.C. avait une épaule fonctionnelle mais subnormale par manque d'amplitudes articulaires passives et actives en flexion/extension : 125/0/40, abduction/adduction : 115/0/35 rotation externe/rotation interne : 40/0/35 ; et par manque de force considérable.

1. INTRODUCTION

L'épaule est classiquement présentée comme l'articulation la plus mobile de l'organisme. Siège très fréquent de traumatismes, elle est également sujette à des arthropathies. Lors d'indications précises, si l'épaule est douloureuse et impotente (réduisant ainsi sa valeur fonctionnelle), la mise en place d'une prothèse d'épaule s'impose.

Nous nous intéressons ainsi tout au long de ce mémoire à un cas clinique précis, celui de R.C. qui, suite à une ostéonécrose post traumatique de la tête humérale, a subi une arthroplastie par prothèse humérale non cimentée. Cet homme âgé de cinquante ans, est magasinier dans une industrie automobile. Le chirurgien qui a procédé à cette intervention (ANNEXE I), nous a confié un protocole de rééducation que voici :

- jusqu'à J21 : coussin d'abduction. Rééducation fonctionnelle possible de l'épaule dans tous les secteurs disponibles au dessus du plan du coussin, sauf la rotation externe (R.E.). La rééducation ne doit pas être douloureuse.
- J21-J45 : ablation progressive du coussin d'abduction. Introduire le travail actif aidé puis actif, sauf celui de la R.E. Balnéothérapie.
- J45 : introduire le travail passif puis actif de la R.E.

2. BILAN DE DEPART (effectué le 10 septembre 1993)

2. 1. Anamnèse

- concerne R.C., cinquante ans, magasinier dans une industrie automobile. Ce monsieur a subi le 26/08/93 une arthroplastie par prothèse humérale non cimentée au niveau de son épaule gauche, suite à une ostéonécrose de la tête humérale.
- antécédents chirurgicaux : fracture tibiale droite.
- pas de problèmes cardiaque, ni veineux, ni respiratoire, mais sciatalgies gauches anciennes.
- R.C. est un gaucher contrarié ; droitier pour l'écriture et gaucher pour les instruments.

2. 2. Inspection

- position antalgique : projection de la tête en avant et penchée légèrement vers la gauche ; l'épaule gauche est plus antériorisée, plus haute que la droite ; il maintient son bras gauche par la main droite malgré son coussin d'abduction.
- description du coussin d'abduction : il fixe son membre supérieur à 45° d'abduction et 30° d'antépulsion. Ce coussin est fixé au thorax par deux bretelles ; l'une passe autour du cou sur l'épaule opposée, l'autre ceinture horizontalement le tronc.

- oedème : situé à la face antérieure du moignon de l'épaule, et descend latéralement au tiers supérieur du bras, passe au niveau de l'aisselle.
- amyotrophies : très importantes des fosses sus et sous épineuses ; importantes au niveau du deltoïde et du bras par rapport au côté droit.
- cicatrice : face antérieure du moignon, de longueur onze centimètres.

2. 3. Palpation

- cicatrice : légèrement adhérente à sa partie inférieure.
- pas de rougeur, ni chaleur au niveau de l'épaule.
- points de Knaps non douloureux.
- contractures : de l'angulaire et du trapèze gauches, et au niveau scapulo vertébro-thoracique.

2. 4. Bilan douloureux

Lorsque nous abordons la question avec R.C., il nous décrit des douleurs de type inflammatoire, la nuit ; et des douleurs de type mécanique le jour (en particulier après les séances de rééducation) .

2. 5. Bilan articulaire

- articulation sterno-costo-claviculaire (S.C.C.) : normale.
- articulation gléno-humérale : mouvements limités dans toutes les amplitudes (la R.E. est interdite à ce stade) par la douleur et le coussin.
- l'omoplate a des déplacements limités dans tous les plans sur le grill costal.
- coude : en passif, flexion/extension : 110/20/0 (main en position intermédiaire) ; la pronation est normale, la supination est légèrement déficitaire par rapport au côté sain.
- poignet, main : normales.

