



---

# Capsulite rétractile

Jacques VAILLANT  
(kinésithérapeute –PT- PhD)

# Généralités



- Enraidissement progressif et initialement douloureux de l'articulation gléno-humérale
- = épaule gelée (Frozen Shoulder)
- Elle peut être primitive, constituer la phase froide d'un syndrome algodystrophique de l'épaule, être secondaire à un conflit de la coiffe

# Signes cliniques

- Douleur spontanée
- Restriction de la mobilité passive



# Physiopathologie

- Diminution du volume de la cavité articulaire
- Perturbations de la bourse sous-acromiale, la bourse du sub-scapulaire, la gaine du long-biceps
- Inflammation de la capsule articulaire, de la bourse sous acromiale et des ligaments (prolifération fibroblastes et myofibroblastes, présence de protéines contractiles)
- Augmentation du niveau de substance P dans le plasma



# Traitement

- Médical:
  - Antalgiques (Paracétamol, Paracétamol + codéine),
  - Anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS),
  - Injections intra-articulaire de cortico-stéroïdes,
  - Mobilisations sous anesthésie
  - Libération capsulaire sous-arthroscopie
  - Distensions capsulaires (Hydrodilatation)
  
- Kinésithérapique

# Evolution

- Bon pronostic
- Evolution lente (18 mois à 24 mois)
- Terrain propice au développement (?) :
  - un choc psychologique (licenciement, deuil, divorce...),
  - un contexte anxieux ou dépressif,
  - un diabète.

# Phase algique (primaire)

- Examen kinésithérapique:
  - Rechercher les causes,
  - Evaluer la douleur (EVA, notamment),
  - Examen tégumentaire (inflammation),
  - Examen articulaire et musculaire du rachis cervical, du rachis thoracique, du complexe de l'épaule, score de Constant
- Traitement kinésithérapique:
  - Cryothérapie
  - Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS)
  - Mobilisation infra-douloureuse

# Phase de raideur

- Examen kinésithérapique:
  - Anamnèse, traitement médical?
  - Douleur (EVA, horaire, mouvement...)
  - Examen tégumentaire
  - Examen morphostatique
- Recherche de drapeaux rouges



## Épaule douloureuse et raide/ Capsulite rétractile

En cas :

- Âge compris entre 40 et 65 ans.
- Le patient rapporte une installation graduelle et progressive de la douleur et de la raideur.
- Douleur et raideur limitent et perturbent le sommeil, la toilette, l'habillement et les prises.
- La mobilité passive de la gléno-humérale (amplitude de mouvement) est limitée dans de multiples directions, avec la rotation externe, amplitude la plus limitée, plus particulièrement en adduction.
- Les amplitudes de rotation externe et interne de la gléno-humérale sont réduites quand l'humérus est abducté de 45 à 90°.
- Les mouvements passifs dans les amplitudes complètes de la gléno-humérale reproduisent les douleurs de l'épaule décrites par le patient.
- Les glissements et les mouvements accessoires de l'épaule sont réduits dans toutes les directions.

## Diagnostic différentiel

En cas:

- Amplitude de mouvement de l'épaule normale.
- Présence de signes radiologiques d'arthrose de gléno-humérale.
- Les amplitudes de rotation externe et interne de la gléno-humérale sont augmentées quand l'humérus est abducté de 45 à 90°.
- La douleur rapportée par le patient est reproduite en palpant les structures myofasciales du subscapulaire.
- Le test de tension nerveuse du membre supérieur reproduit les symptômes rapportés par le patient et les douleurs de l'épaule sont modifiées (aggravation ou soulagement) selon la tension nerveuse.
- La douleur d'épaule est reproduite par palpation du site de « piégeage » nerveux.

# Examen articulaire

- Examen des articulations sterno-claviculaire, acromio-claviculaire,
- Examen du rachis cervical et thoracique
- Mobilité de la scapulo-thoracique
- Mobilité de la gléno-humérale

# Examen musculaire

- Contractures, amyotrophies
- « break-test » symétriques
- Extensibilité
- Capacité proprioceptive

# Examen fonctionnel

- Main-bouche, main-front ...
- A.V.Q.
- Professionnel, sportif
- Restrictions de participation à la vie sociale

# Eléments diagnostics

## Forte irritabilité

Caractérisée par :

- Fort niveau de douleur exprimé ( $\geq 7/10$ ).
- Douleur permanente la nuit et au repos.
- Niveaux élevés de handicap objectivés par des outils standardisés d'auto-évaluation.
- Douleur survenant avant la fin d'amplitude de mouvements actifs ou passifs.
- Amplitude de mobilité active significativement plus faible à l'amplitude de mobilité passive, du fait de la douleur.

