

RÉADAPTATION ET PRÉVENTION DES BLESSURES À L'ÉPAULE

Par le Dr Eduard Alentorn-Geli

Il existe une multitude de pathologies au niveau de l'**épaule** et chacune a ses particularités en termes de **rééducation** et de **prévention**. Cependant, il existe un certain nombre de principes de base qui peuvent être communs à un grand nombre de **blessures**, tant en termes de réadaptation que de prévention.

En ce qui concerne la prévention des blessures à l'épaule, le principe fondamental est d'avoir une bonne **mobilité articulaire** et un **renforcement musculaire**, tant de la **coiffe des rotateurs** que de **des** muscles péri-scapulo-huméraux. Si vous n'avez pas une mobilité adéquate, il sera nécessaire d'effectuer **des étirements adéquats** de l'épaule, du **tronc** et de la **colonne vertébrale**. Une mobilité adéquate permettra aux **articulations** de fonctionner plus normalement et il y aura également une prévention des blessures musculaires et articulaires. Une musculature adéquate est essentielle dans le cas de l'épaule. Cette articulation est très mobile mais moins stable que les autres articulations. De plus, il a la particularité que certains de ses **tendons** les plus importants sont assez délicats d'un point de vue biologique et structurel. La **coiffe des rotateurs** est un ensemble de **muscles** et de **tendons** qui entourent l'épaule comme s'il s'agissait d'un brassard, ce qui a la fonction importante de déplacer la main dans l'espace mais en même temps d'apporter **de la stabilité** à l'articulation (l'empêchant de glisser hors de sa place). La coiffe des rotateurs est composée du **sus-épineux**, de l'**infra-épineux**, du **petit rond** et du **sous-scapulaire**. De plus, il y a la **partie longue du biceps** qui est étroitement liée à la coiffe des rotateurs. Par conséquent, avoir une coiffe des rotateurs solide sera essentiel pour éviter les problèmes d'**instabilité de l'épaule** (lorsque l'humérus proximal sort de la cavité glénoïde). De plus, le maintien de ces tendons forts aidera à réduire le risque de pathologie de la coiffe des rotateurs telle que le **syndrome sous-acromial** ou les **ruptures de tendon**.

La coiffe des rotateurs peut être renforcée par des exercices de **musclature** (élastiques, poids libres ou machines) qui impliquent tous les mouvements de l'épaule : **abduction** (ou séparation du bras du tronc), **adduction** (ou jonction du bras au tronc), **élévation antérieure** (amener la main devant le corps), extension de l'**épaule** (ramener la main du corps), **la rotation interne** (rapprocher la main du ventre ou du dos au moyen d'un mouvement de rotation) et **la rotation externe** (éloigner la main du ventre au moyen d'un mouvement de rotation).

La rééducation après une **blessure** à l'épaule dépendra en grande partie de la blessure elle-même prise en compte. L'objectif en termes de mobilité est qu'elle soit symétrique, et non au-dessus du côté sain. Le travail de mobilité articulaire doit être effectué dans un premier temps par un **physiothérapeute** expert, car il est très fréquent que la perte de mobilité **gléno-humérale** (de l'épaule) soit compensée par la mobilité **scapulo-thoracique** (de l'**omoplate** ou de l'**omoplate**). Cela signifie que le patient lèvera le bras non pas au détriment de l'épaule, mais de l'épaule. Le kinésithérapeute identifiera cette **compensation** et sera en mesure de bloquer l'épaule pour travailler manuellement sur la mobilité gléno-humérale ou de l'épaule, l'augmentant ainsi. Le **patient** peut être invité à effectuer des exercices par lui-même à la maison pour compléter le travail dans le centre de **physiothérapie**, mais il ne faut pas oublier que ce travail de mobilité peut être effectué d'une manière compensée par d'autres segments du corps (y compris la **colonne vertébrale**). Les compensations musculaires entraînent des contractures musculaires qui peuvent être douloureuses et limiter la mobilité en elles-mêmes. Par conséquent, **la massothérapie** ou le **massage** par le physiothérapeute sera également d'une grande aide.

Une fois que le patient a toute la mobilité après sa blessure ou sa chirurgie, l'étape suivante consistera à récupérer le tonus, le volume et la fonction musculaires. S'il est vrai que la récupération de la mobilité et de la force peut se chevaucher, un excès de travail musculaire lorsque le patient n'a pas encore une mobilité complète implique un risque d'apparition ou de persistance de la douleur. La façon la moins agressive et la moins douloureuse de travailler le muscle, surtout si vous n'êtes pas encore complètement mobile, est la **contraction isométrique**. La contraction isométrique est une contraction qui se produit sans mouvement. Comme il n'y a pas de mouvement, il n'y a pas de possibilité de douleur irritante (comme dans le **syndrome sous-acromial**) ou d'étirement des structures enflammées (comme dans **la capsulite rétractile**). Le patient peut effectuer une routine d'exercice isométrique à différents angles de mobilité. Le travail musculaire devrait, au fur et à mesure que la mobilité progresse, évoluer vers une **contraction dynamique**. Il est recommandé de faire d'abord des exercices dynamiques analytiques, c'est-à-dire qu'il s'agit d'exercices dans lesquels un muscle ou un groupe musculaire est spécifiquement travaillé, et non d'exercices plus globaux. Progressivement, des exercices plus généraux qui impliquent plus de groupes musculaires (**chaînes musculaires**) **peuvent être ajoutés**. De même, un autre paramètre à modifier petit à petit serait l'amplitude de mouvement de ces exercices de force dynamique. Lorsque le travail dynamique commence, l'amplitude du mouvement doit être faible et l'augmenter progressivement jusqu'aux limites de chaque mouvement.