

CAPSULITE ADHÉSIVE À L'ÉPAULE
TRAITEMENT CONSERVATEUR EN PHYSIOTHÉRAPIE
DR DAVID BLANCHETTE • DR PATRICK LAVIGNE • DR BENJAMIN LÉGER-ST-JEAN

LIGNES DIRECTRICES POUR LE SUIVI EN PHYSIOTHÉRAPIE

DESCRIPTION DE LA PATHOLOGIE : La capsulite adhésive à l'épaule, aussi appelée épaule gelée ou « *frozen shoulder* », est une pathologie caractérisée par une douleur et l'apparition progressive de restrictions de mouvement. On décrit deux types de capsulites adhésives : la capsulite idiopathique et la capsulite secondaire (post-traumatique, post-opératoire, diabète, autre). En matière de critères diagnostiques, la capsulite est définie par une perte de mobilité passive de 25 % dans au moins deux plans de mouvement combinée à une perte de 50 % de rotation externe par rapport au côté sain. Dans d'autres études, la capsulite se définit comme une perte de mobilité passive de 50 % dans une direction ou plus et une durée de symptômes d'au moins trois mois.

PROGNOSTIC : Les preuves sont mitigées quant au pronostic de la capsulite adhésive à l'épaule. Cette pathologie tend à se résorber naturellement en un à trois ans. Les bénéfices découlant de l'ajout de physiothérapie au traitement de la capsulite adhésive à l'épaule ne font pas l'unanimité. Une récente revue systématique rapporte que la majorité des études sont en faveur de la physiothérapie pour réduire la douleur et améliorer la fonction et l'amplitude articulaire. Toutefois, les traitements ne modifieraient pas la progression de la pathologie.

OBJECTIFS DU TRAITEMENT : Dans toutes les phases de la capsulite, l'objectif est de diminuer la douleur, augmenter l'amplitude articulaire et la fonction. **Il est important de respecter la douleur du patient et d'éviter d'augmenter la douleur de façon importante lors des mobilisations, des exercices à la maison et lorsque le patient effectue ses activités quotidiennes.**

INDICATION DE TRAITEMENT :

- Douleur à l'épaule
- Diminution d'amplitude articulaire active ou passive
- Diminution de force à l'épaule
- Diminution de fonction

FRÉQUENCE DU TRAITEMENT : 1 à 2 traitements par semaine au départ, peut être augmenté à 2 à 3 traitements par semaine dans les phases d'augmentation progressive de la mobilité ou post-arthrographie distensive.

DURÉE DU TRAITEMENT : variable

ÉVALUATION :

- Amplitude articulaire gléno-humérale;
- Mobilité accessoire gléno-humérale;
- Amplitude articulaire scapulo-thoracique, cervicale et thoracique;
- Contrôle scapulaire (rythme scapulo-huméral);
- Force.

Quatre phases ont été décrites à partir d'études arthroscopiques de la capsule articulaire.

	DESCRIPTION	BUTS
PHASE 1 : Phase préadhésive (0 à 3 mois)	<ul style="list-style-type: none"> - Réaction inflammatoire de la synoviale sans formation d'adhérences; - Présence de douleur, surtout la nuit, sans perte de mobilité; - Symptômes non spécifiques; - Irritabilité importante. 	MAINTIEN <ul style="list-style-type: none"> - Diminuer la douleur; - Conserver amplitude articulaire.
PHASE 2 : Phase de gel	<ul style="list-style-type: none"> - Synovite aiguë avec prolifération de la synoviale et formation d'adhérences; - Douleur et perte de mobilité progressive; - Irritabilité importante. 	MAINTIEN <ul style="list-style-type: none"> - Diminuer la douleur; - Éviter une perte d'amplitude articulaire trop importante; - Conserver la fonction.
PHASE 3 : Phase gelée	<ul style="list-style-type: none"> - Diminution de la synovite avec fibrose plus importante; - Diminution de mobilité importante avec douleur moins sévère; - Irritabilité modérée. 	GAIN <ul style="list-style-type: none"> - Éviter la douleur; - Éviter une perte d'amplitude articulaire trop importante; - Conserver la fonction.
PHASE 4 : Phase de décongélation	<ul style="list-style-type: none"> - Fibrose importante; - Augmentation progressive de la mobilité avec douleur minime; - Irritabilité faible. 	GAIN <ul style="list-style-type: none"> - Regagner l'amplitude articulaire; - Regagner la fonction.

TRAITEMENT

PHASE DE MAINTIEN :

- Éducation : éviter les mouvements augmentant la douleur;
- Modalités antalgique : glace/électrothérapie;
- Mobilisations passives et actives-assistées de bas grade (II-/III-) en gléno-huméral pour conserver les amplitudes articulaires;
- Mobilisations articulaires douces en gléno-huméral;
- Débuter l'enseignement des exercices pour les muscles péri-scapulaires et la correction du rythme scapulo-huméral;
- Programme d'exercices à domicile : maintien des amplitudes, respecter la douleur;
- Maintien des activités fonctionnelles de base en respectant la douleur.

PHASE DE GAIN :

- Éducation : augmenter l'utilisation du membre supérieur atteint;
- Poursuite du traitement des régions cervicales/thoracique/scapulo-thoracique et des articulations sterno-claviculaires et acromio-claviculaires selon les résultats de l'évaluation;
- Mobilisations passives, actives-assistées de haut grade (III/IV, III+/IV+) en gléno-huméral pour augmenter les amplitudes articulaires;
- Mobilisations articulaires plus intenses en gléno-huméral;
- Exercices de renforcement des muscles péri-scapulaires et de la coiffe des rotateurs;
- Correction du rythme scapulo-huméral;
- Mobilisations neurales au besoin;
- Programme d'exercices à domicile : amplitude/renforcement/contrôle musculaire du rythme scapulo-huméral;
- Modalités antalgiques (glace/chaleur) *au besoin*;
- Activités fonctionnelles plus intenses/retour au sport.

OBJECTIFS POUR LE CONGÉ DE TRAITEMENT :

1. Diminution importante de la douleur;
2. Retour à un niveau de fonction satisfaisant pour le patient.

DIRECTIVES AU PATIENT AU MOMENT DU CONGÉ : Poursuivre au domicile un programme de renforcement et de souplesse adapté à sa condition.

Rédaction : Véronique Lowry, pht

Révision technique : Benjamin Léger-St-Jean, MD, FRCSC, chirurgien orthopédiste

Révision linguistique : Marie Léger-St-Jean

Publication : Mars 2017

RÉFÉRENCES

1. Kelley MJ, McClure PW, Leggin BG. Frozen shoulder: evidence and a proposed model guiding rehabilitation. *The Journal of orthopaedic and sports physical therapy*. 2009;39:135-48. Epub 2009/02/06.
2. Kelley MJ, Shaffer MA, Kuhn JE, Michener LA, Seitz AL, Uhl TL, Godges JJ, McClure PW. Shoulder pain and mobility deficits: adhesive capsulitis. *The Journal of orthopaedic and sports physical therapy*. 2013;43:A1-31. Epub 2013/05/03.
3. Neviasser AS, Neviasser RJ. Adhesive capsulitis of the shoulder. *The Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons*. 2011;19:536-42. Epub 2011/09/03.
4. Struyf F, Meeus M. Current evidence on physical therapy in patients with adhesive capsulitis: what are we missing? *Clinical rheumatology*. 2014;33:593-600. Epub 2014/01/01.
5. Standard of care: Shoulder adhesive capsulitis. Boston, MA: Brigham and Women's Hospital, Department of Rehabilitation Services; 2007. 9 p.