

LA CAPSULITE RÉTRACTILE

Livret à destination des patientes
et des patients

Épaule au TOP

Geoffroy Nourissat - Chirurgien orthopédiste
Frédéric Srouf - Kinésithérapeute

Introduction	2
Poser le diagnostic de capsulite	3
Les traitements	4

SOMMAIRE

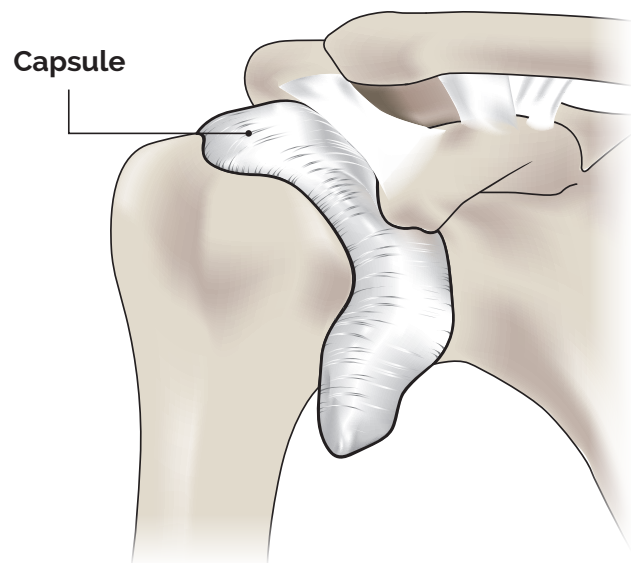
Modalités de réalisation des exercices	7
Auto-mobilisations & auto-étirements	10
Exercices actifs	15

La capsulite rétractile est une pathologie de l'épaule localisée au niveau de l'articulation principale, la gléno-humérale (entre l'humérus et l'omoplate).

Après les pathologies des tendons de la coiffe des rotateurs, c'est l'une des pathologies les plus fréquentes de l'épaule.

Elle touche environ 10% de la population, n'est pas toujours diagnostiquée précocement et son traitement, même s'il est parfaitement connu, n'est pas toujours appliqué de façon efficace.

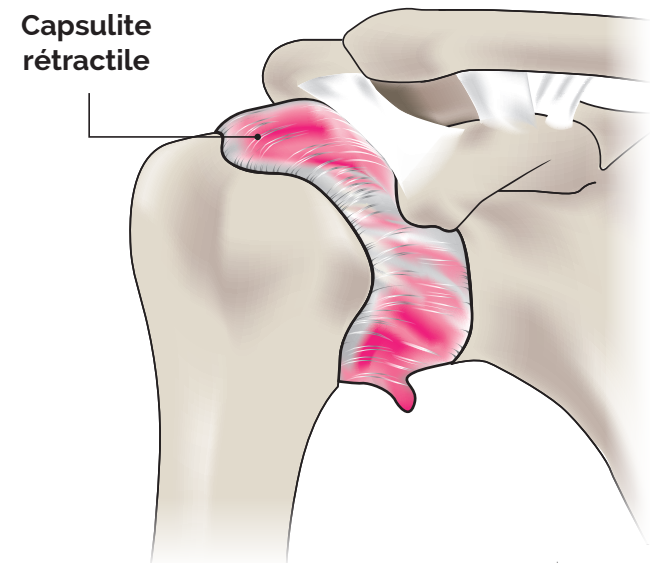
L'objectif de ce livret est de vous donner des informations relatives à cette pathologie afin



de vous rassurer quant à son issue et de vous présenter les meilleurs traitements ayant montré leur efficacité.

La capsule de l'épaule est un tissu conjonctif (composé de fibres de collagène) qui entoure toute l'articulation. Elle est suffisamment lâche pour permettre les mouvements particulièrement amples de l'épaule. Elle présente des épaisissements qui correspondent aux ligaments de l'articulation. Les tendons et les muscles de l'épaule la recouvrent.

La capsulite rétractile est généralement primitive c'est à dire qu'elle se déclenche sans raison connue. Certains facteurs peuvent



favoriser son apparition comme le fait d'**être une femme**, de présenter un **diabète**, une **hyperlipidémie**, d'avoir eu **une capsulite sur l'autre épaule** ou d'avoir eu une **maladie de Dupuytren**. Il ne semble pas que des facteurs psychologiques (dépression, anxiété, stress) favorisent l'apparition de cette maladie.

C'est la douleur en lien avec l'installation de la maladie et les perturbations du sommeil qui peuvent être à l'origine d'un état de fragilité psychologique et non l'inverse.

La capsulite peut également être secondaire, c'est à dire faire suite à une chirurgie de l'épaule, du sein, de la main ou du cœur, ou à un épisode très douloureux en lien avec une calcification de l'épaule.

POSER LE DIAGNOSTIC DE CAPSULITE

Cette pathologie qui est bénigne présente la particularité d'être régulièrement sur-diagnostiquée, c'est à dire que l'on pose ce diagnostic sur une épaule qui présente une autre pathologie mais dont les symptômes sont similaires. Mais

elle est également souvent diagnostiquée tardivement, ce qui augmente la durée de la maladie et les difficultés de récupération.

COMMENT SE MANIFESTE UNE CAPSULITE RETRACTILE ?