2. 6. Bilan musculaire

- centimétrie : à 15 cm au dessus de l'épicondyle, on mesure à droite : 25 cm et à gauche : 22,5 cm.
- les muscles de l'épaule sont sidérés.

2. 7. Bilan sensitif

- sensibilité profonde (kinesthésique et statesthésique) normale.

- sensibilité superficielle : en ce qui concerne le pic touche, erreurs dans la région du moignon de l'épaule ; le test des températures est correct.

2. 8. Bilan fonctionnel

Etant donné, que son membre supérieur repose sur un coussin d'abduction, R.C. ne peut effectuer seul sa toilette et l'habillage. Par contre, le fait qu'il soit gaucher contrarié lui permet d'être relativement autonome dans les activités de la vie quotidienne.

2. 9. Conclusions du bilan

R.C. qui a une prothèse d'épaule à gauche depuis le 26 août, porte un coussin d'abduction. Son épaule est limitée dans toutes les amplitudes articulaires que nous puissions effectuer au dessus du coussin, et ce, sans réveiller la douleur (la R.E. est exclue) . D'emblai, le sujet a adopté une position antalgique en élévation et antépulsion d'épaule, tête penchée du côté lésé ; des amyotrophies importantes ; ses muscles sont faibles ; il a de légers troubles de la sensibilité superficielle.

2. 10. Objectifs du traitement

2. 10. 1. Phase 1 (jusqu'à J21) :

- lutter contre l'attitude antalgique.
- conserver et récupérer les amplitudes articulaires de la scapulo humérale et des autres articulations de l'épaule ainsi que celles des articulations sous jacentes.
- reharmoniser musculairement le complexe articulaire qu'est l'épaule.
- retrouver une sensibilité superficielle normale.

2. 10. 2. Phase 2 (J21 à J45) : à l'ablation du coussin nous rajoutons :

- récupération des amplitudes articulaires que le coussin ne nous permettait pas d'effectuer. (la R.E. étant encore interdite) .

2. 10. 3. Phase 3 (à partir de J45) :

- récupérer la R.E. ; la force musculaire ; une épaule fonctionnelle.

3. PROPOSITIONS KINESITHERAPIQUES ET DESCRIPTION DE L'APPLICATION PRATIQUE DES TECHNIQUES

3. 1. Phase 1 : suppression du coussin pendant les séances.

3. 1. 1. Lutte contre l'attitude antalgique

- massage intéressant l'épaule, la région cervico-scapulaire, (insister sur les fixateurs d'omoplate, l'angulaire, le grand pectoral) . Nous utilisons toutes les techniques de massage à visée décontracturante et antalgique.

- devant une glace, à l'aide de stimulations tactiles et verbales, nous lui demandons de placer sa tête en double menton, d'abaisser ses épaules tout en rapprochant ses omoplates de sa colonne vertébrale.

3. 1. 2. Conserver les amplitudes articulaires

- du rachis cervical : nous le mobilisons passivement en flexion/extension, inclinaison, rotation, circumduction.

- de la syssarcose serrato-thoracique : le sujet étant en latérocubitus droit, nous effectuons des glissements passifs en élévation/abaissement, abduction/adduction, en sonnettes de l'omoplate. En actif : l'élévation des épaules entraîne celle des omoplates ; la rétropulsion : l'adduction ; et lorsqu'il rentre la poitrine : l'abduction des omoplates.

- du coude, du poignet, de la main.

- de la scapulo humérale : le patient est assis sur un tabouret (dos bloqué par le dossier). Nous réalisons des mobilisations analytiques et passives au dessus du plan d'immobilisation en étant infra-douloureux :

*antépulsion et retour d'antépulsion.

*abduction et retour d'abduction en respectant le plan physiologique de l'omoplate (c'est à dire 30° de flexion).

*adduction, rotation interne et retour ; n'oublions pas qu'à ce stade la R.E. est prohibée.

