

CONSEILS DE REEDUCATION PROTHESE INVERSEE DE L'ÉPAULE

Une arthroplastie totale inversée d'épaule a été réalisée, consistant en un remplacement prothétique inversé des deux éléments de l'articulation scapulo-humérale (tête humérale et glène) sur une épaule présentant une rupture de la coiffe des rotateurs.

Une immobilisation en écharpe simple a été mise en place à visée antalgique pour quelques jours.

La rééducation post-opératoire répond aux objectifs de restaurer un bon compromis entre l'antalgie, la mobilité, la stabilité et la force de l'épaule et se construit donc en deux phases successives :

Phase 1 : J1 à J30

L'attelle est enlevée rapidement après l'intervention en fonction de la bonne antalgie du patient.

La rééducation peut débuter précocément à raison de 3 fois par semaine.

- Cryothérapie 3 à 6 fois par jour.
- Massages décontractants de la ceinture scapulaire.
- Correction posturale de la statique rachidienne.
- Electrothérapie antalgique de basse fréquence type TENS et excito-motrice non téтанisante des muscles supra-épineux, infra-épineux et deltoïde.
- Mobilisation passive de l'épaule en position de décubitus dorsal selon la voie de passage jusqu'à 90° et en respectant la règle de la non-douleur.
- Pas de mobilisation en rotation externe.
- Mobilisation passive et active de la scapula en position de décubitus controlatéral.
- Mobilisation du coude en flexion-extension en prenant garde de ne pas associer de rotation externe de l'épaule.
- Mouvements pendulaires sans charge.
- Glaçage systématique en fin de séance.

Phase 2 : après J30

Le travail entrepris est alors poursuivi et amplifié, effectué toujours sans douleur, sans hésiter à avoir recours si besoin aux techniques antalgiques (électrothérapie, massages) et au glaçage en fin de séance.

- Intégration du placement de la tête humérale lors des différents gestes actifs.
- Travail des amplitudes articulaires passives maximales en coucher dorsal suivant la technique du contracter-relâcher tout en respectant strictement la règle de la non-douleur.
- Travail auto-passif d'élévation du bras en position debout, le patient devant doser son effort devant un miroir pour éviter les compensations.
- Contractions isométriques sous-maximales des muscles fixateurs de la scapula.
- Contractions isométriques légères basées essentiellement sur le deltoïde.
- Renforcement musculaire sous-maximal, isométrique puis concentrique, des muscles fixateurs de la scapula et du deltoïde, en évitant la rotation interne (surtout couplée à une adduction et extension) proscrite par la géométrie de ce type de prothèse.
- Travail de reprogrammation proprioceptive en chaîne d'abord fermée puis semi-fermée, dans le but d'améliorer la stabilité de la prothèse pour prévenir le risque de luxation.
- Optimisation de la fonction de l'épaule dans les tâches quotidiennes en automatisant le placement de la tête humérale.
- Conseils donnés au patient quant à une utilisation mesurée de son épaule afin de ne pas limiter la durée de vie de l'implant, en évitant particulièrement le port de charges lourdes, la mise en charge intempestive sur le membre et la position main-dos.

La rééducation devra être poursuivie jusqu'à une récupération suffisante pour une utilisation fonctionnelle conforme aux habitudes antérieures de vie et cessera avec le retour à une bonne antalgie et une autonomie du patient généralement vers le sixième mois post-opératoire.