

Corrélation entre l'outil de bilan et les actes de physiothérapie pour une épaule douloureuse

Autor(en): **Kerkour, Khelaf**

Objekttyp: **Article**

Zeitschrift: **Fisio active**

Band (Jahr): **39 (2003)**

Heft 5

PDF erstellt am: **12.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-929645>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Corrélation entre l'outil de bilan et les actes de physiothérapie pour une épaule douloureuse

Khelaf Kerkour, physiothérapeute-chef, Hôpital du Jura, 2800 Delémont; Eric Viel, Dr. Sc, secrétaire général AFREK (Agence Française de Recherche en Kinésithérapie), France; Yves Chatrenet, physiothérapeute-chef, Centre de rééducation «Sancellemoz», Plateau d'Assy (France)

22

FSig active 5/2003

Communication présentée aux Journées de Médecine Orthopédique et de Rééducation, Paris, septembre 2002.

Mots clés:

complexe de l'épaule, évaluation de la douleur, score, rééducation

La prise en charge de tout patient en rééducation nécessite au préalable la réalisation de bilans avant tout acte thérapeutique. A cet effet la nomenclature tarifaire accorde la position 7350 pour supplément lors de la première séance de traitement.

Nous nous sommes placés dans le cas où le prescripteur a décidé que les techniques de physiothérapie pourraient apporter au patient un bénéfice durable. Reste à savoir: quelles techniques, en fonction de quelle source de douleurs?

Nous avons procédé structure par structure, puis exploré les différents outils de «bilan-papier» qui s'offrent à l'utilisateur, en suivant le modèle «PETE»: (Palpation, Évaluation, Thérapeutique, Éducation), ce qui permet de ne pas négliger l'éducation du patient.

ABSTRACT

The authors use a systematic approach to demonstrate that each therapeutic intervention by the Physical Therapist is based on a careful, detailed investigation of the area around and about the five joints making up the shoulder complex. Before any therapeutic act, the Physical Therapist must realize preliminary assessments. The nomenclature allowed to use a supplement position (7350) at the first session.

The examination begins with a visual inspection and palpation, to be followed by observation of patterns of motion, then functional tests and measures. In succession, the authors deal with joint capsule and ligaments, then muscles and their tendons, the Glenoid labrum and the Glenoid bursa. Several well-known tests are reviewed, with a slight preference given to the «SST» shoulder examination, which does specify a score but makes it easy to note the improvement of shoulder function.

INTRODUCTION

EXAMEN PRÉLIMINAIRE DU RACHIS

Afin de s'assurer qu'il ne s'agit pas d'une douleur référée, le physiothérapeute doit procéder à un examen du rachis cervical et du rachis thoracique. Les résultats doivent être négatifs. Éliminer toute douleur référée.

EXAMEN INITIAL DE L'ÉPAULE DOULOUREUSE

L'épaule est composée de cinq articulations (trois vraies: sterno-costoclaviculaire, acromio-claviculaire et scapulo-humérale; deux fausses: sous-acromio-deltaïdienne et omo-serrato-thoracique).

Les tissus mous de l'épaule se divisent en:

- Structures qui génèrent le mouvement et la contrainte mécanique: appareil moteur actif (les muscles: 19 avec 25 couples de rotations), et appareil moteur passif (tendons)
- Structures qui subissent la contrainte (bourses séreuses, plans de glissements aponévrotiques, ligaments et capsules)
- Structures qui permettent la mobilité (articulations)

MÉTHODE

Étape 1: Examen visuel

On observe les reliefs, les loges musculaires atrophiées, la statique générale de la personne.

Étape 2: Le relaté

On interroge le patient et l'on coche le score qui correspond.