3. 1. 3. Entretien musculaire

- irradiations de type périphérique/périphérique homolatéral ; c'est à dire que nous stimulons à partir de la main, les muscles de l'épaule ; une contraction de dix secondes est demandée au niveau du muscle gachette, le temps de repos est aussi de dix secondes. L'opération est répétée dix fois de suite s'il la supporte. En plaçant notre stimulation aux différentes faces de la main, nous stimulons la globalité des muscles de l'épaule.
- irradiations de type axial/périphérique : c'est à partir de la tête où nous exerçons des stimuli, que nous faisons contracter les muscles de l'épaule.
- écraser fortement une balle en mousse avec sa main gauche.

3. 1. 4. Récupération de la sensibilité superficielle

- des pics-touches sont réalisés alors que le sujet a les yeux fermés, et ce, au niveau de tout le membre supérieur.

3. 2. Phase 2 : J21, à l'ablation progressive du coussin et mise en place d'une écharpe. C'est une phase de travail essentiellement passif pour la récupération des amplitudes au dessus et dessous du plan du coussin, et actif pour le réveil

musculaire. Pendant cette phase, nous débuterons la balnéothérapie dès que la cicatrisation nous le permettra.

3. 2. 1. Poursuite de l'antalgique

- vérifier l'acquisition de la "bonne" position du sujet.
- massage en début de séance, de quinze minutes environ, de la région cervico dorso scapulaire. R.C. est assis, sa tête repose sur une table thérapeutique située en avant, son membre supérieur gauche est placé en position de confort dans une écharpe, l'autre repose sur la table, lui permettant ainsi une bonne stabilisation. Plusieurs techniques sont employées :
 - *l'effleurage : il permet le réchauffement de la région massée, une détente, l'hypoesthésie de cette région.
 - *des étirements du trapèze supérieur, des étirements longitudinaux du bord spinal de l'omoplate (fixateurs) .
 - *des pétrissages : des masses deltoïdiennes, de la musculature brachiale, des muscles du cou.
 - *des pressions glissées : sur la face antérieure, inférieure du bras dans le but de défibroser au niveau cicatriciel.
 - *des vibrations, sur les points douloureux que nous rencontrons au cours des séances ; des ponçages (d'une durée de trois minutes) punctiformes ou rotatoires avec la pulpe de deux doigts sont analgésiques, sédatifs de la douleur.
- balnéothérapie. L'eau chaude (34°C) a un effet sédatif thermique sur la douleur et facilite les mouvements (principe

d'Archimède). Nous demandons à R.C. au début, de marcher (l'eau lui arrivant jusqu'au cou), en balançant les bras alternativement dans l'amplitude infra douloureuse qu'il peut exercer ; puis de produire des cercles avec ses deux membres supérieurs, des mouvements d'anté et rétropulsion.

Ces moyens constituent une préparation efficace à une récupération de la mobilité articulaire.

3. 2. 2. Récupération des amplitudes articulaires

- apprentissage en vue de décoapter activement la tête humérale (passage du trochiter sous le ligament acromio-coracoïdien) pour permettre le recentrage de la tête humérale et acquérir une meilleure stabilité de la prothèse ; des amplitudes hautes de l'épaule. Assis devant une glace, nous lui demandons d'appuyer sur notre main qui est située sur l'olécrâne (son coude est fléchi). Avec notre autre main, qui est située sur la face supérieure de son moignon, nous le stimulons tactilement pour qu'il l'abaisse. En progression, R.C. le fera seul devant la glace, puis sans.

- poursuite de ce qui a été fait auparavant pour le rachis cervical, la syssarcose, le coude, le poignet et la main.

- au niveau de l'articulation gléno-humérale : récupération des glissements de la tête humérale vers le bas pour l'abduction, le haut pour l'adduction, l'arrière pour la rotation interne. Mobilisation passive en amplitudes

maximales, sans essayer de vaincre les résistances rencontrées et sans réveiller la douleur. Pour ces techniques, R.C. est assis. Nous insisterons sur l'abduction physiologique et la rotation interne.

