

Facteurs de tendinopathie : du décentrage à la rupture de la coiffe

Douleur d'épaule

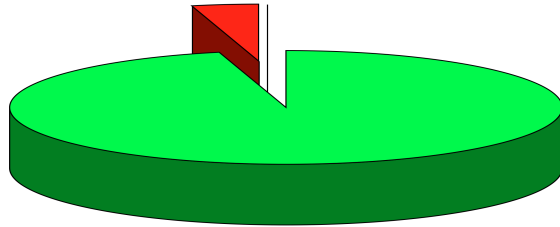
- Quelle en est la cause ?
 - Fracture
 - Pathologies tumorales
 - Pathologies cervicales et STTB
 - Instabilités et Slap lésion
 - Tendinopathies et ruptures de coiffe

- **Nécessité d'un diagnostic**

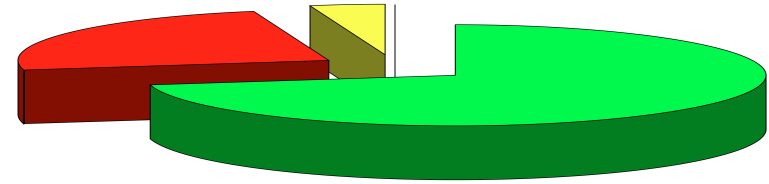
Tests d'épaule

- Neer
 - Yocum
 - Palm up
 - C test
 - Jobe
 - Armé
-
- Change quoi à la rééducation de l'épaule tendineuse ?

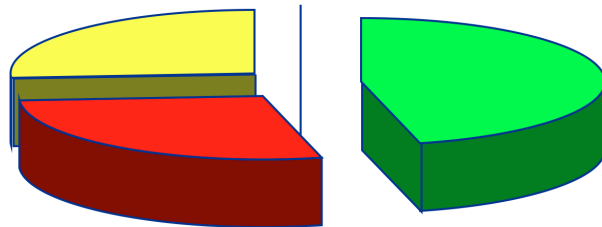
Evolution des tendinopathies



< 40 ans (n=25)



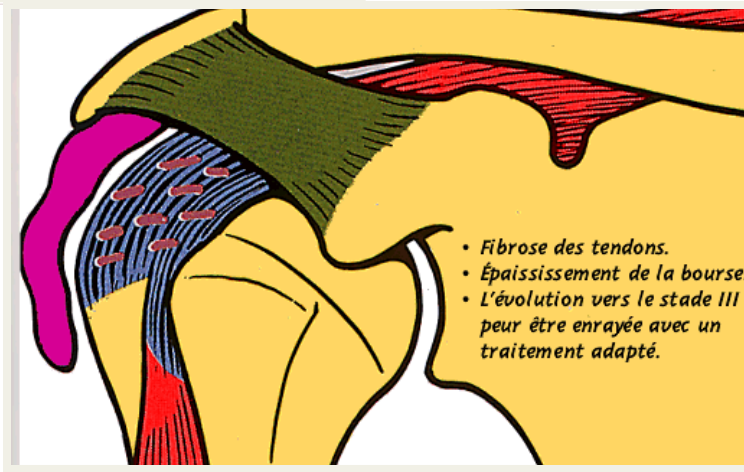
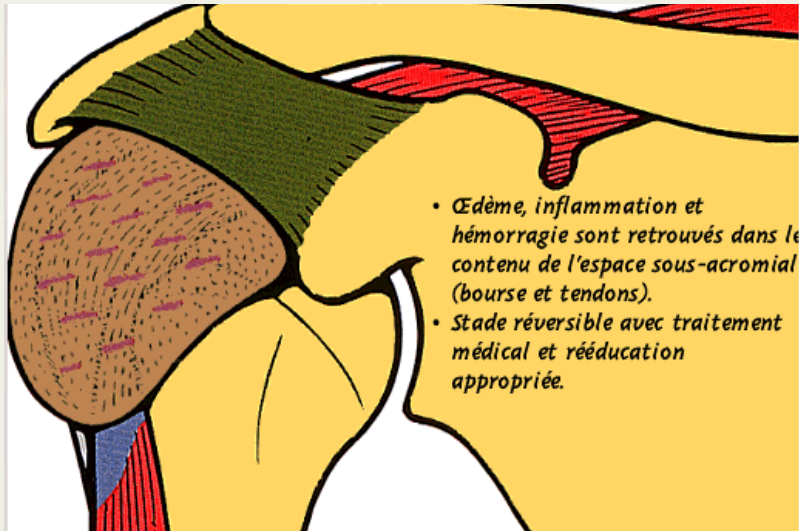
40-60 ans (n=25)



