

LES TENDINOPATHIES DE LA COIFFE DES ROTATEURS

Livret à destination des patientes
et des patients

Épaule au TOP

Geoffroy Nourissat - Chirurgien orthopédiste
Frédéric Srouf - Kinésithérapeute

Introduction	2
Les traitements	4

SOMMAIRE

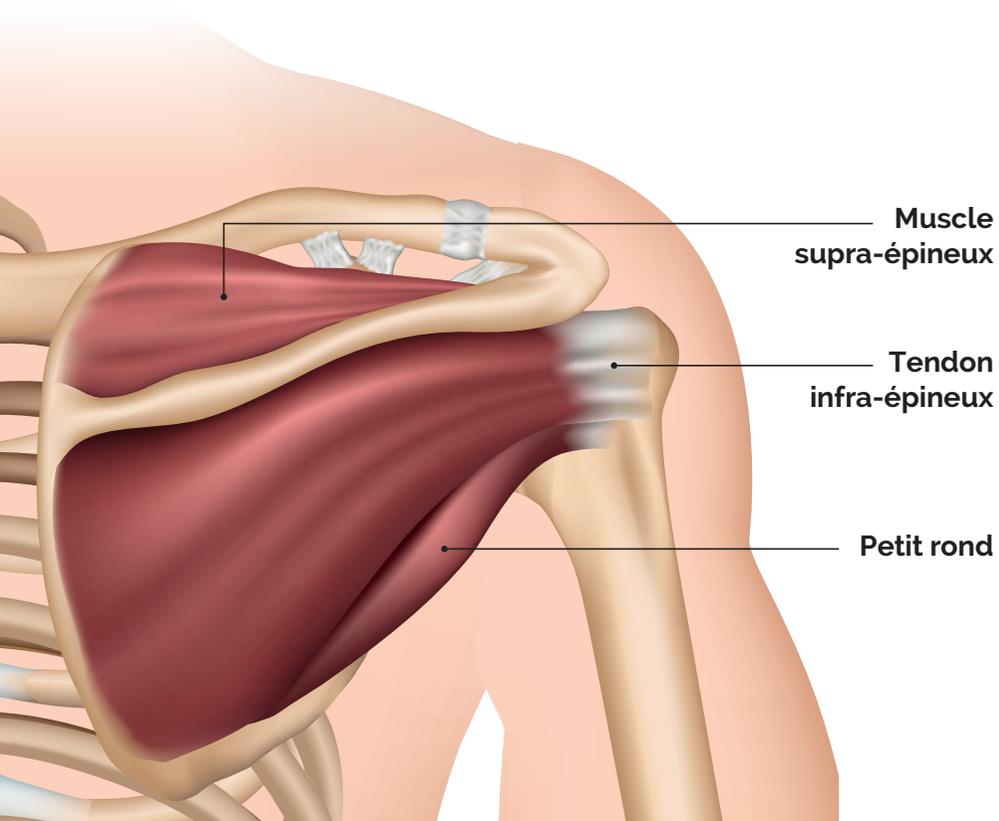
Modalités de réalisation des exercices	7
Exercices & rééducation	8
Exercices statiques	9
Exercices dynamiques	12

Le tendon est un tissu conjonctif composé de fibres de collagène assez peu vascularisé.

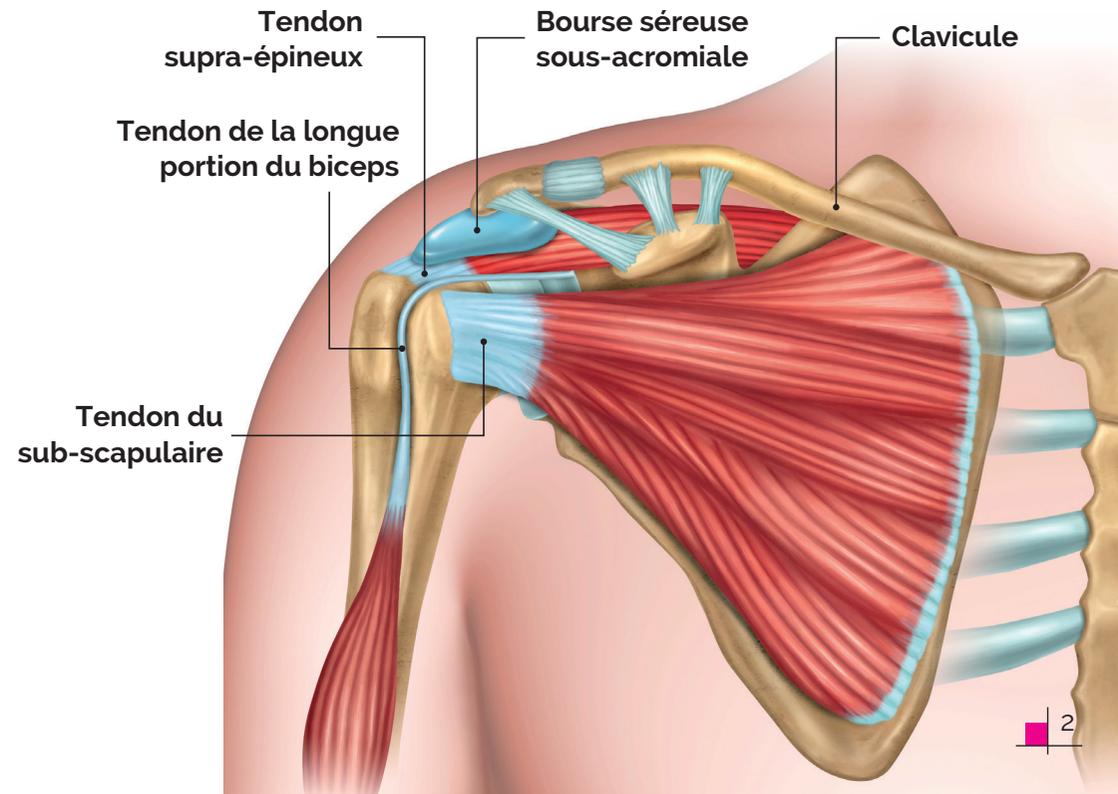
Cette faible vascularisation explique qu'il a du mal à cicatriser, c'est à dire à se réparer seul. Le tendon prolonge le muscle et vient s'insérer (s'accrocher) sur l'os.