- mouvements pendulaires : sujet en fente avant.
- balnéothérapie : avec un flotteur (son bras gauche reposant dessus) nous lui demandons de faire des mouvements lents d'anté et rétropulsion, d'abduction. Ces mouvements se font sans résistance pour ne pas mettre en tension l'appareil capulo tendino ligamentaire fragilisé par l'opération chirurgicale.

3. 2. 3. Entretien musculaire

A ce niveau du traitement, sont surtout réalisés des exercices de réveil musculaire global de l'épaule.

- poursuite des irradiations.
- travail actif aidé : aide du mouvement (surtout à la fin de l'amplitude que le sujet est capable de réaliser) par une prise en berceau de son membre. Notre autre main contrôle le moignon d'épaule pour éviter les compensations. Nous demandons au sujet, qui est assis, de porter son membre supérieur au zénith, puis en abduction, en adduction, en rétropulsion (main en pronation pour obtenir une rotation interne de la gléno-humérale et non en supination, car la rotation externe est interdite), en rotation interne (coude au corps). Ces

mouvements se font à la limite d'amplitude articulaire douloureuse et ce plusieurs fois de suite.

- travail actif libre des mêmes mouvements.

- travail statique du deltoïde : en fin de cette phase. Le temps de travail et de repos est de 6 secondes. Il se réalise surtout dans les amplitudes hautes des mouvements selon une série de 10 (sauf en cas de douleur).

- balnéothérapie : en plus de ce qui a été décrit précédemment, des mouvements de brasse sont proposés. La brasse est nagée sur place, les membres inférieurs fixés au sol, le bassin du sujet est stabilisé par une sangle qui est attachée à la main courante. Ce travail nécessite une récupération articulaire fonctionnelle et permet un entretien de la musculature globale de l'épaule.

3. 3. Phase 3 : après J45, récupération de la R.E., et sevrage progressif de l'écharpe. La finalité de cette phase est pour R.C. de retrouver une épaule la plus fonctionnelle possible. Il s'agit surtout d'une harmonisation des mouvements dans les AVQ par un travail global de l'épaule, avec des muscles suffisamment toniques.

3. 3. 1. Gain des amplitudes articulaires

- récupération des glissements vers l'avant pour la R.E. ; R.C. est en décubitus, le moignon de l'épaule en dehors de la table. Les doigts du praticien situés à la face postérieure du moignon de l'épaule entraînent la tête humérale vers l'avant ; la contre prise est au niveau de la clavicule. Après les glissements, réalisation de R.E. passives : la main caudale du thérapeute situés à la face postérieure de l'extrémité inférieure du bras (coude fléchi) amène celui-ci en R.E.. Les doigts de la main crâniale placés à la face postérieure du moignon, tirent en avant pour effectuer le glissement. Au début les amplitudes passives seront doucement récupérées. Puis en progression, des exercices actifs seront réalisés (coudes au corps), sujet assis ou couché.

- poursuite des techniques de gain d'amplitudes des autres mouvements.

- automobilisations afin de récupérer les amplitudes hautes :

*de l'antépulsion : en décubitus, avec un bâton ;

en décubitus, mains jointes ; R.C. emmène ses membres supérieurs vers l'arrière.

*de la rétropulsion : assis sur un tabouret ou debout, avec un bâton derrière le dos.

*des rotations : en décubitus, avec un bâton, coudes au corps fléchis à 90°, poignets en rectitude. La main droite pousse le membre supérieur gauche vers l'extérieur pour la RE et tire vers l'intérieur pour la rotation interne (R.I.).

Pour la R.E. : en décubitus, les mains jointes derrière la nuque, nous lui demandons d'essayer de toucher la table avec ses coudes.

Pour la R.I. : debout, il prend son poignet gauche avec la main droite derrière son dos et la porte le plus haut possible.