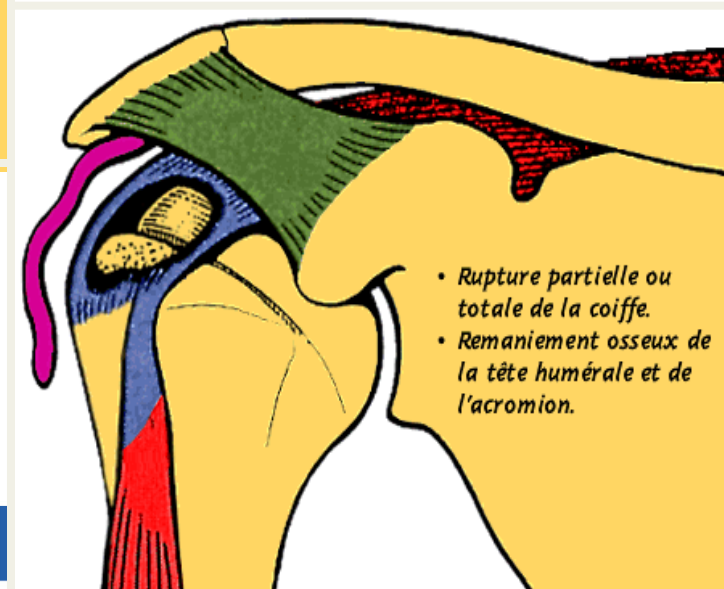
> 60 ans (n=46)

Vieillessement naturel

Evolution : 3 stades de Neer

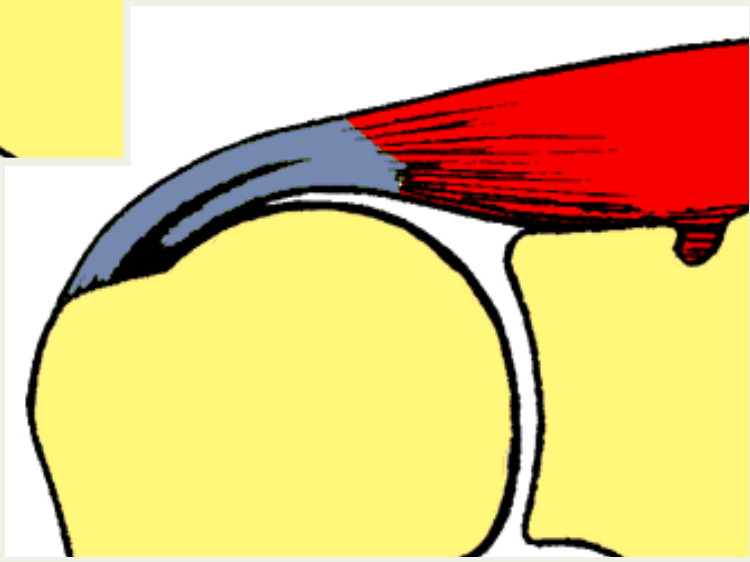
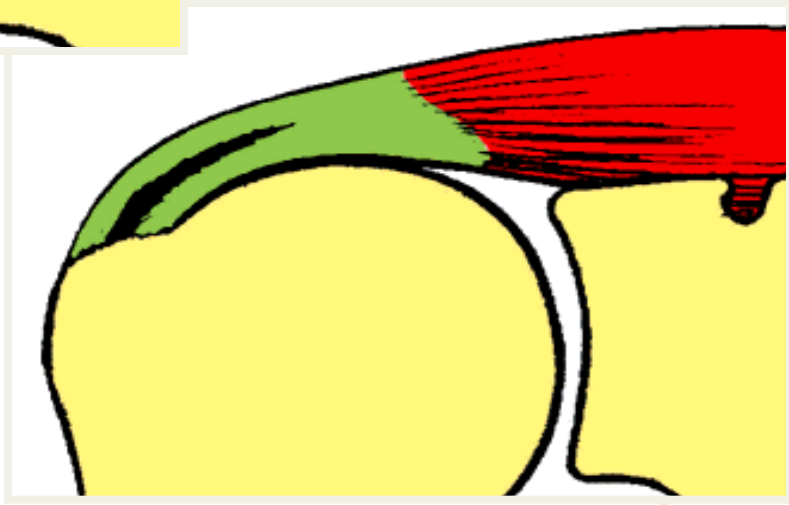
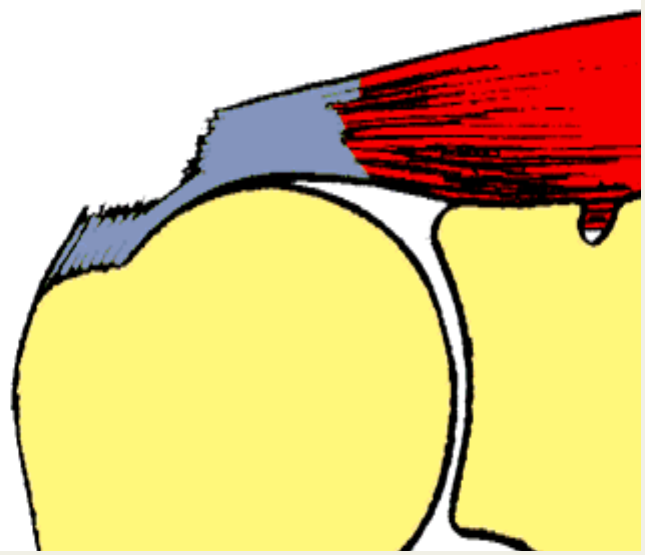