## Irritabilité modérée

Caractérisée par :

- Niveau modéré de douleur exprimé (4-6/10).
- Douleur intermittente la nuit et au repos.
- Niveaux modérés de handicap objectivés par des outils standardisés d'auto-évaluation.
- Douleur survenant en fin d'amplitude de mouvements actifs ou passifs.
- Amplitude de mobilité active égale à l'amplitude de mobilité passive.

## Faible irritabilité

Caractérisée par :

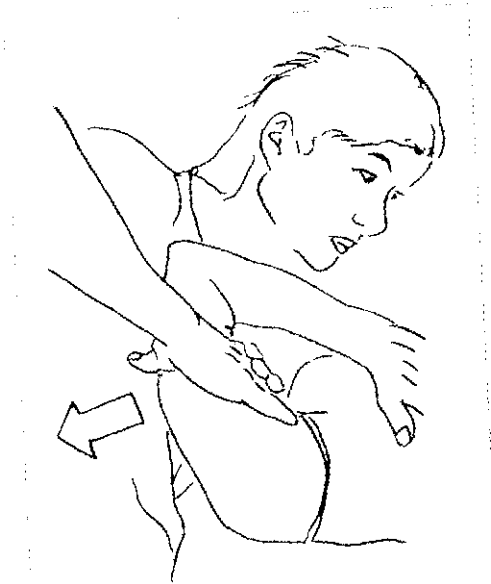
- Faible niveau de douleur exprimé ( $\leq 3/10$ ).
- Pas de douleur la nuit et au repos.
- Niveaux minimums de handicap objectivés par des outils standardisés d'auto-évaluation.
- Douleur survenant en fin d'amplitude de mouvements passifs lors de l'application de surpressions.
- Amplitude de mobilité active égale à l'amplitude de mobilité passive.

# Traitement kinésithérapique

- Massage: région scapulaire, cervicale et muscles adducteurs de l'épaule  
= prépare les techniques articulaires

# Techniques articulaires

- Mobilisations spécifiques +++

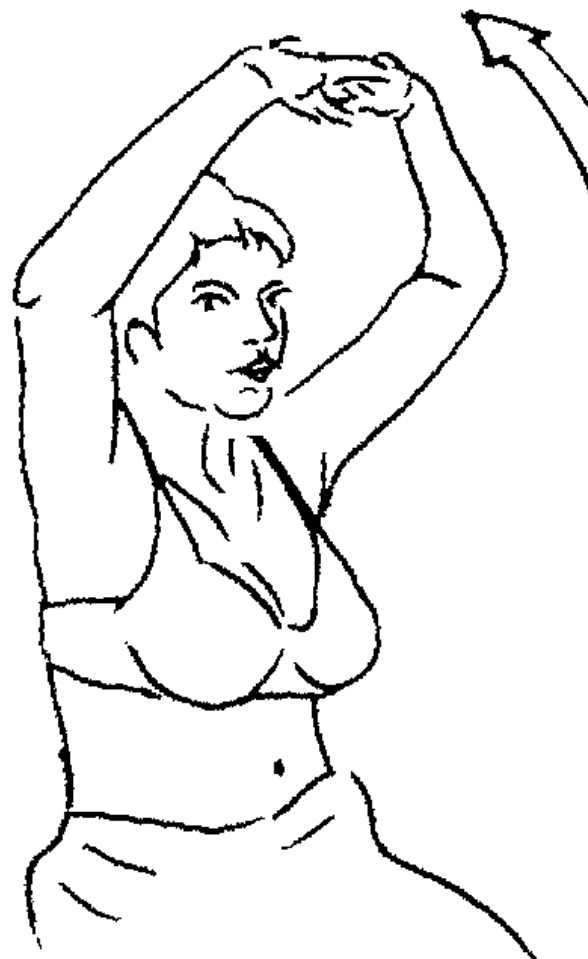
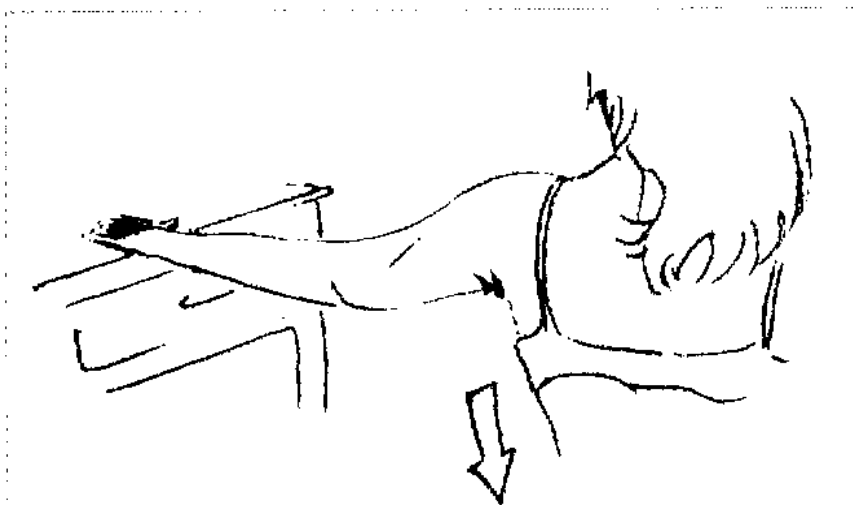