La coiffe des rotateurs est un ensemble de 4 muscles qui se prolongent par leur tendon respectif : le supra-épineux, l'infra-épineux, le sub-scapulaire et le petit rond. À cet ensemble s'ajoute la longue portion du biceps.

Vue de dos



Vue de face



Tous n'ont pas la même importance au niveau de l'épaule et **le tendon du supra-épineux qui est le plus souvent incriminé dans les douleurs d'épaule est loin d'être le plus indispensable.**

Les tendons de la coiffe des rotateurs ne sont pas indépendants les uns des autres, ils constituent une nappe qui « coiffe » la tête de l'humérus.

Les tendinopathies de la coiffe des rotateurs sont parmi les plus fréquentes du corps. Le terme de tendinite est parfois utilisé mais il semble impropre car le « ite » en médecine définit des pathologies inflammatoires. Or, **il semblerait qu'il n'y ait pas ou peu d'inflammation au niveau des tendons de la coiffe des rotateurs.** La longue portion du biceps peut être davantage le siège d'une inflammation ; on parle alors de tendinite du long biceps ou de tenosynovite.

Une tendinopathie correspond à une **modification de la structure du tendon mais aussi de sa fonction.** Elle est fréquemment **associée à de la douleur** et parfois **à une perte de force.**

Les tendinopathies de la coiffe des rotateurs sont plus ou moins douloureuses en fonction

de **la présence ou non d'une bursite associée.** Il peut exister une image de tendinopathie sans que cela ne se traduise par une anomalie de la fonction de l'épaule.

Certaines tendinopathies peuvent être à l'origine de douleurs peu ou moyennement intenses essentiellement déclenchées lors de mouvements quand d'autres provoquent des douleurs plus intenses, constantes le jour et la nuit. **Il y a donc probablement plusieurs types de tendinopathies** : c'est pour cela que **le diagnostic issu de l'imagerie** (échographie, scanner, IRM) **n'est pas suffisant** pour confirmer l'origine de la douleur et le meilleur traitement à mettre en place.

LES TRAITEMENTS

Le meilleur traitement des tendinopathies de la coiffe des rotateurs est le **traitement conservateur** comprenant un **abord médical** essentiellement pour calmer la douleur et un **abord de rééducation** pour redonner à l'épaule et au bras toutes leurs fonctions.

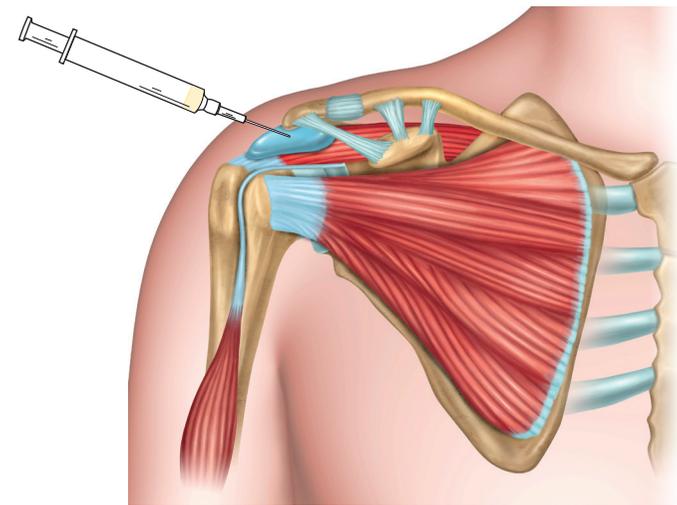
LE TRAITEMENT MÉDICAL

Le **traitement médical dépend du niveau de douleur et de handicap**. Il consiste en la prescription de médicaments à prendre par voie orale, essentiellement des antalgiques plus ou moins forts.

Les **anti-inflammatoires non stéroïdiens sont prescrits en dernier ressort** compte tenu de leurs effets secondaires possibles.

Votre médecin peut vous prescrire, en fonction des résultats de son examen clinique, une imagerie. Une **radiographie et une échographie sont suffisantes** pour poser le diagnostic médical de tendinopathie. **Il n'est pas nécessaire de recourir à des examens d'imagerie plus coûteux tels que le scanner ou l'IRM.**

Si l'échographie révèle une **bursite importante** et qu'elle est **associée à de fortes douleurs** qui ne cèdent ou ne diminuent pas à l'aide d'un traitement antalgique classique d'une semaine, alors **une infiltration de corticoïde dans la bourse sous-acromiale peut être envisagée** classiquement après 3 mois d'évolution. Elle se fera obligatoirement sous contrôle de l'imagerie (échographique ou radiographique).



Les injections de PRP (Plasma Riche en Plaquettes) n'ont montré aucun intérêt.

Le médecin vous prescrira des séances de rééducation afin que votre épaule retrouve sa fonction, sa force et soit indolore.

LA KINÉSITHÉRAPIE

Le traitement de rééducation constitue le principal pilier de votre traitement. Si les médicaments ont permis de diminuer vos douleurs, la rééducation a pour objectif de pérenniser les résultats et de tenter de prévenir les récurrences.

Elle est basée essentiellement sur **l'apprentissage et la réalisation d'exercices détaillés dans ce livret ainsi que de techniques et mobilisations manuelles.**

La physiothérapie (ultrasons, courants électriques, laser, ondes de choc...) n'a pas montré d'efficacité dans le traitement des tendinopathies non calcifiantes.

LA PRÉVENTION

La tendinopathie des tendons de la coiffe des rotateurs peut se développer après un traumatisme ou une activité importante sur une épaule mal préparée (élagage, déménagement, port de charges lourdes, activité physique ou sportive inadaptée...), après une activité répétée et micro-traumatique (gestuelle sportive ou professionnelle) ou une agression chronique

comme la consommation de tabac ou la prise de certains médicaments comme les statines. Elle peut également être favorisée par des maladies chroniques comme le diabète.