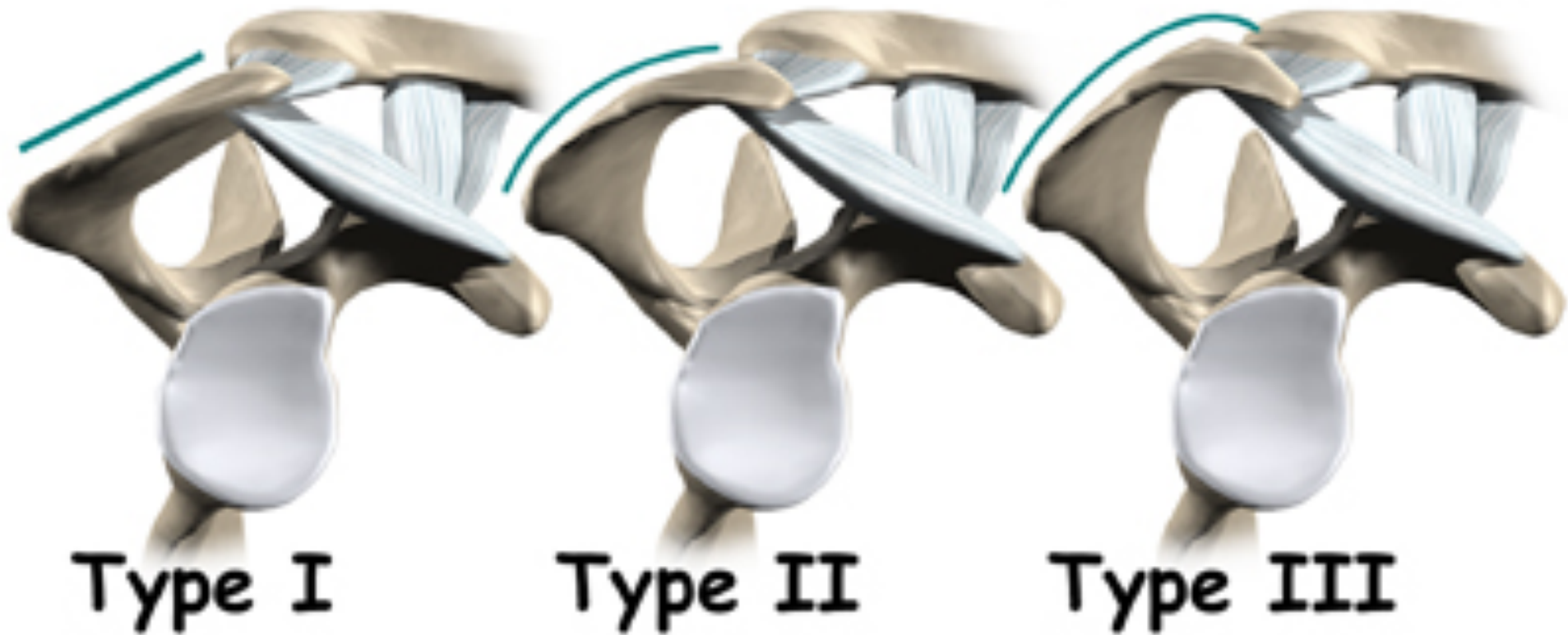
Bonne classification
permet d'intégrer
la notion d'évolution



Types de rupture partielles:

- Superficielle
- Intratendineuse
- Face profonde





Et alors ???

Quel intérêt en rééducation ?

Quelle est l'origine de la tendinopathie et de
la rupture?

Quel décentrage ?