Douleur permanente, même au repos	6
Douleur qui interdit la pratique du sport ou le travail habituel	5
Douleur sourde au repos et en activité	4
Douleur qui interdit de pratiquer le sport au meilleur niveau, ou de suivre une cadence de travail.	3
Douleur au début de l'activité physique, disparaît avec l'échauffement, puis réapparaît à la fatigue	2
Douleur seulement après activité sportive ou à la fin d'une journée de travail, qui disparaît ensuite	1

Étape 3: L'observé

Afin de se faire une idée générale, étudier les deux possibilités suivantes:

Mobilisation passive et mobilisation active douloureuses <i>en sens inverse</i> .	Mobilisation passive et mobilisation active douloureuses <i>dans le même sens</i> .
Chercher les causes dans l'appareil moteur <i>actif</i> : muscles (structures contractiles et extensibles) et tendons (structures mises sous contrainte).	Chercher les causes dans l'appareil moteur <i>passif</i> : capsule articulaire et ligaments (structures non contractiles, inextensibles)

Étape 4: La mesure de l'intensité algique

Il s'agit de connaître le régime horaire: douleur diurne ou nocturne? Intensité? La réglette EVA [1] est utilisée non seulement pour connaître l'état dans l'instant, mais pour suivre les variations dans le temps.

L'instabilité antérieure s'identifie cliniquement par:

1. le signe d'appréhension (sujet assis, membre supérieur en abduction 90 degrés et rotation externe maximale)
2. le test de relocation de JOBE
3. Le signe du sulcus pour la laxité ligamentaire

QUATRE STRUCTURES À PALPER ET ANALYSER

Capsules et ligaments, muscles et tendons, bourrelet glénoïdien, bourse sous-acromiale; dans chacun des cas, la démarche sera la même: Palpation, évaluation, actes thérapeutiques, éducation du patient.

Capsules et ligaments

Palpation

- douleurs précises sur l'une ou plusieurs des cinq articulations du complexe de l'épaule, sans oublier la scapulo-serrato-thoracique.

Évaluation

- comparaison entre mobilité passive/mobilité active
- présence d'un arc douloureux? dans quelles amplitudes (début-fin)?
- épreuve de Codman, mouvement diadochodal de McConnail pour déceler un «bridage» des rotations automatiques
- test de recentrage de la tête humérale.

Actes thérapeutiques

- restituer les glissements normaux de l'articulation
- restituer la fonction des espaces de glissement
- utiliser contracter-relâcher (PNF) et Stretching
- exercice de Codman, avec bracelet lesté.

Éducation du patient

- éducatifs de l'abaissement actif de la tête humérale
- exercices de Stretching au domicile
- habitudes de protection articulaire.

Muscles et tendons

Palpation

– douleur précise, localisée sur les muscles ou tendons (la précision est rare, il est fréquent de trouver autour de l'épaule de nombreux points sensibles qui ne sont pas liés à la pathologie – néanmoins cette étape est indispensable, même si elle est négative).

Évaluation

– mise en tension isométrique de chacune des fonctions: abduction (sous-épineux), rotation interne (sous-scapulaire), rotation externe (sous-épineux, petit rond), flexion du coude (long biceps)
 – arc douloureux si le tendon du sous-épineux est «écrasé» dans certaines parties de l'amplitude (syndrome de l'entrappement ou *impingement*) – noter les valeurs goniométriques de début et fin de douleur
 – évaluation des conflits: Force musculaire en RE excentrique < RI concentrique = déséquilibre et diminution de la force de freinage.

Actes thérapeutiques

– antalgie par cryothérapie (gazeuse) plutôt en phase aiguë et chaleur en phase chronique
 – ré entraînement musculaire après levée de conflits; mode excentrique et progression de course interne vers course externe
 – inversions lentes RI/RE contre résistance maximale (PNF, coude fléchi)
 – a mesure des progrès, inversions rapides, puis de plus en plus rapides et avec de moins en moins de résistance, selon le principe «Impulse» [2]
 – étirements raisonnés de type «Stretching»
 – renforcement musculaire excentrique
 – reprogrammation neuro-motrice.

Éducation du patient

– ne pas succomber à la tentation de tirer sans cesse pour voir «si ça fait encore mal»
 – auto-entretien par le Stretching
 – protection articulaire «École de l'épaule».

Bourrelet Glénoïdien

Palpation

– peu utile, les douleurs ne sont pas précises.

Évaluation

– stabilité de l'articulation
 – manœuvre de la «Manivelle» de Liu et al. [3]
 – épreuve d'instabilité
 force musculaire des RI excentrique < RE concentrique = instabilité
 – tests de proprioception.