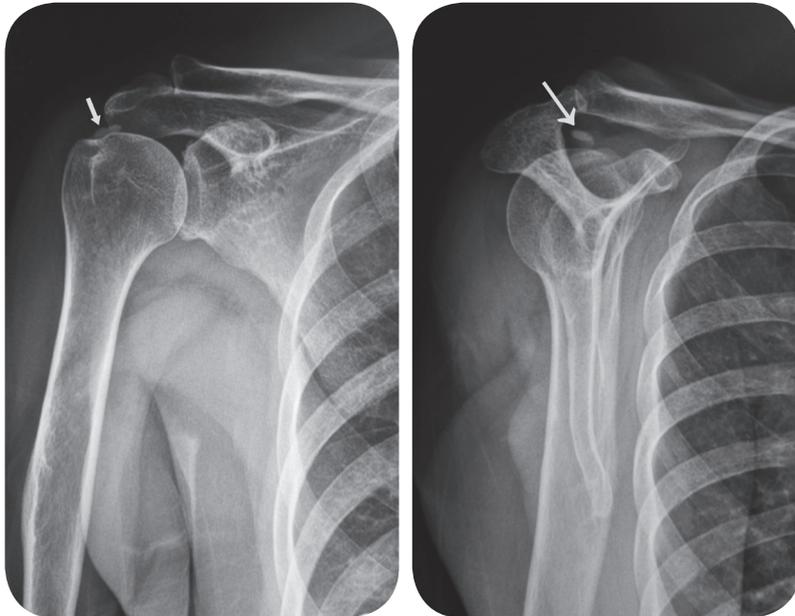
Comme pour l'ensemble des tendons de l'organisme, **la meilleure prévention des tendinopathies est de maintenir une activité physique régulière, modérée et adaptée.**

Le suivi médical de votre médication ou de votre maladie chronique constitue également une surveillance importante.

LA PLACE DE LA CHIRURGIE

De la même manière que la chirurgie n'est pas le traitement de référence dans le mal de tête, **la chirurgie n'est pas le traitement de référence du mal de l'épaule.** Dans la grande majorité des cas les tendinopathies ne sont pas rompues et les symptômes disparaissent sans opération. La chirurgie peut constituer une option thérapeutique en cas de rupture du tendon. Utiliser la chirurgie pour réaliser une excision de la bourse douloureuse et réaliser une acromioplastie (raboter la partie inférieure de l'acromion qui parfois agresse le tendon) peut exceptionnellement être proposé.

LE CAS PARTICULIER DES TENDINOPATHIES CALCIFIANTES



Les tendons de la coiffe des rotateurs peuvent être le siège d'une ou plusieurs calcifications.

Les douleurs d'épaule que vous ressentez ne sont pas forcément en lien avec l'existence de ces calcifications qui sont, dans la grande majorité des cas, indolores.

Ces calcifications disparaissent d'elles-mêmes naturellement. Néanmoins, en cas de douleurs importantes et persistantes, un traitement spécifique peut être mis en oeuvre.

En fonction du type de calcification, du niveau de douleur et des traitements déjà mis en oeuvre, il peut être proposé **un traitement de kinésithérapie notamment par ondes de choc, également une infiltration dans la bourse séreuse, voire une trituration-aspiration de la calcification.** Dans de rares cas, la chirurgie pourra être proposée afin de procéder à une excision de la calcification.

Les calcifications douloureuses sont souvent associées à une raideur de l'épaule. Assouplir l'épaule par un traitement de rééducation adapté permet généralement de diminuer voire de faire disparaître les douleurs. **Les exercices présentés ci-après peuvent être appliqués dans le cas de ces tendinopathies calcifiantes, après accord de votre kinésithérapeute.**

MODALITÉS DE RÉALISATION DES EXERCICES

Les exercices présentés dans ce livret constituent des exemples et la liste n'est pas exhaustive. Votre kinésithérapeute vous en proposera peut-être des différents ou adaptera ceux présentés ci-après. Dans tous les cas **suivez ses recommandations en ce qui concerne leur réalisation, leur fréquence ainsi que les modalités d'exécution.**

Peu de matériel est nécessaire pour mettre en œuvre une rééducation d'une tendinopathie de l'épaule et ce, que vous soyez sportif ou sédentaire : un ou deux élastiques, deux haltères (ou des charges équivalentes comme des bouteilles d'eau), **de la volonté et de la persévérance !**

En fonction de l'examen clinique qui est réalisé, **la rééducation a pour objectifs de vous soulager, de restaurer les mobilités de votre épaule, de la renforcer mais aussi de tenter de prévenir les récurrences.**

IMPORTANT

Lors de la réalisation de vos exercices des douleurs peuvent apparaître. Avant d'arrêter de les pratiquer il est important de vous demander :

- Si la douleur ressentie pendant l'exercice est différente de celle aiguë que vous ressentez habituellement
- Si le niveau de douleur ressentie pendant l'exercice est acceptable
- Si la douleur s'estompe et disparaît à la fin de l'exercice

Si vous répondez positivement à ces questions il est probable que cette douleur au début des exercices finira par disparaître au fur et à mesure de leurs réalisations et qu'elle correspond au **reconditionnement progressif de vos tendons et de vos muscles.**

 Parlez-en à votre kinésithérapeute.

EXERCICES

& RÉÉDUCATION

Pendant l'exécution de vos exercices **pensez à inspirer et expirer régulièrement.**

N'oubliez pas de vous hydrater en buvant par exemple une gorgée d'eau à la fin de chaque série d'exercice.

Vous pourrez poursuivre la réalisation de certains des exercices prescrits par votre kinésithérapeute à l'issue de votre rééducation et ce, afin de **diminuer le risque de récurrence** ou tout simplement dans le cadre d'une routine d'entraînement de votre sport.