Les hypothèses:

- Théorie intrinsèque
 - Intra-tendineuse
 - Vasculaire : l' hypovascularisation
- Théorie génétique
- Facteurs environnementaux (tabagisme)

- Théorie mécanique

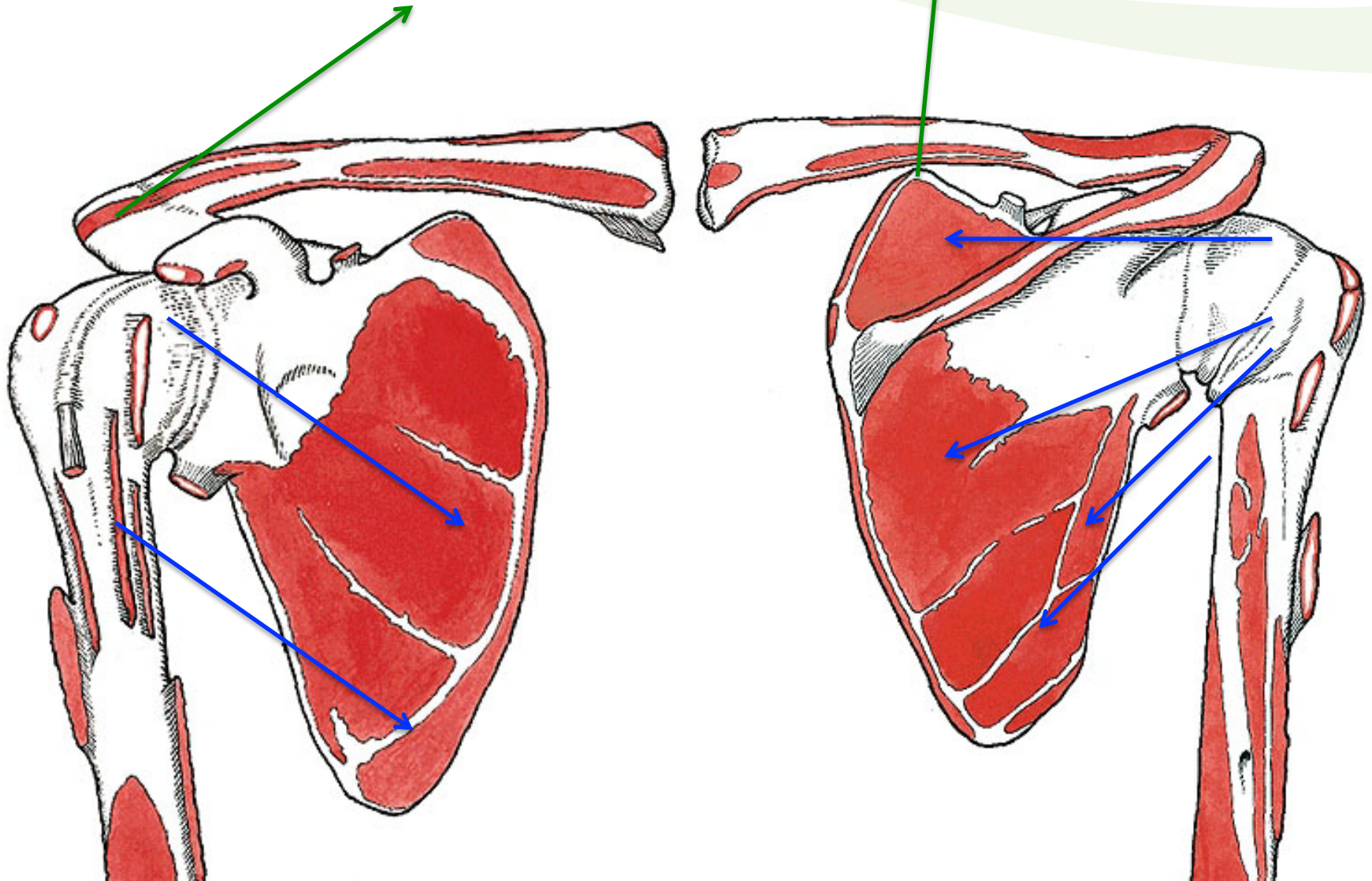
Abaissement ?

- Théorie utilisée depuis de 30 ans
- Intérêt limité (clinique et théorique)
- Patients continuent à élever le moignon...
- Y a t il réellement élévation de la tête ?