Les deux symptômes principaux sont : la douleur et la raideur de l'épaule.

Deux grandes phases sont généralement décrites :

- une phase pendant laquelle **la douleur est au cœur des préoccupations** des patientes et des patients et de celles des professionnels de santé qui tentent de la calmer. Cette phase est souvent nommée « **phase chaude** ».
- une phase pendant laquelle **la récupération fonctionnelle devient la préoccupation principale des patientes et des patients** et l'objectif des professionnels de santé qui les prennent en charge. Cette phase est souvent nommée « **phase froide** ». Néanmoins, il persiste encore des douleurs pendant toute cette phase même si, généralement elles sont moins handicapantes, notamment la nuit.

La capsulite peut durer entre 1 an et 3, voire 4 ans. La différence de durée est probablement en lien avec la présence d'un diabète, la prise en charge médicale tardive et d'autres facteurs non déterminés.

L'apparition de la douleur est progressive et devient de plus en plus intense et insupportable. Elle est présente le jour et la nuit et est majorée par des mouvements du quotidien. Le moindre mouvement brusque du bras peut provoquer une douleur insupportable. Elle est aussi présente quand le bras est immobile. **Cette phase d'augmentation de la douleur est limitée dans le temps et dure en général entre 6 et 8 mois.**

Le traitement de la douleur pendant cette phase peut avoir un impact sur sa durée et sur la durée totale de la maladie. **Il est donc important de ne pas attendre que les douleurs s'estompent d'elles-mêmes et de proposer rapidement les traitements ayant prouvé leur efficacité** afin de diminuer au plus vite cette phase inflammatoire et de mettre en œuvre le traitement de rééducation visant à restaurer les mobilités et la fonction de l'épaule.

LES TRAITEMENTS

Le meilleur traitement de la capsulite rétractile est un traitement médical associé à un traitement de rééducation. D'autres traitements alternatifs sont souvent proposés (acupuncture, ostéopathie, mésothérapie, phytothérapie...) mais ils n'apportent pas d'efficacité supplémentaire au fait d'attendre que la pathologie guérisse d'elle-même et ne permettent pas de diminuer le temps de récupération.

Le recours à la chirurgie est rarissime et ne doit être envisagé qu'en dernier ressort au stade des éventuelles séquelles.

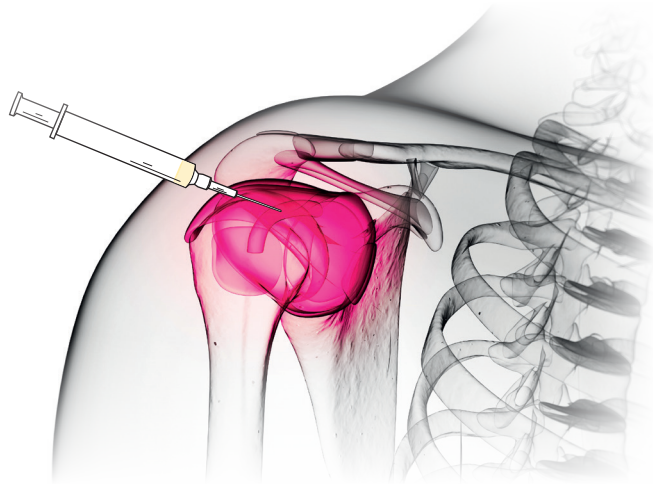
LE TRAITEMENT MÉDICAL

Le traitement médical a pour seul et unique objectif de calmer la douleur. Pour cela, **le diagnostic de capsulite rétractile doit être posé rapidement.** Il est posé suite à un entretien et un examen cliniques assez simples. Une radiographie et une échographie de l'épaule sont prescrits pour écarter tout autre cause de la douleur.

Les examens plus couteux (scanner, IRM) ne sont pas nécessaires.

Après avoir posé ce diagnostic une **infiltration de cortisone peut être proposée et devrait être réalisée**. Même s'il n'est pas obligatoire, ce traitement permet, lorsqu'il est réalisé dans les meilleures conditions, de **diminuer la douleur et de raccourcir les délais de guérison**.

Il a été montré que cette infiltration était d'autant plus efficace qu'elle était réalisée le plus tôt possible. En ce sens, toute errance thérapeutique (rdv médicaux multipliés, retard à la prise de décision, délai de prise en charge allongé) retarde inutilement la guérison.



Les modalités de réalisation de cette infiltration — unique ou multiple, associée ou non à une arthro-distension (arthro-dilatation), suivie immédiatement ou de façon différée d'une rééducation — dépendent des habitudes des différentes équipes médicales et de rééducation.

Une chose est certaine : **l'infiltration intra-articulaire doit être réalisée sous contrôle d'imagerie**. Elle est peu douloureuse et doit être **suivie d'un traitement de rééducation**.

Elle n'est pas nocive même si certaines contre-indications d'ordre médicales existent et sont connues de votre médecin. Les effets secondaires des corticoïdes injectés dans une articulation sont moins importants que ceux des corticoïdes pris par voie orale.

Si l'injection n'est pas possible ou souhaitée, des médicaments antalgiques peuvent vous aider à mieux supporter vos douleurs notamment la nuit. Une consultation en centre référent de traitement de la douleur peut parfois s'avérer utile en cas de persistance de symptômes douloureux non maîtrisés.