INDICATIONS RELATIVES AUX EXERCICES

- Exercice À NE PAS EFFECTUER
- Exercice À EFFECTUER

Nb = Nombre de répétitions du mouvement

Nb/J = Nombre de fois par jour

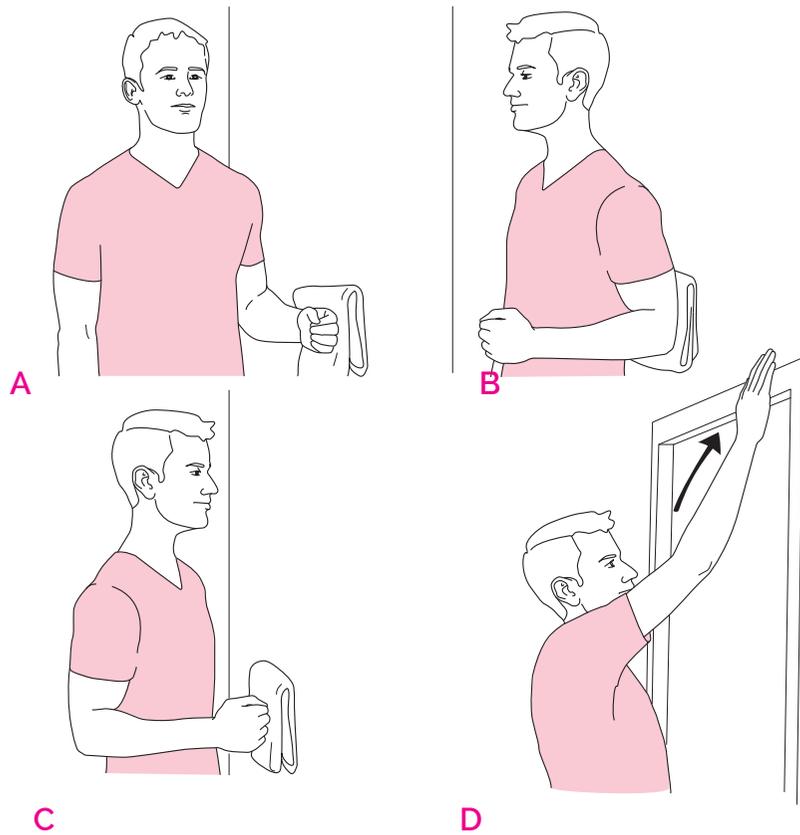
Exemple :

Nb	Nb/J
15	2

 Il faut lire :
Exercice à répéter 15 fois
2 fois par jour



..... Temps de maintien de la position



EXERCICES STATIQUES

1 - En position debout et redressée :

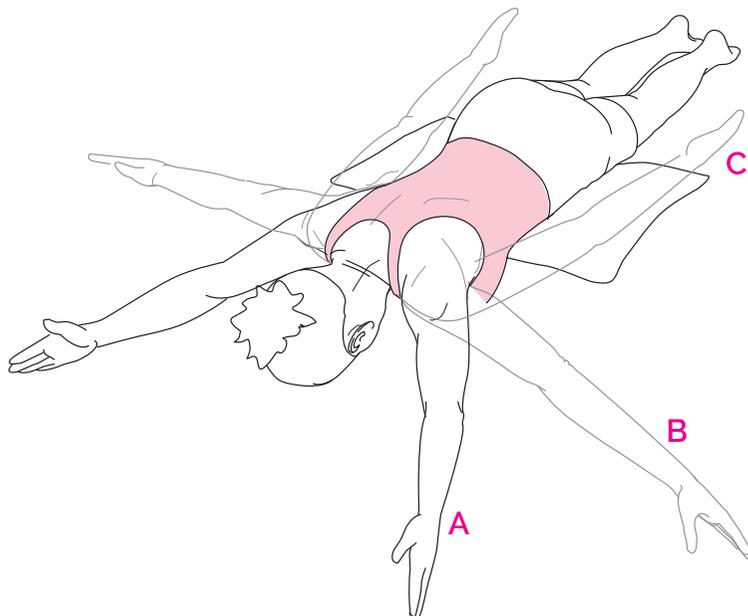
Appuyez sur le mur et maintenez  secondes.

- A
- B
- C
- D

Nb	Nb/J

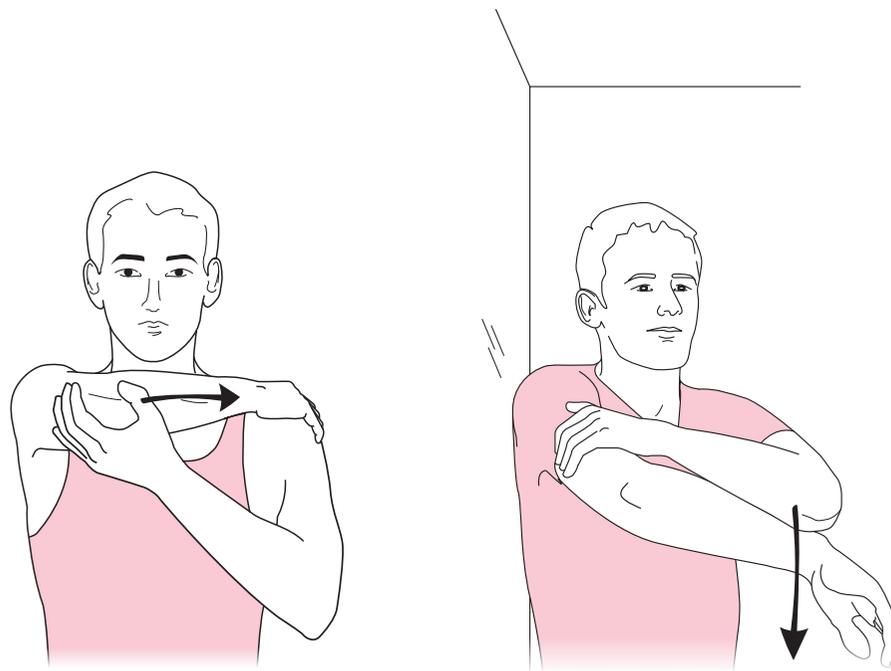
2 - En position allongée sur le ventre :

Vous pouvez placer un coussin sous votre ventre si cela rend la position plus confortable. Maintenez la position A, B, ou C,  secondes.