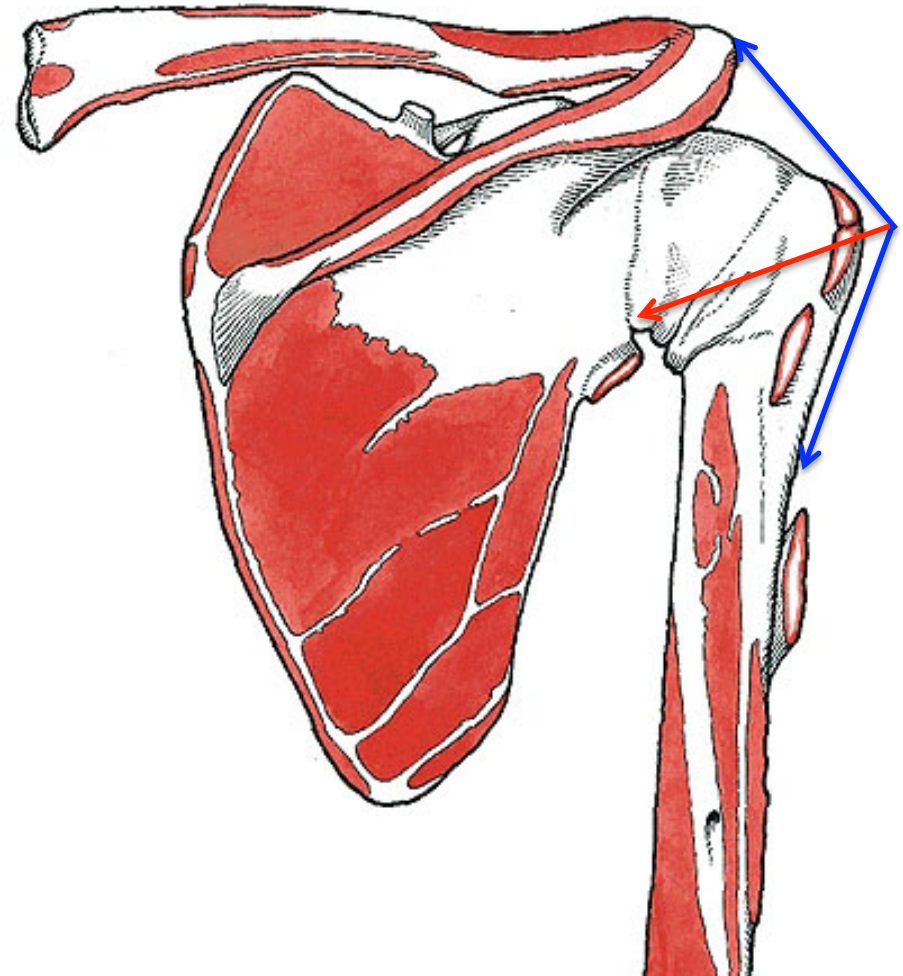
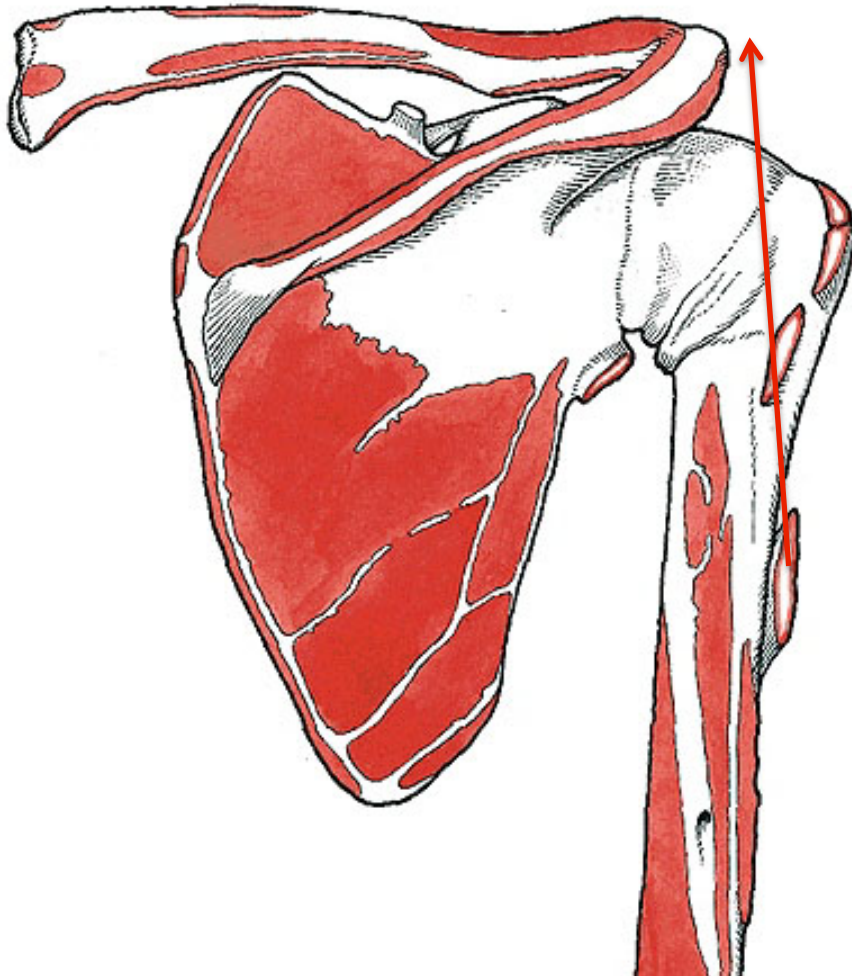
Le conflit sous acromial