- pouliothérapie : sujet assis sur une chaise, dans chaque main il tient un poignet reliée à un même filin. Nous réalisons un système autopassif symétrique de l'abduction d'épaule : c'est à dire qu'une poulie est placée dans le plan du mouvement à l'aplomb de l'épaule et dans le même sens du mouvement, et que l'autre poulie est mise dans le plan du mouvement mais dans le sens contraire. De la même façon, un système autopassif d'antépulsion est réalisé : la rétropulsion de l'épaule droite entraîne l'antépulsion de l'épaule gauche. Les deux poulies sont situées à l'aplomb des épaules dans le plan et le sens du mouvement.

Ces exercices d'automobilisation et de pouliothérapie sont régis par le patient qui s'arrête à la survenue d'une tension douloureuse au niveau de son épaule. La durée préconisée est de 10 minutes par exercice à faire matin et après-midi après la séance de rééducation.

- étirement des muscles qui par leur rétraction limitent l'amplitude articulaire :

*du grand pectoral (sujet est en décubitus) :

. faisceau moyen (adducteur, R.I., inspirateur) : installons le sujet en abduction à 90°, R.E. d'épaule ; à l'appui d'une

pression postérieure sur le sternum, nous lui demandons d'expirer.

. faisceau inférieur (adducteur, rétropulseur, R.I.). Nous l'étirons dans les composantes inverses ; à l'application d'une pression sur les côtes basses, le sujet doit expirer.

. faisceau supérieur du grand pectoral (adducteur, R.I. antépulseur). Nous positionnons l'épaule dans deux composantes inverses et maintenons la clavicule vers le haut, puis nous étirons ce chef dans la troisième composante.

*déltoïde antérieur (antépulseur de l'épaule).

- contracté relâché du grand rond (adducteur, R.I.) : sujet assis, coude au corps fléchi à 90°. Placé auparavant en R.E. maximale, sollicitons le pendant 6 secondes en R.I. ; à l'arrêt de la contraction nous l'étirons en R.E.

Ces exercices sont à effectuer 3-4 fois de suite, avec un temps de repos de 30 secondes entre chaque.

3. 3. 2. Tonification musculaire

- travail statique sans résistance des muscles de l'épaule. En progression, nous augmenterons le temps de contraction.

- travail statique contre résistance .

- travail dynamique sans résistance puis contre résistance (manuelle ou avec un élastique par exemple).

- Kabat (ou méthode de facilitation neuro-musculaire)

*première diagonale : le sujet est en décubitus.

	position de départ	position d'arrivée
.de l'épaule	E./ADD./R.I.	F./ABD./R.E.
.du coude	E./pronation	E./supination
.du poignet	F./I.C.	E./I.R.
.des doigts	F.	E./écartement

Prises : la main droite du thérapeute a un appui principal sur le premier métacarpien et un appui sur le quatrième et cinquième métacarpiens. La main gauche, prend en berceau le membre supérieur du sujet au niveau du V deltoïdien, sur la partie antéroexterne. Au retour, les résistances sont placées à la face postérieure de l'avant bras, de la main et du pouce.

*diagonale brisée : position du sujet

.de l'épaule	E./ADD./R.I.	F./ABD./R.E.
.du coude	E./pronation	F./supination
	ou F./pronation	E./supination

Quand le coude est fléchi, nous stimulons au niveau du pouce ; s'il est tendu, nous stimulons le bord cubital de la main.

- proprioception des muscles de l'épaule (ou facilitation neuro musculaire) : son but est de réintégrer l'épaule dans les mouvements fonctionnels du membre supérieur .

*stabilisations rythmées du membre supérieur en position de fonction et dans des positions extrêmes. Le sujet est assis, dos contre le dossier. Des séries de six contractions dans chaque position sont effectuées.

*lancer et rattrapage de ballon à une et deux mains.

*déséquilibre au niveau de l'épaule : nous demandons à R.C. de poser sa main sur une table (plan stable); nous le

déséquilibrons dans tous les sens et lui demandons de résister. En progression nous utiliserons un plan instable (plateau de Friedmann, ballon).