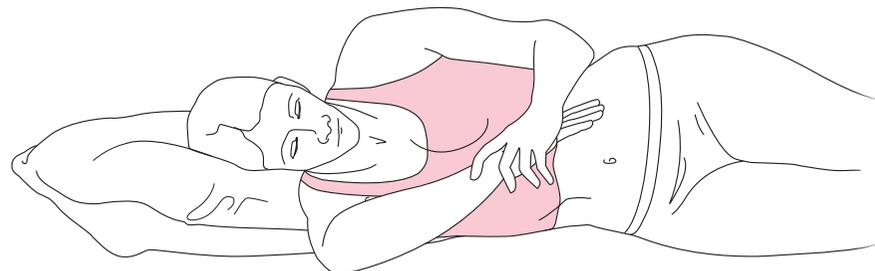
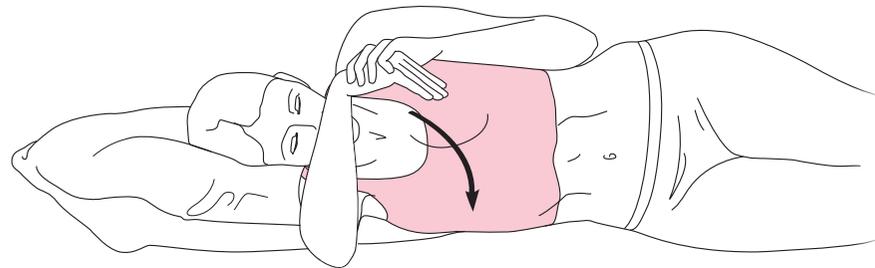
- A
- B
- C

Nb	Nb/J



A

B



3 - En position debout ou assise :

- A - Redressez-vous et croisez votre bras douloureux sur votre poitrine en gardant l'épaule basse pour maintenir votre omoplate fixée pendant l'étirement. Maintenez  _____ secondes.

Nb Nb/J



- B - Une variante consiste à exécuter l'étirement en plaquant votre omoplate contre un mur et éventuellement, en progression en poussant sur votre avant-bras vers le bas. Maintenez  _____ secondes.

Nb Nb/J

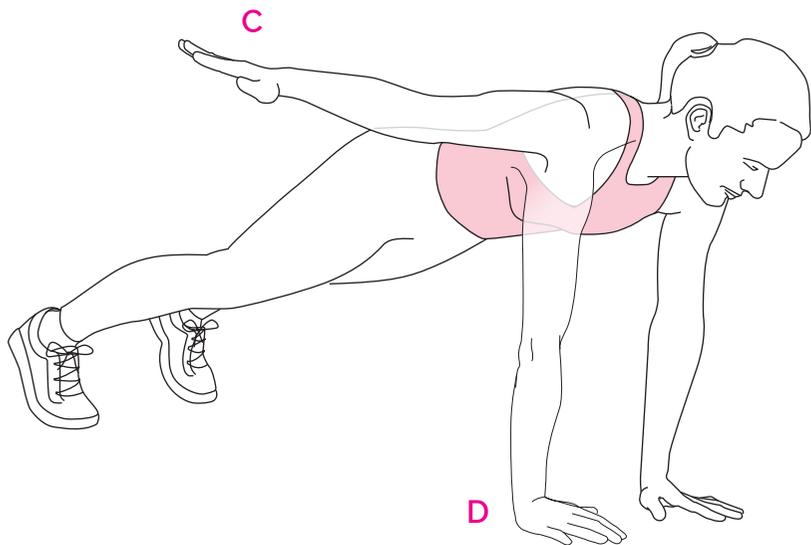
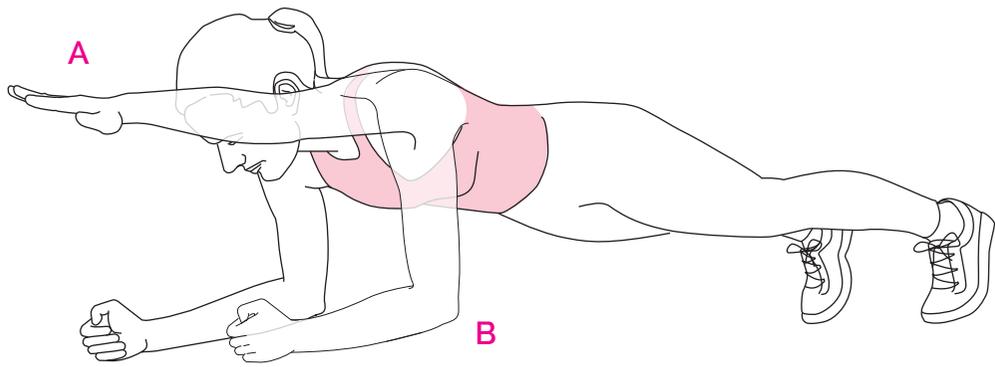


4 - En position allongée sur votre côté douloureux :

- Poussez votre main vers le bas au maximum sans déclencher de douleur à l'intérieur de l'épaule (flèche rouge). Maintenez  _____ secondes.

Nb Nb/J





5 - En appui sur vos avant-bras ou sur vos mains :

Tenez la position A, B, C ou D en contractant vos abdominaux et en regardant vers le bas. Ne bloquez pas votre respiration ! Maintenez la position A, B, C ou D,  _____ secondes.

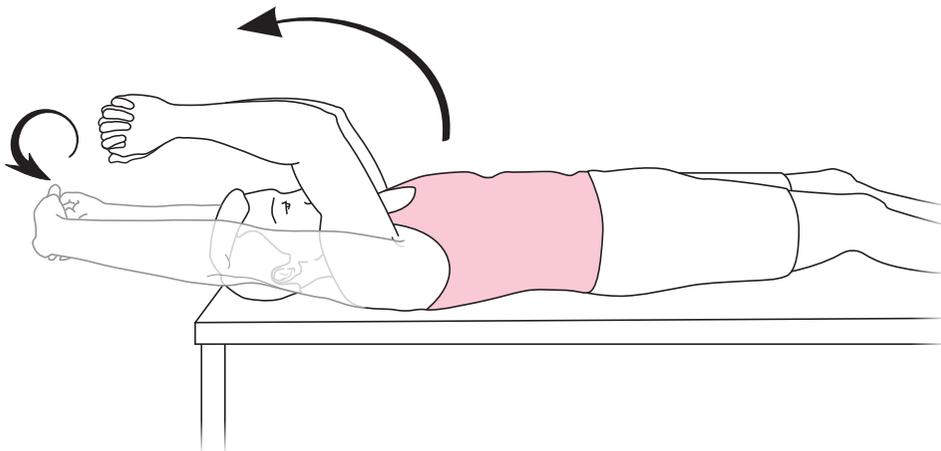
- A
- B
- C
- D

Nb	Nb/J
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EXERCICES DYNAMIQUES