# Techniques articulaires

- Mobilisations actives contrôlées
- Mobilisations actives en balnéothérapie
- automobilisations



# Exercices d'auto-mobilisation



# Traitement antalgique

- Massage
- Thermothérapie (packs froids ou chauds)
- Électrothérapie antalgique (courants de basse-fréquence)

# Techniques à visée musculaire

---

- Recentrage actif
- Renforcement des rotateurs
- Etirements



# Techniques à visée sensori-motrice

- Rythme scapulo-huméral +++
- Reprogrammation neuro-musculaire

→ Réintégration fonctionnelle

# Adaptation selon le niveau de douleur (Kelley et al.)

## DOULEUR IMPORTANTE

### Modalités :

- Chaleur pour diminuer la douleur
- Stimulation électrique pour diminuer la douleur

### Soins auto-administrés/

#### Entraînement à domicile :

- Éducation du patient pour modifier les positions de confort et les activités afin de limiter l'inflammation des tissus et la douleur

#### Thérapie manuelle :

- Mobilisation articulaire de faible intensité dans les mouvements accessoires et les mouvements non douloureux

#### Exercices de mobilité :

- Exercices de mobilisation passive infradouloureuse
- Exercices de mobilisation active aidée infradouloureuse

## DOULEUR MODÉRÉE

### Modalités :

- Chaleur pour diminuer la douleur si nécessaire
- Stimulation électrique pour diminuer la douleur si nécessaire

### Soins auto-administrés/

#### Entraînement à domicile :

- Éducation du patient sur les activités à réaliser afin de gagner en amplitude et en fonction, en évitant de produire une inflammation des tissus et des douleurs

#### Thérapie manuelle :

- Mobilisation articulaire d'intensité modérée progressant en amplitude et en durée sans produire une inflammation des tissus ou des douleurs

#### Exercices d'étirements :

- Étirements d'intensité modérée progressant en amplitude et en durée de l'étirement adapté à la résistance des tissus sans produire une inflammation des tissus ou des douleurs

#### Rééducation neuromusculaire :

- Procédures destinées à intégrer les gains en matière de mobilité dans les mouvements de la scapulo-humérale, tout en effectuant des activités d'élévation avec le bras

## DOULEUR FAIBLE

### Soins auto-administrés/

#### Entraînement à domicile :

- Éducation du patient sur les progressions d'activités fonctionnelles utiles ou de loisirs

#### Thérapie manuelle :

- Mobilisation articulaire en fin d'amplitude, en amplitude complète, et prolongée dans la durée

#### Exercices d'étirements :

- Étirements d'intensité modérée progressant en amplitude et en durée adaptés à la résistance des tissus sans produire une inflammation des tissus ou des douleurs

#### Rééducation neuromusculaire :

- Procédures destinées à intégrer les gains en matière de mobilité dans les mouvements normaux de la scapulo-humérale durant la réalisation d'activités fonctionnelles ou de loisirs

# Références bibliographiques

- Kelley MJ., Shaffer MA., Kuhn JE., *et al.* Shoulder pain and mobility deficits: adhesive capsulitis: clinical practice guidelines linked to the International Classification of Functioning, Disability, and Health from the Orthopaedic Section of the American Physical Therapy Association. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*, 2013, vol. 43, no 5, p. A1-A31.
- Lewis J (2015) Frozen Shoulder contracture syndrome. *Man Ther* 20 : 2-8
- Maund E, Craig D, Suekarran S, et al. Management of frozen shoulder: a systematic review and cost-effectiveness analysis. 2012. In: NIHR Health Technology Assessment programme: Executive Summaries. Southampton (UK): NIHR Journals Library; 2003-. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK91417/>
- <http://www.nhs.uk/Conditions/Frozen-shoulder/Pages/Treatment.aspx>

Merci de votre attention