- balnéothérapie : avec un flotteur, le sujet doit contre résistance de l'eau l'abaisser dix fois de suite en flexion, abduction

Après chaque séance, quelque soit la phase à laquelle nous nous trouvons, l'application de cold pack pendant dix minutes, est effectuée (effet antalgique et analgésique). Pendant cette période de deux mois, des méthodes adjuvantes : médicamenteuses (anti-inflammatoire : Biprofénid . . .) et ergothérapeutique (une fois par jour, pendant une heure) ont été utilisées.

4. BILAN DE FIN DE STAGE (réalisé le 28 juin) ET DISCUSSION

4. 1. Inspection et palpation

- épaules à la même hauteur, tête droite (R.C. ne porte plus d'écharpe à l'exception de grande fatigue).
- nous suspectons encore une légère amyotrophie des fosses sus et sous épineuses, mais plus au niveau du deltoïde et du bras.
- cicatrice non adhérente.

4. 2. Bilan douloureux

-doulueur de type mécanique, diffuse à l'ensemble de l'épaule.

4. 3. Bilan articulaire

- S.C.C., acromio claviculaire, et syssarcose : normales.

- coude, poignet, doigts : normales.

- goniométrie de l'épaule : en passif, (en actif, les résultats sont sensiblement les mêmes).

F./E. : 125/0/40 S.E./S.I. : 60/25 R.E./R.I. : 40/0/35

ABD./ADD. : 115/0/35 et ABD (dans la gléno-humérale) : 55°.

4. 4. Bilan musculaire

- résultats de la centimétrie: 23 cm à gauche, 25 cm à droite.

- à l'évaluation motrice de la force musculaire, lors du brake test les muscles dans leur fonction globale sont faibles par rapport au côté sain.

- lorsque nous calculons la résistance "maximale et infra douloureuse" à l'aide d'une balance, nous obtenons :

.flexion	à droite : 13 kg	à gauche : 6 kg
.extension	à droite : 7 kg	à gauche : 4 kg
.abduction	à droite : 10 kg	à gauche : 5 kg
.adduction	à droite : 5 kg	à gauche : 2 kg

4. 5. Bilan sensitif

- les sensibilités profonde et superficielle sont normales, mais demeure une hypoesthésie aux abords de la cicatrice.

4. 6. Bilan fonctionnel

- l'habillage et la toilette se font seul.
- les trajets : main/bouche, main derrière la tête (coude en avant plus facile que coude en arrière) sont possibles. Lorsqu'il porte la face dorsale de sa main de la cuisse en remontant dans le dos, il s'arrête à l'épineuse de L3.

4. 7. Conclusions du bilan

Malgré la présence d'améliorations en tout point par rapport au bilan initial, nous constatons à ce jour : des déficits des amplitudes articulaires (sauf en ADD.), une discordance entre l'articulation gléno-humérale et la syssarcose serrato-thoracique qui limite la progression pour la récupération des amplitudes articulaires hautes en antépulsion et abduction (un départ de sonnette externe trop important et un manque de participation dans la gléno humérale) ; un fort déficit de forces musculaires et une épaule subfonctionnelle.

5. CONCLUSION GENERALE

Comme nous l'avons vu tout au long de l'étude de ce cas, la mise en place d'une prothèse d'épaule nécessite une prise en charge médicale et surtout thérapeutique rigoureuse. Rappelons que la scapulo humérale n'est pas toute l'épaule et que le principal problème de l'épaule est d'être un ensemble de cinq articulations dont la physiologie globale est mal connue mais réclament une prise en charge globale et fonctionnelle. Malgré la détermination et les efforts de chacun (du sujet et de l'équipe médicale) les résultats escomptés sont décevants et longs à obtenir. Sur le plan de la rééducation, il faut être patient tout en étant non agressif pour obtenir un niveau fonctionnel de l'épaule le meilleur possible pour les activités de la vie journalière et la réalisation d'une tâche professionnelle du sujet. A ce propos, nous nous permettons d'émettre un léger doute quant à la reprise de son activité professionnelle dans les conditions qui précédaient l'opération (rappelons que R.C. est magasinier dans une usine automobile, que le port de charges lourdes et les mouvements de grandes amplitudes sont la base de son métier). Il est donc important que le sujet soit averti des conséquences d'une prothèse. Bref, il faut espérer qu'avec les progrès chirurgicaux et l'affinement de ce qui existe déjà en ce qui concerne les prothèses d'épaule, nous obtenions de meilleurs résultats fonctionnels dans un avenir proche.