Si votre épaule a perdu des mobilités vous devez les récupérer. Qu'il s'agisse d'exercices statiques (cf. p. 16 à 21) ou dynamiques, vous ressentirez progressivement plus d'aisance dans vos mouvements. Pour cela **vous devez les pratiquer plusieurs fois par jour.**

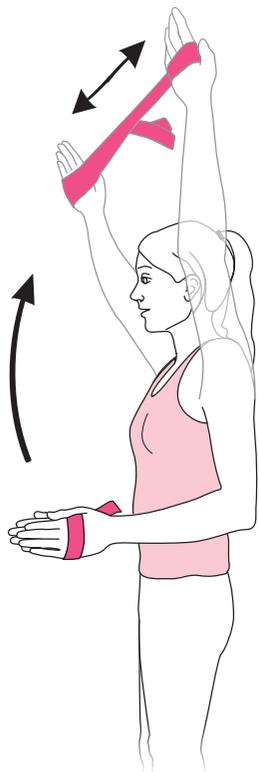
6 - En position allongée, assise ou debout :



Étirez vos bras au dessus de votre tête jusqu'à ressentir une sensation d'inconfort. Vous pouvez aussi retourner vos paumes de mains pour accentuer l'étirement

Nb	Nb/J

Position : allongée assise debout



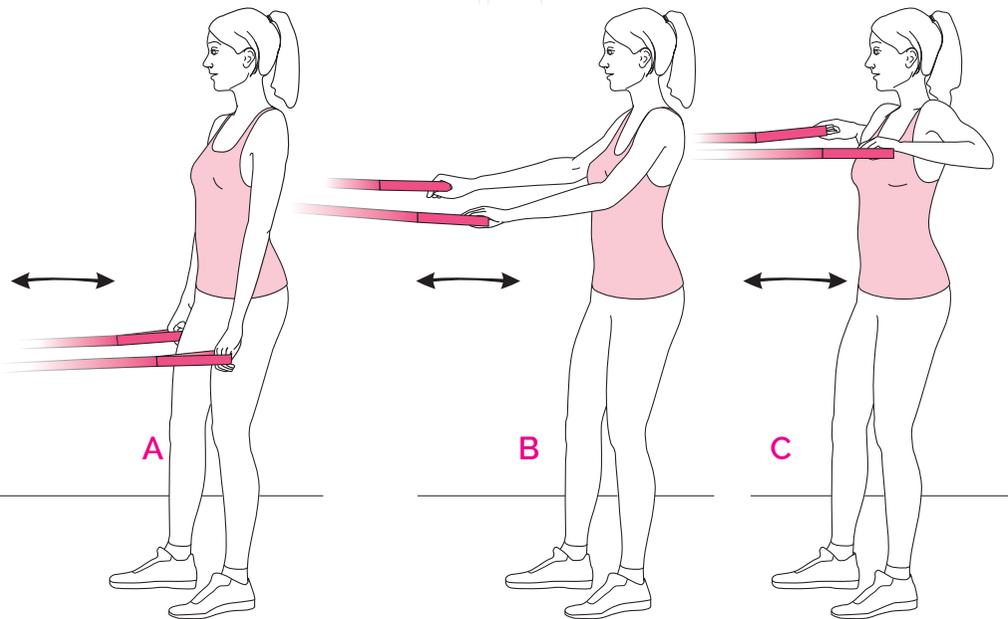
7 - En position allongée ou debout :

Écartez les bras contre une faible résistance élastique et portez les bras en arrière le plus loin possible en contrôlant la vitesse du mouvement.

Nb	Nb/J

Position : allongée debout

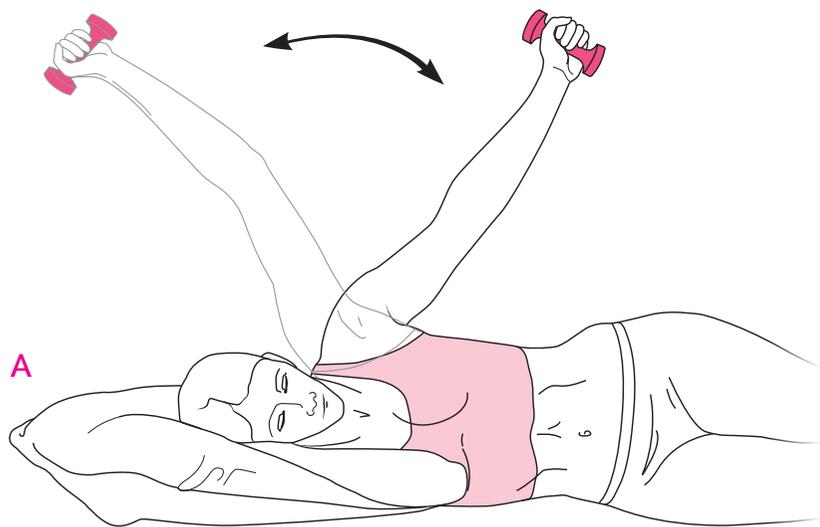
8 - En position debout et après avoir fixé fermement l'élastique à un support :



Tirez latéralement l'élastique en positionnant vos bras comme votre kinésithérapeute vous l'a prescrit (plus ou moins éloignés du corps).