LA KINÉSITHÉRAPIE

Le traitement de rééducation constitue le principal pilier de votre traitement. Si l'infiltration a permis de diminuer vos douleurs, la rééducation va permettre de vous faire récupérer la fonction de votre épaule et une indolence complète.

Elle peut débuter dès le début de l'apparition des symptômes douloureux mais prend toute son importance lorsque les douleurs sont maîtrisées après la réalisation d'une infiltration, afin de récupérer les mobilités de l'épaule.

Si les douleurs ne doivent en théorie pas augmenter la nuit et les jours qui suivent une séance de rééducation, **les séances de kinésithérapie ne peuvent pas être totalement indolores.** En ce sens, votre kinésithérapeute va vous expliquer la différence entre les sensations de « tiraillements » lors des exercices et les douleurs qu'il est préférable d'éviter.

En effet, lors des séances de rééducation et d'auto-rééducation vous pouvez ressentir un inconfort. Cette sensation est normale et

acceptable si elle vous permet de gagner en mobilités sans augmenter vos douleurs la nuit et les jours qui suivent votre séance.

La rééducation 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...) n'a pas montré d'efficacité particulière dans le traitement de la capsulite rétractile.



Votre kinésithérapeute vous accompagne tout au long de votre traitement et vous aide à être plus autonome.

LA PLACE DE LA CHIRURGIE

La règle est de ne pas opérer une capsulite rétractile.

Certains proposent de mobiliser l'épaule sous anesthésie générale mais cette technique n'est pas sans risque et pourrait être à l'origine de lésions tendineuses, voire de fracture.

Dans de rares cas, après avoir constaté un échec de la rééducation et du traitement médical une chirurgie peut être proposée sur les capsulites primitives. Elle vise à ouvrir la capsule (capsulotomie) afin de faire récupérer les mobilités de l'épaule. **Ce geste ne traite pas la douleur mais la perte de mobilité.** Par conséquent elle n'est jamais réalisée en phase dite « chaude » car elle augmenterait la douleur et la gravité de la capsulite.

La chirurgie est davantage proposée dans les capsulites post-opératoires ou post traumatiques et vise à décoller les différents tissus (arthrolyse) afin de récupérer la mobilité. Néanmoins, dans ce cas il est probable qu'il ne s'agisse pas de vraies capsulites mais plutôt de raideurs post-opératoires assez fréquentes notamment après fracture.

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.**

Les maîtres-mots de la rééducation sont **persévérance et régularité.**

Ne vous découragez pas, vous aurez peut-être parfois l'impression de stagner mais **vos progrès seront réels.**

Prenez-vous en photo, ou réalisez une marque sur un mur à l'endroit maximum de votre élévation de bras tous les 15 jours cela vous aidera peut-être à **objectiver vos progrès.**



ASTUCES

Dédiez un temps spécifique à votre auto-rééducation afin de réaliser vos étirements au calme et de façon optimale.

N'oubliez pas d'inspirer et d'expirer régulièrement pendant leur exécution.

Plus vous réaliserez vos exercices fréquemment meilleure sera votre récupération.

N'hésitez pas pour cela à répéter vos exercices toutes les 2-3 heures.

Si en plus de vos exercices vous trouvez que l'application de chaud ou de froid vous fait du bien, **vous pouvez appliquer l'un ou l'autre en fonction de votre ressenti.**

IMPORTANT

Il est primordial de **continuer à utiliser votre bras dans la vie quotidienne** afin de ne pas accentuer l'installation de la raideur de votre épaule.

Si vous réalisez des mouvements, quelle que soit la direction, et que ces mouvements ne sont pas brusques, **aucun geste ni aucune activité n'est interdite par principe.**

Il faudra probablement le temps de votre récupération arrêter la pratique de votre sport si ce dernier sollicite beaucoup votre bras (tennis, golf, natation) et que ce dernier est trop raide et/ou douloureux **mais dès que vous pourrez réaliser votre geste sportif et même s'il est imparfait vous pourrez reprendre progressivement votre activité.**

MATÉRIEL NÉCESSAIRE À LA RÉALISATION DE VOS EXERCICES

- Elastique
- Haltères (ou équivalent bouteilles d'eau...)
- Baton
- Autres : _____

QUESTIONS

Si en pratiquant vos exercices vous vous posez des questions, notez-les ici pour les poser à votre kinésithérapeute lors de votre prochain rendez-vous.