Actes thérapeutiques

– taping de l'articulation en position indolore
 – renforcement musculaire excentrique
 – reprogrammation neuro-motrice.

Éducation du patient

– vigilance articulaire au moment de la reprise d'activités
 – protection articulaire «École de l'épaule».

Bourse séreuse sous-acromiale

Palpation

– la bourse séreuse est très large, appliquée à la face interne du Deltoïde, elle est palpable si elle est enflammée.

Évaluation

– EVA (la douleur peut être intense)
 – arc douloureux (valeurs goniométrique de début et de fin de douleur)
 – signe du rabot [4].

Actes thérapeutiques

– mobilisation des plans de glissement
 – traitement antalgique
 – s'il s'agit d'une «Bursite calcifiante» avérée: Ultrasons de lyse tissulaire
 – glace sur la bourse séreuse enflammée
 – ionisation d'Aspégic.

Éducation du patient

– protection articulaire «École de l'épaule».

OBJECTIFS DE L'EXAMEN PAR LE PHYSIOTHÉRAPEUTE

Le clinicien s'impose deux principes:

- d'abord, si possible, il cherche à ne pas passer à côté d'une lésion et soigner pour autre chose
- ensuite, il modifie son attitude en fonction des résultats du bilan-diagnostic.

La règle doit être: «je procède en fonction de l'orientation que me donne l'examen clinique de la région».

OBSERVATION FONCTIONNELLE DE SUIVI DE TRAITEMENT

Plusieurs modalités s'affrontent, généralistes ou maladie-spécifiques, fonctionnelles ou basées sur la métrologie. Si la goniométrie reste incontournable, le Bilan Fonctionnel permet de suivre les progrès dans le réel: ce que le patient est capable de faire.

Consignes: cercler ce que le patient peut faire – ajouter la date.

1. Epreuves simples

Main poche opposée	Oui – Non
Main boucle ceinture	Oui – Non
Main épaule opposée	Oui – Non
Main sternum	Oui – Non

2. Difficulté moyenne

Main vertex	Oui – Non
Main taille homolatérale	Oui – Non
Main nuque homolatérale	Oui – Non
Main fesse	Oui – Non

3. Très difficile

Main poche homolatérale	Oui – Non
Main oreille controlatérale	Oui – Non
Main dos homolatéral	Oui – Non
Main épaule homolatérale	Oui – Non

Il faut noter que ce bilan ne s'accompagne pas de scores chiffrés, il s'agit de critères de fonction.

LES PIÈGES DES SCORES CHIFFRÉS

Conçus à des périodes différentes, par des personnes ou équipes différentes, les scores chiffrés n'évoluent pas forcément dans le même sens. En tant qu'outil de communication rapide, c'est une grande faiblesse. La première mesure de sécurité consiste à spécifier pour le lecteur le sens de l'évolution: soit en incréments (du normal vers le pire), soit en décrétement (du pire vers le normal). Quelques exemples suivent:

Score UCLA

Il présente l'avantage de séparer l'échelle de la douleur et l'examen de la fonction. Malheureusement, les échelles de douleur et fonction évoluent du pire vers le mieux (0 = le pire; 10 = pas de gêne) [5].

Score SPADI

Le questionnaire fonctionnel détaillé évolue du mieux vers le pire (1 = pas de gêne; 10 = maximum possible) [6].

ANNONCE

Otto Bock
SUISSE AG

Poursuivez une vie active grâce aux aides d'Otto Bock Suisse!

Votre interlocuteur et partenaire pour:

- Fauteuils manuels
- Fauteuils électriques
- Appareils de rééducation
- Rééducation en pédiatrie
- Coussins d'assise

Otto Bock Suisse AG
Pilatusstrasse 2 • 6036 Dierikon
Telefon: 041 455 61 71
Fax: 041 455 61 70

Veillez m'adresser des documentations:

Mme/ M.: _____

Rue: _____

CP/Ville: _____ Tél.: _____



Score SST

Il est uniquement fonctionnel, et ne précise pas de score chiffré [7]. La douleur, si elle persiste, perturbe la fonction. Le questionnaire de fonction nous paraît de ce fait suffisant pour juger de la qualité des résultats.