- A
- B
- C

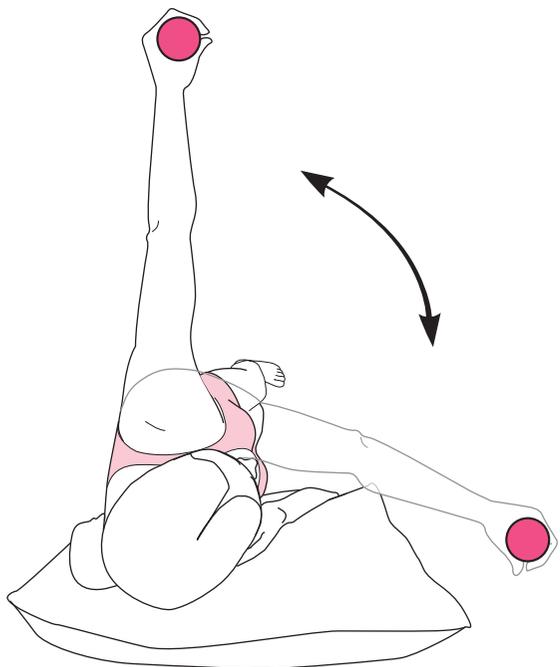
Nb	Nb/J



A

9 - En position allongée sur le côté sain :

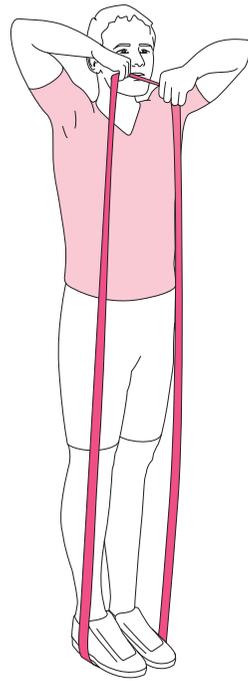
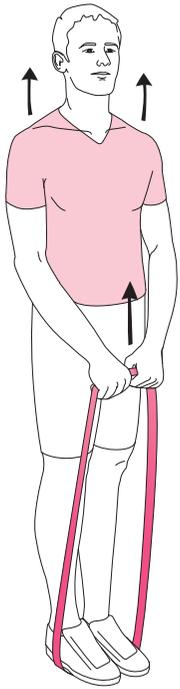
Soulevez un haltère suivant la direction A ou B et suivant la charge préconisée par votre kinésithérapeute.



B

- A
- B

Nb	Nb/J



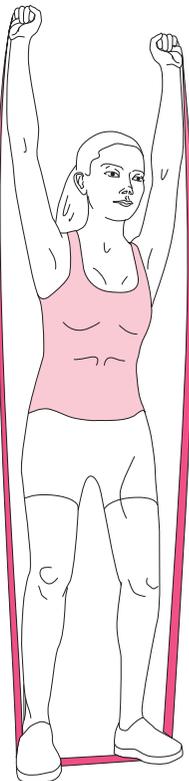
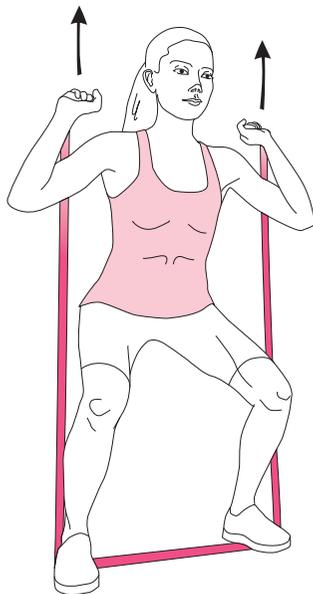
10 - En position debout et redressée :

Nb Nb/J



Placez l'élastique sous vos pieds et tirez-le jusqu'à votre menton en le gardant proche de votre corps.

- Si votre kinésithérapeute le juge utile vous pouvez hausser les épaules préalablement puis tirer sur l'élastique dans un second temps.



11 - En position debout, jambes écartées :

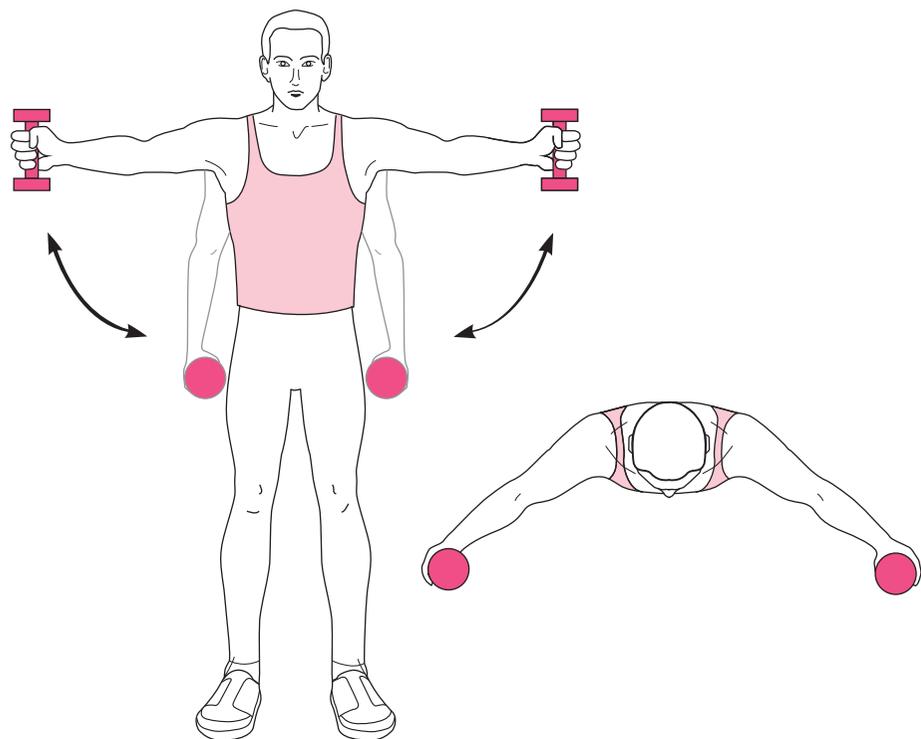
Nb Nb/J



Placez un élastique sous les pieds et saisissez les extrémités fermement. Fléchissez les cuisses en position de squat en plaçant vos bras à angle droit.

- Redressez-vous et tendez les bras en même temps.