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

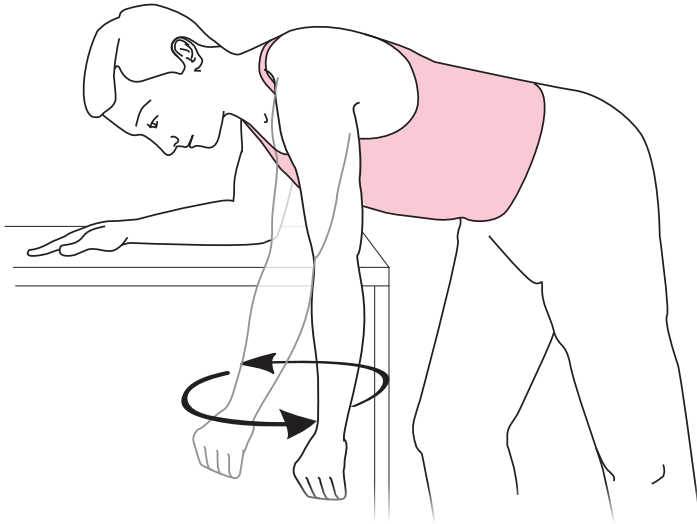
Exemple :

Nb	Nb/J
15	2

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

 Temps de maintien de la position

AUTO-MOBILISATIONS & AUTO-ÉTIREMENTS



Les auto-mobilisations et les auto-étirements sont à réaliser plusieurs fois par jour. Ils peuvent, lors de leur réalisation, provoquer une sensation d'inconfort. Cette sensation disparaît généralement à la fin de l'exercice. Pensez à vous relâcher pendant que vous les réalisez afin d'atteindre les amplitudes maximales de votre épaule.

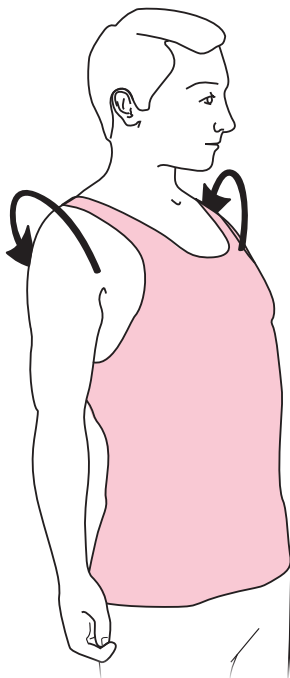
1 - Régulièrement dans la journée, réalisez le pendulaire :

Cet exercice n'a pas pour objectif de vous faire progresser en terme de mobilité. Mais il peut, lorsque vous avez mal et que vous sentez vos muscles « tendus », participer à vous détendre et à diminuer vos douleurs. Réalisez le mouvement tel que votre kinésithérapeute vous l'a appris.

Nb	Nb/J



- mal et que vous sentez vos muscles « tendus », participer à vous détendre et à diminuer vos douleurs



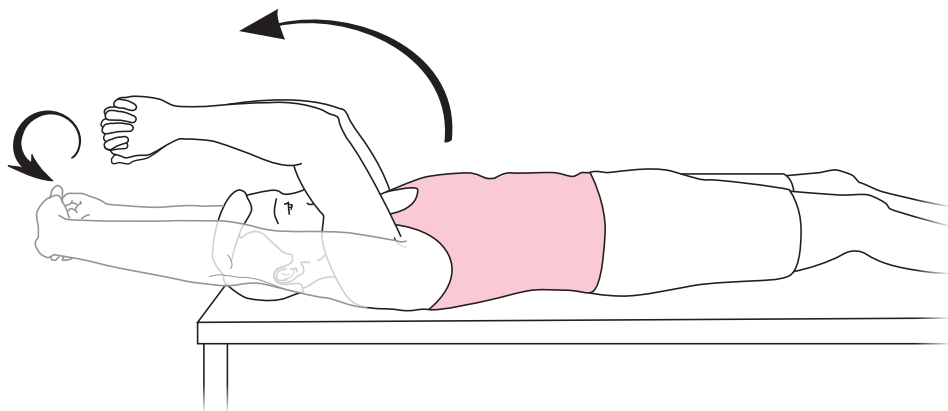
2 - Déroulez vos épaules :

Cet exercice mobilise les articulations de l'épaule qui ne sont pas touchées par la capsulite rétractile. Il vous permettra, comme le pendulaire, de faciliter vos mouvements de bras.

Nb	Nb/J



- comme le pendulaire, de faciliter vos mouvements de bras.



3- En position allongée, assise ou debout :

Étirez vos bras au-dessus de votre tête jusqu'à ressentir un inconfort.

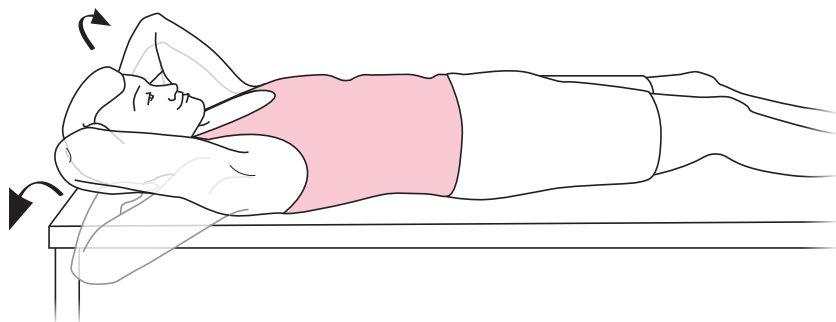
Nb

Nb/J

Retournez vos paumes de mains pour accentuer l'étirement.