- Il faut comprendre quelle modification se produit pour produire le conflit
- Elévation de la tête par rapport à l'acromion ?
0,6 à 0,8 mm. Significatif ?
- Quelle structure élève ?

Muscles



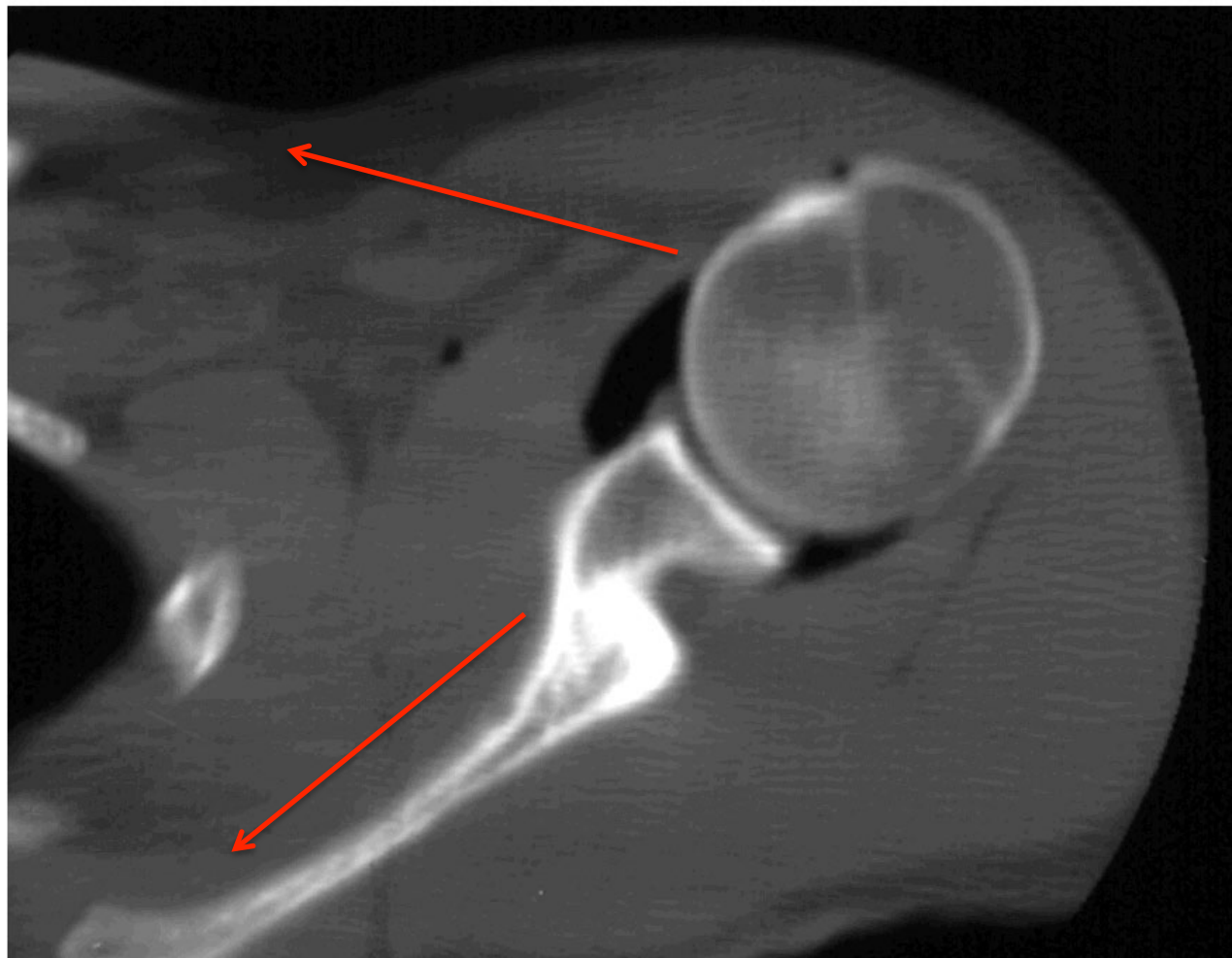
Deltoïde trop fort ?