Score de Constant

Cet outil, créé pour évaluer les résultats de la chirurgie, convient aux chirurgiens, mais pas au physiothérapeute, et ceci pour trois raisons majeures:

1. Le score de la douleur se fait sur 15 points et non 10 comme l'échelle EVA, plus généralement utilisée. Certaines versions font apparaître une échelle inversée (0 = intolérable; 15 = aucune douleur).
2. L'évaluation de la force musculaire avec dynamomètre fait appel à des valeurs trop importantes (12 kg, à bout de bras), et oublie l'échelle du testing musculaire, très largement utilisée dans le monde entier, aisément compréhensible par tous les correspondants.
3. Le score final additionne des points de douleur, d'amplitude, de fonction et de force musculaire, de sorte que le chiffre final est un amalgame qui ne permet pas de comprendre quel est le problème majeur du patient.

Enfin, la complexité de ce score rebute certains professionnels, qui cherchent une manière plus simple de communiquer les résultats obtenus.

Score d'évaluation de résultats

Il n'y a pas de règle, mais on doit se souvenir que le score de douleur «EVA», largement utilisé, évolue en incréments, de 1 = pas de douleur vers 10 = douleur maximale possible. Cette évolution laisse une empreinte forte dans l'esprit du lecteur, qui sera très décontenancé par une évolution inverse.

Le choix est vaste parmi les «Outils-papier» qui peuvent transmettre une information chiffrée, reflet de l'état clinique du patient. Traduire un état par un chiffre se heurte souvent à l'objection du «pas tout à fait comme...», mais permet de montrer à l'évidence que le patient a progressé grâce au traitement (prouver que ce que l'on fait apporte quelque chose au patient...). Ainsi, passer du score 4 au score 2 (cf. l'Étape 2: le relatif, démontre l'efficacité de l'intervention).

CONCLUSION

L'épaule douloureuse est une entité fréquente en physiothérapie libérale. Le diagnostic médical est souvent sommaire, le généraliste s'en remettant aux investigations palpatoire et cinésiologique qui sont mieux maîtrisés par le physiothérapeute.

Les symptômes «piégeurs» relèvent d'une rigueur méthodologique d'identification qui doit permettre de diminuer le coût économique d'une pathologie bien embarrassante pour les professionnels de santé.

Les actes de physiothérapie pour une épaule douloureuse nécessitent une corrélation avec l'outil de bilan. A partir d'une évaluation précise des structures incriminées (capsule-ligaments, muscles-tendons, bourrelet glénoïdien, bourse sous-acromiale) et selon l'apparition des symptômes, le physiothérapeute pourra prendre en charge son patient de façon optimale et suivre son évolution par les scores de fonction et de douleur. Le modèle proposé «PETE» (Palpation, Évaluation, Thérapeutique, Éducation) permet cet abord différencié.

RÉFÉRENCES

1. Dossier «Évaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire», ANAES 1999.
 2. ALBERT M. Entraînement musculaire et isocinétisme excentriques. Paris, Masson 1997, pp. 111-147.
 3. LIU SH, HENRY HH, NUCCION SL. A prospective évaluation of a new physical examination in predicting glenoid labral tears. Am J Sports Med, 1996; 24/6:721-725.
 4. HOFFMEYER P. L'examen clinique de l'épaule. Recueil des communications FARD 2000. pp 1-21.
 5. RODDEY TS, OLSON SL, COOK KF, GARTSMAN GM, HANTEN W. Comparison of the UCLA shoulder scale and the SST with the SPADI index: single-administration reliability and validity. Phys Ther 2000; 80: 759-768.
 6. ROACH KE, BUDIMAN-MAK E, SONGSIRIDEJ N, LERTRATANAKUL Y. Development of a shoulder pain and disability index, SPADI, Arthritis Care Res., 1991; 4: 143-149.
 7. LIPPITT SB, HARRYMAN DT, MATSEN FA. Simple Shoulder Tests (SST) in The Shoulder: a balance of mobility and stability (Matsen & Hawkins, Edit). Rosemont, Ill, American Academy of Orthopædic Surgeons 1993: 501-530.
- NB: pour obtenir les fiches de bilan: www.afrek.fr