Position : allongée assise debout

**Cet étirement est un des plus importants.
Vous le réaliserez jusqu'à votre guérison.**



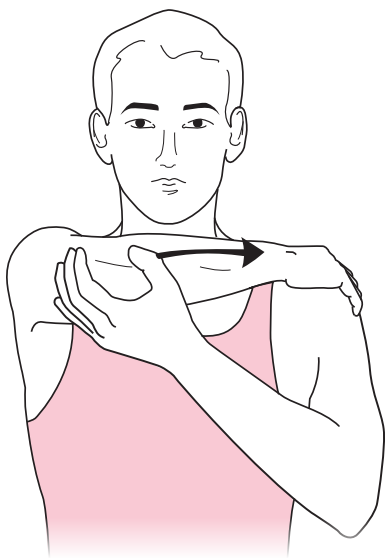
4- En position allongée, assise ou debout :

Placez vos mains derrière votre tête et écartez vos coudes au maximum jusqu'à ressentir un inconfort.


Nb

Nb/J

Position : allongée assise debout

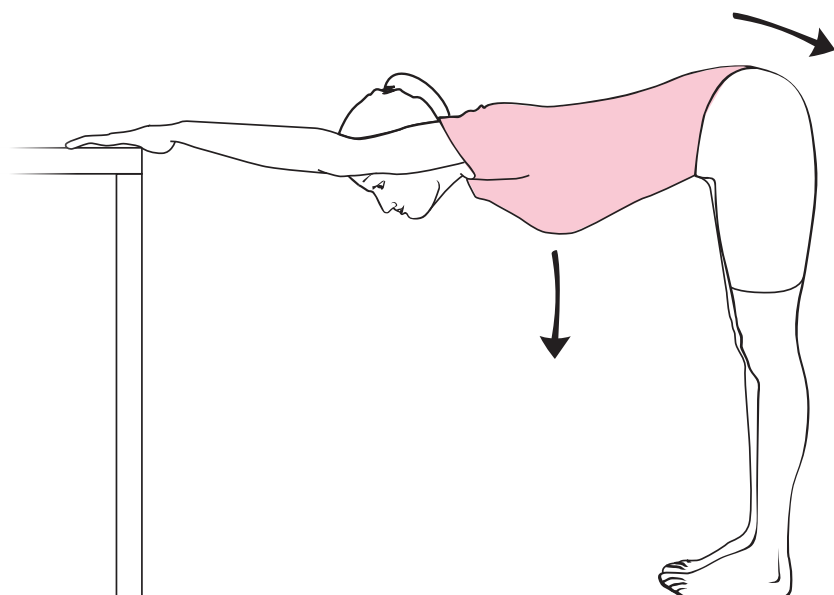
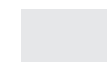


5 - En position debout ou assise :


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

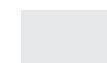


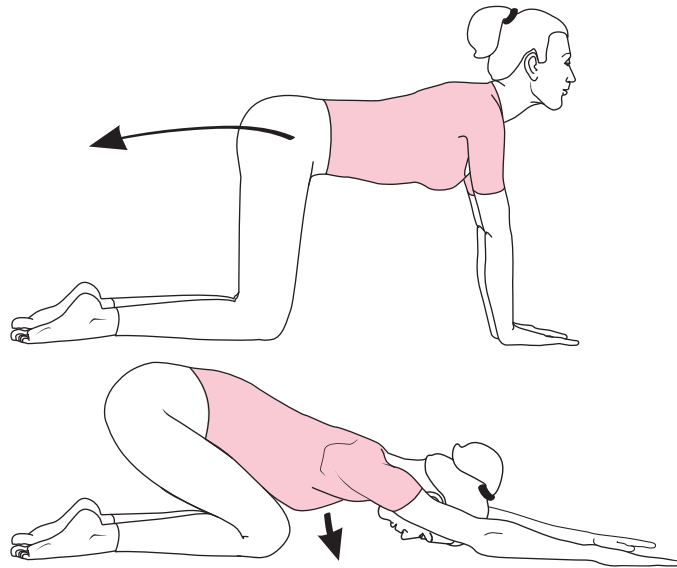
6 - En appui sur une table (ou sur un plan de travail) :

Placez vos mains ou vos avant-bras en appui. Sans les bouger, reculez et baissez les fesses afin de ressentir un étirement dans votre épaule. Le mouvement ne sera pas symétrique, ce qui est normal. Maintenez  _____ secondes.