Arrêtons de raisonner élévation supérieure à cause des muscles

Le décentrage est antérieur

Hypoextensibilité du grand pectoral

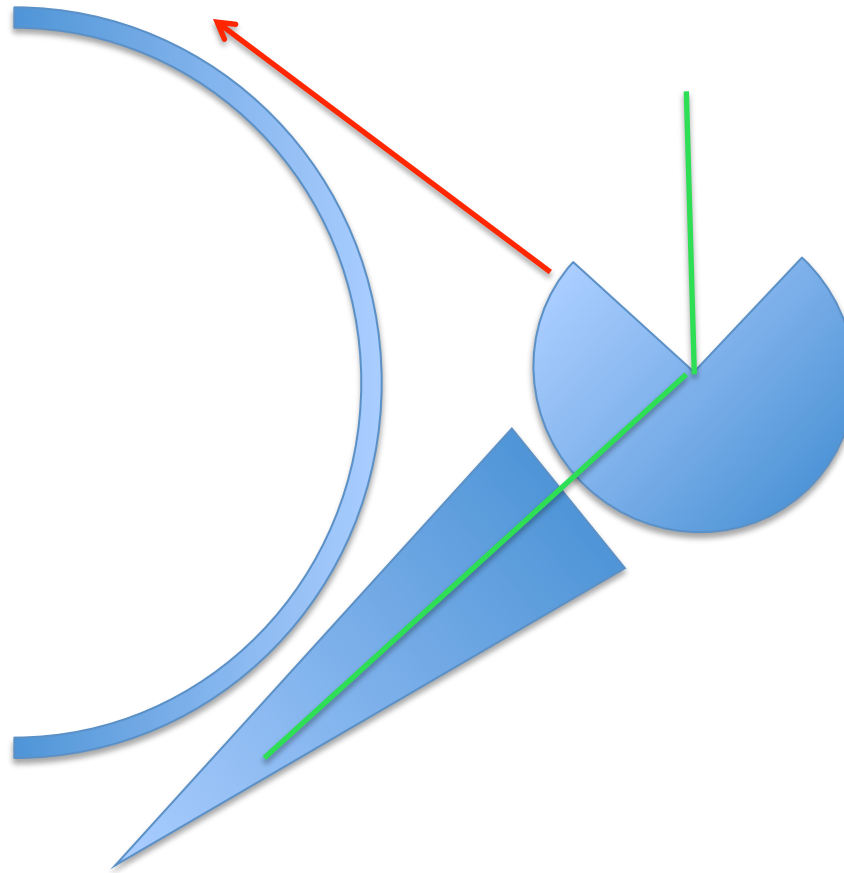


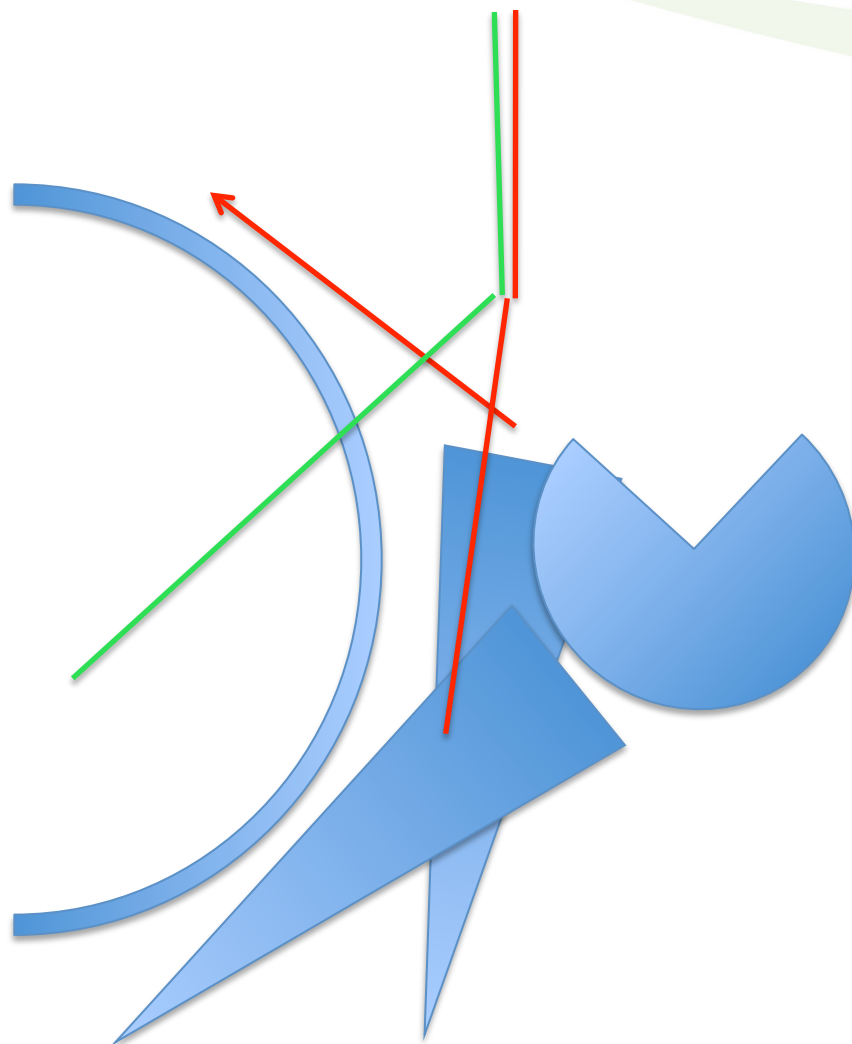
Hypoextensibilité du grand pectoral

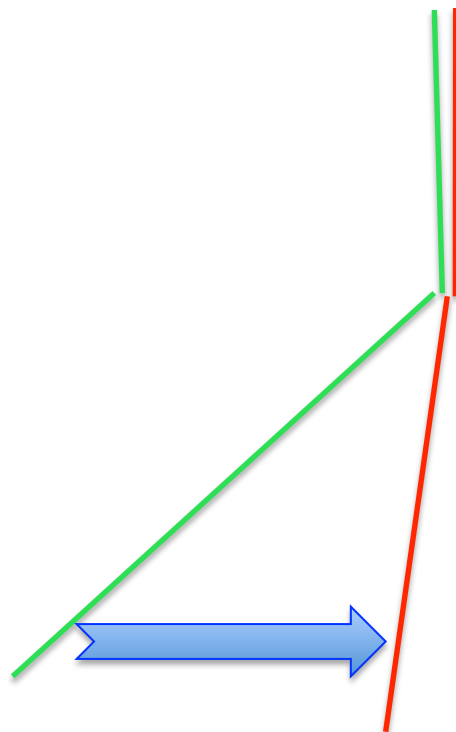
Mise en tension capsulaire,
ligamentaire et de la coiffe
des rotateurs
CONTRAINTES MECANIKUES
TENDINOPATHIES ???



Action rotatoire ?







Rotation latérale de
glénohumérale
SANS ROTATION D' EPAULE