L'idéal est que l'élastique reste suffisamment tendu en position jambes fléchies et que vous puissiez le tendre au maximum en position redressée.



12 - En position debout :

Soulevez deux haltères latéralement.

- La position des bras et le poids des haltères sont définis par votre kinésithérapeute.

Nb	Nb/J

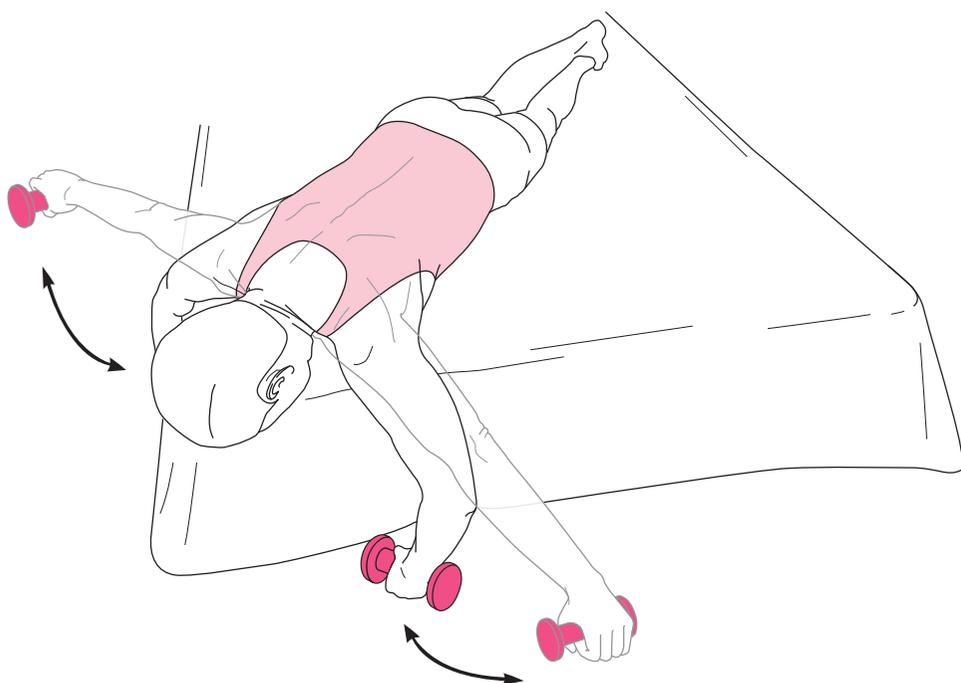


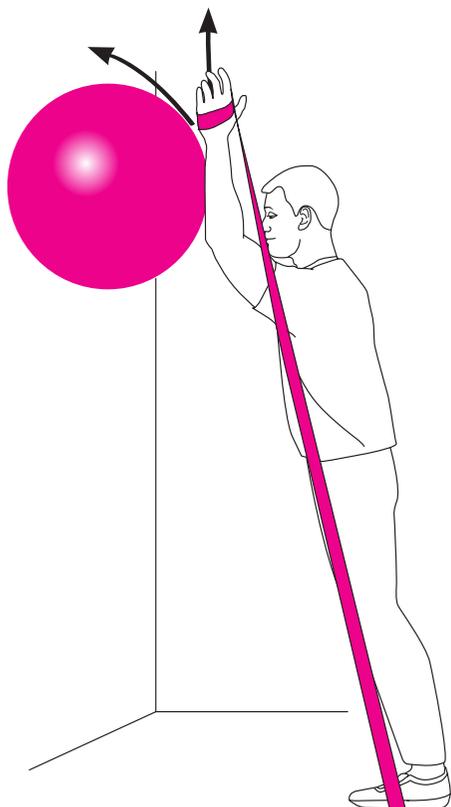
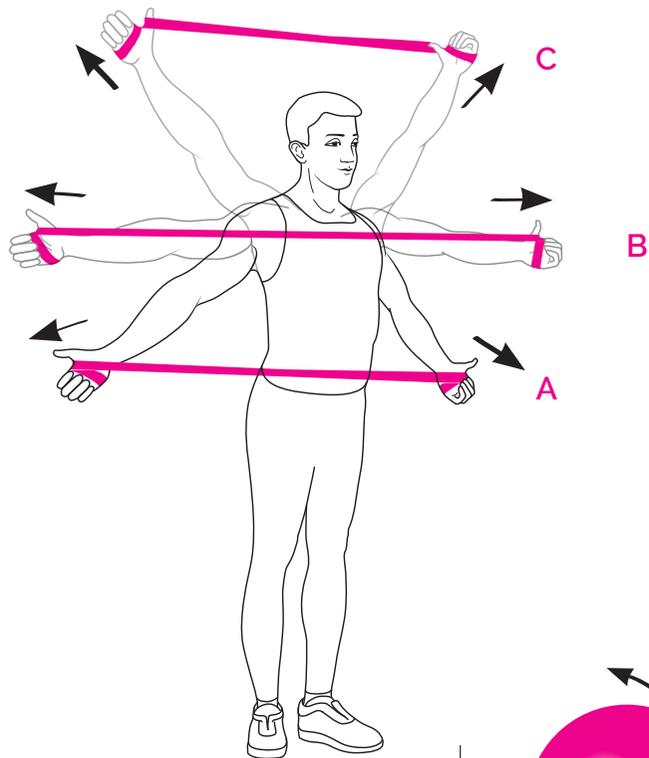
13 - En position allongée sur le ventre sur votre lit, les bras pendant de part et d'autre :

- Ecartez les bras latéralement avec un haltère dans chaque main de :

500g 1kg 1,5kg 2kg 3kg

Nb	Nb/J





14 - Debout à l'aide d'un élastique :

Écartez l'élastique en pointant vos pouces vers l'arrière. Ajustez la tension en fonction de l'objectif recherché.

- A
- B
- C

Nb	Nb/J

15 - Face à un mur avec un ballon de gymnastique :

-

Faites glisser le ballon vers le haut en vous appuyant dessus autant que de besoin. Augmentez l'amplitude du mouvement au fur et à mesure de votre progression.

Nb	Nb/J

Retrouvez les informations sur
Épaule au TOP :

www.epauleautop.com