Nb

Nb/J



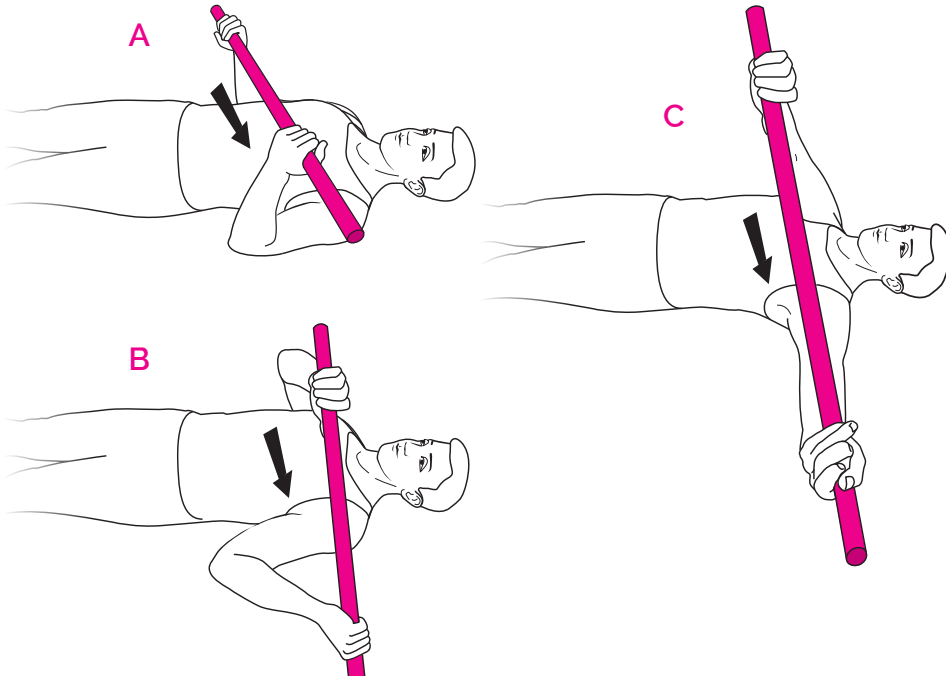


7 - À quatre-pattes au sol :

Amenez vos fesses le plus possible vers vos talons en portant votre poitrine vers le sol jusqu'à ressentir un inconfort. Le mouvement ne sera pas symétrique, ce qui est normal. Maintenez  secondes.

Nb	Nb/J


8 - En position allongée ou debout :

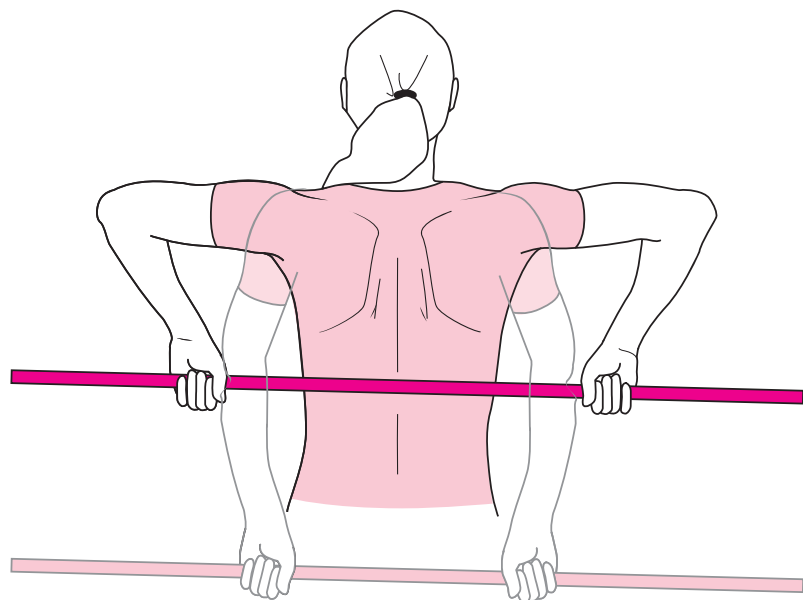


Munissez-vous d'un manche à balai ou d'un bâton. Saisissez-le comme indiqué sur le dessin. À l'aide de votre main du côté non douloureux, poussez le bâton jusqu'à ressentir un inconfort et atteindre le maximum de mobilité de votre épaule.

- A
- B
- C

Nb	Nb/J

Maintenez  secondes.

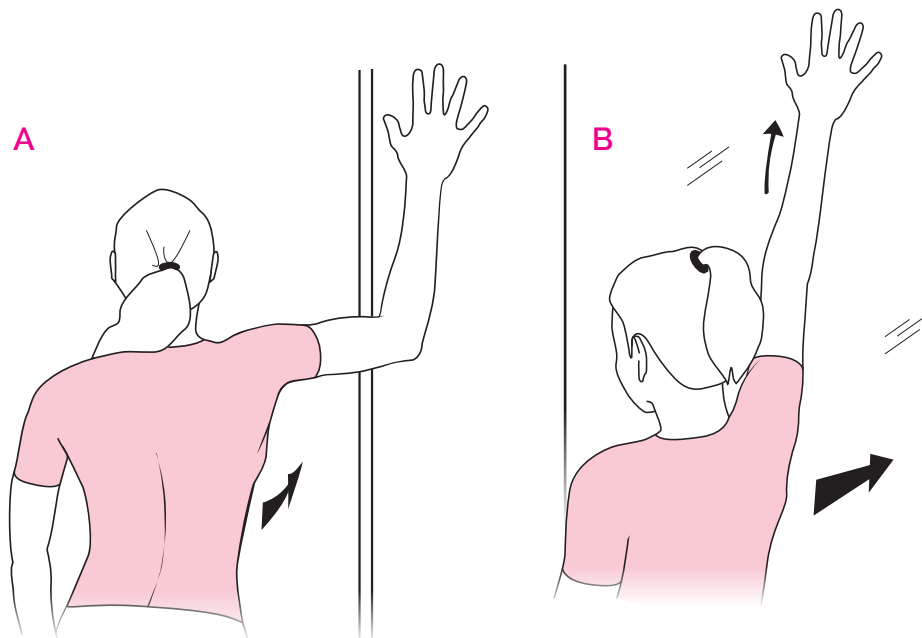


9 - En position debout à l'aide d'un bâton :

Placez le bâton ou le manche à balai sous vos fesses (les bras doivent être tendus dans la position initiale) paumes de mains orientées comme sur le dessin. Puis remonter le bâton le long du dos, le plus haut possible. Vos deux épaules ne sont pas symétriques ce qui est normal.