BIBLIOGRAPHIE

- BLETON R. - Anatomie physiologie et examen clinique de l'épaule. - Kinésithérapie scientifique, 1993, 327, p. 10-14.

- KENESI C., TALLINEAU C. - Rééducation des prothèses totales d'épaule. - Rééducation 1992 - L'épaule et sa rééducation. - Paris : Expansion Scientifique Française, 1992, p. 93-97.

- LIOTARD J.P., EXPERT J.M., MERCANTON G., PADEY A., WALCH G. - Rééducation proprioceptive après réparation de la coiffe des rotateurs : principes, protocole et résultats à la sortie du centre. A propos de 114 cas. - Journal de réadaptation médicale, 1992, 12, 1, p. 5-13.

- MAZAS F. - Prothèses totales d'épaule. - Kinésithérapie scientifique, 1980, 178, p. 57-60.

- MEYER M. - La rééducation des prothèses d'épaule selon Hugues et Neer. - Kinésithérapie scientifique, 1993, 329, p. 15-23.

- WALCH G., EXPERT J.M., LIOTARD J.P. - Les prothèses totales d'épaule. - Cahier kinésithérapie, 1987, 128, p. 20-28.

ANNEXE

ANNEXE I

CRO

PROTHÈSE ÉPAULE

concerne:
Monsieur R. C.

OSTÉONECROSE ASEPTIQUE DE LA TÊTE HUMÉRALE GAUCHE : ARTHROPLASTIE PAR PROTHÈSE HUMÉRALE NON CIMENTÉE.

Prothèse humérale BIOMET 13 mm. Tête 48 mm X 24.

Impotence douloureuse de l'épaule gauche en relation avec une ostéonécrose aseptique massive d'origine exogène. Décision d'arthroplastie prothétique.

A noter que le glène reste en bon état, ce qui incite à ne pas trop attendre pour prévenir une évolution arthrosique.

- Position demi-assise, tout le membre préparé. Incision dans le sillon delto-pectoral. La veine céphalique est ménagée. On entame le bord supérieur du tendon grand pectoral pour repérer le tendon du biceps et l'on repère le bord supérieur du muscle sous-scapulaire. Section du muscle sous-scapulaire le long de son insertion humérale. La synoviale est ouverte en même temps. La section du sous-scapulaire est incomplète et s'arrête au dessus des vaisseaux circonflexes. Le muscle est rabattu en dedans. On accède ainsi dans l'articulation. En rotation externe de l'épaule, on libère les attaches basses de la capsule et du sous-scapulaire et l'on repère le pourtour de la tête cartilagineuse.

- Section de la tête humérale à la scie oscillante. On va préparer alors la mise en place d'une prothèse humérale avec une rétroversion de 30 et 40°. La tige choisie sera une tige de 13 mm. On râpe une taille en dessous. On met en place la prothèse d'essai et l'on confirme le choix de la tête qui sera une tête 48 mm. Réintégration pour essai : la mobilité est satisfaisante dans tous les secteurs sauf en élévation complète. On ne souhaite pas effectuer un débridement capsulaire inférieur complémentaire qui risquerait de nuire à la stabilité de la prothèse. On comptera donc sur la rééducation pour récupérer cette mobilité.

- Mise en place de la prothèse définitive qui se positionne bien après un ajustement de la coupe du col. Réintégration.
- Suture du sous-scapulaire par des points séparés de vicryl O transosseux. Deux points de petit vicryl sur le tendon du biceps qui a été entamé lors de l'abord. Un drain aspiratif. Vicryl O sur le plan musculaire. Vicryl OOO sur le plan celluleux et surjet intradermique de vicryl sur la peau.

- Installation bras en écharpe d'abduction qui sera conservée trois semaines.