Nb	Nb/J



10 - Étirez-vous contre un mur :

Ces deux étirements sont le plus souvent proposés en fin de traitement pour récupérer les dernières mobilités de votre épaule.



A - maintenez votre avant-bras sur le mur et avancez la poitrine



B - placez le bras le plus à la verticale possible et rapprochez votre corps du mur.

Nb	Nb/J



Maintenez  secondes.

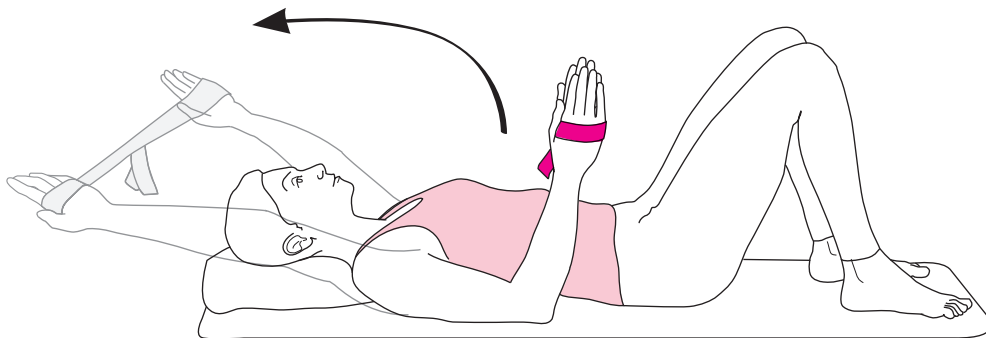
EXERCICES ACTIFS

Ce n'est pas parce que votre épaule manque de mobilité qu'il vous est impossible de réaliser des exercices actifs, même contre résistance.

Vous pouvez avoir l'impression que les mouvements que vous réalisez ne sont pas parfaits mais cela n'est pas péjoratif pour votre épaule, au contraire

cela participe à votre guérison et vous aidera à récupérer votre souplesse d'épaule.

Privilégiez les charges légères et les résistances faibles afin de réaliser un plus grand nombre de répétitions.

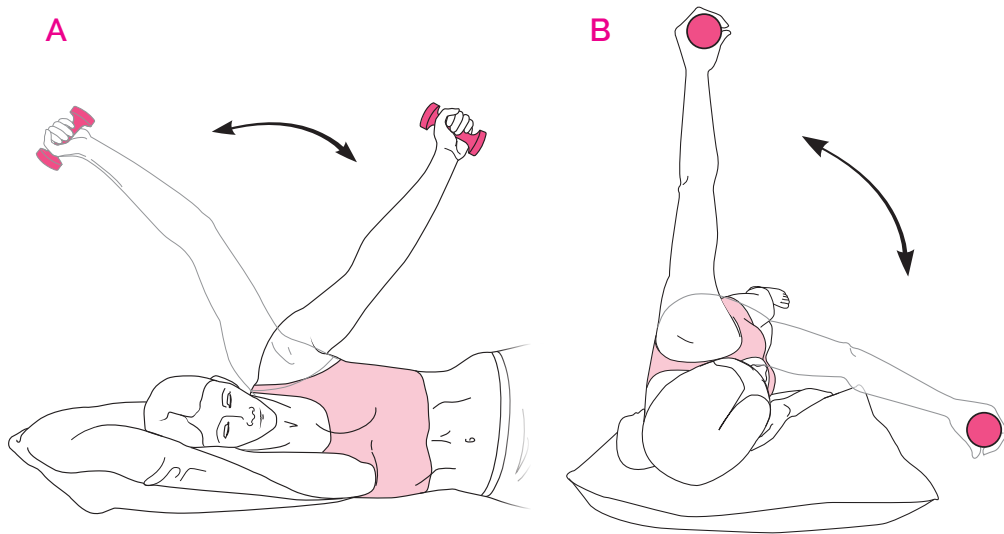


11 - En position allongée ou debout :

Écartez les bras contre une faible résistance élastique et portez les bras en arrière le plus loin possible jusqu'à ressentir un inconfort.

Position : allongée debout

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

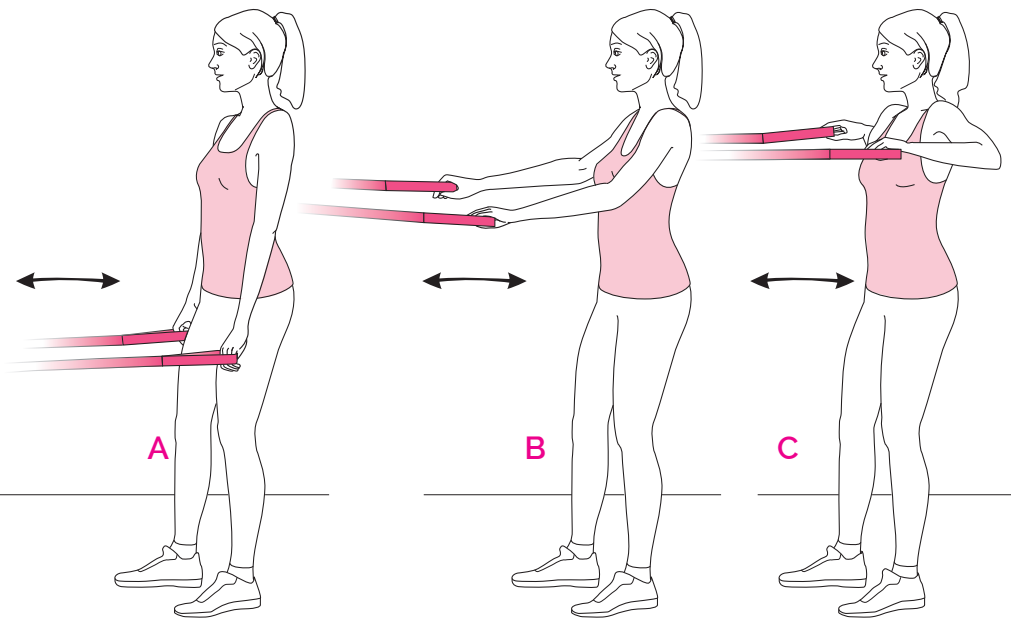


12 - En position allongée sur le côté sain :

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

- A
- B

Nb	Nb/J

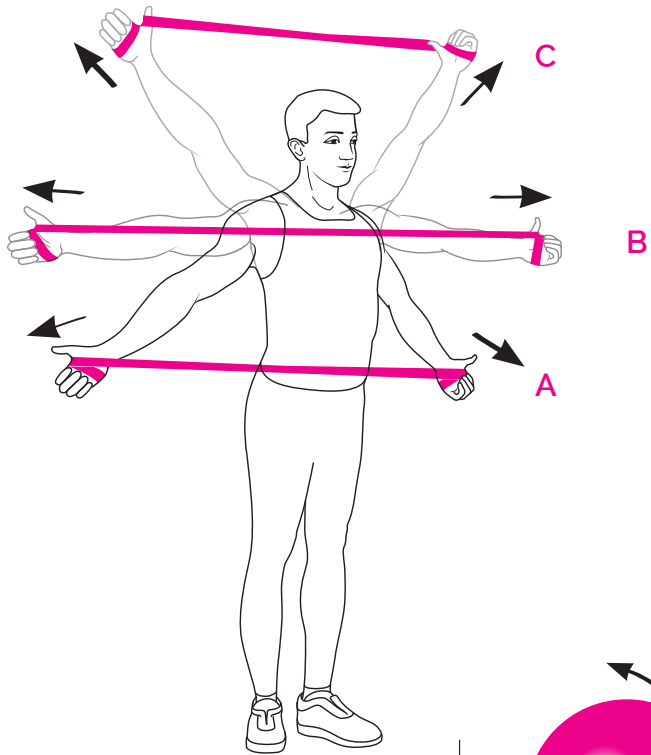


13 - En position debout et après avoir fixé fermement l'élastique à un support :

Tirez latéralement l'élastique en positionnant vos bras comme votre kinésithérapeute vous l'a prescrit (plus ou moins éloignés du corps). Le mouvement ne sera pas forcément symétrique ce qui est normal compte tenu de la différence de mobilité entre vos deux épaules.

- A
- B
- C

Nb	Nb/J

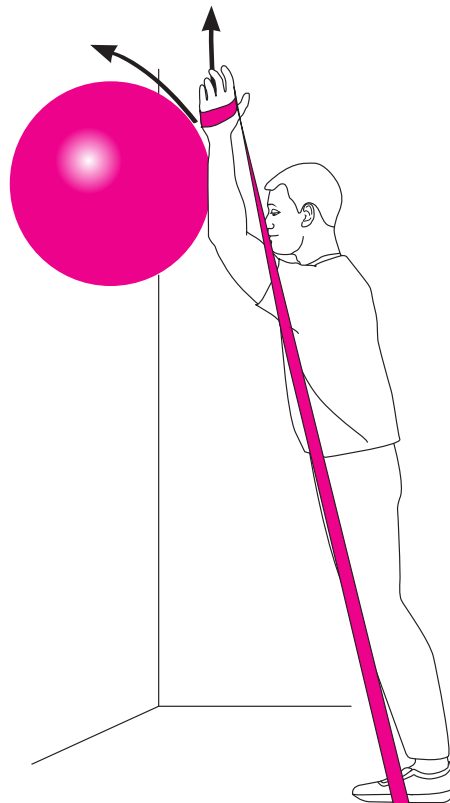


14 - Debout à l'aide d'un élastique :

Écartez l'élastique le plus possible en tournant les pouces le plus possible vers l'arrière. Vos épaules peuvent ne pas être symétriques ce qui est normal.

- A
- B
- C

Nb	Nb/J



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

- Faites glisser le ballon vers le haut. Votre épaule a tendance à accompagner le mouvement ce qui est normal.

Nb	Nb/J

Retrouvez les informations sur
Épaule au TOP :

www.epauleautop.com