Réactions tissulaires

Etirement de la
coiffe et de la
capsule antérieure
Douleur ?



Détente de la capsule
postérieure

Rétraction à terme ???

Rétraction de la capsule
postérieure favorise le
décentrage antérieure

L'élévation est secondaire à la rupture de la coiffe secondaire au décentrage

Abaissement : intérêt si rupture de la coiffe



Décentrage de la tête humérale

HYPERTONIE OU RÉTRACTION DES MUSCLES ABAISSEURS

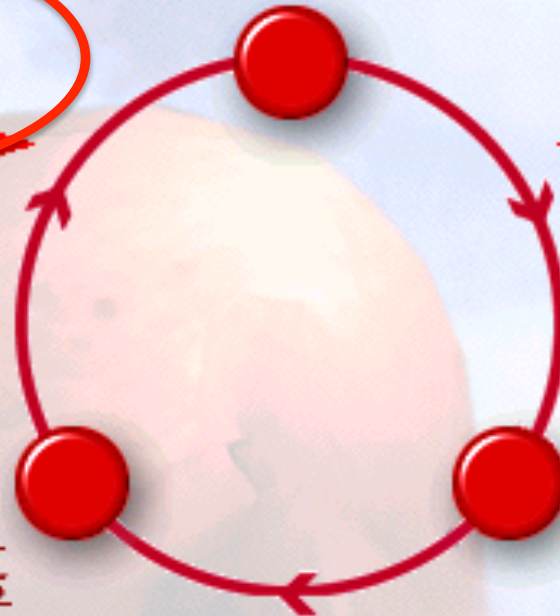
ADAPTATION CAPSULAIRE

MAUVAIS SCHÉMA POSTURAL

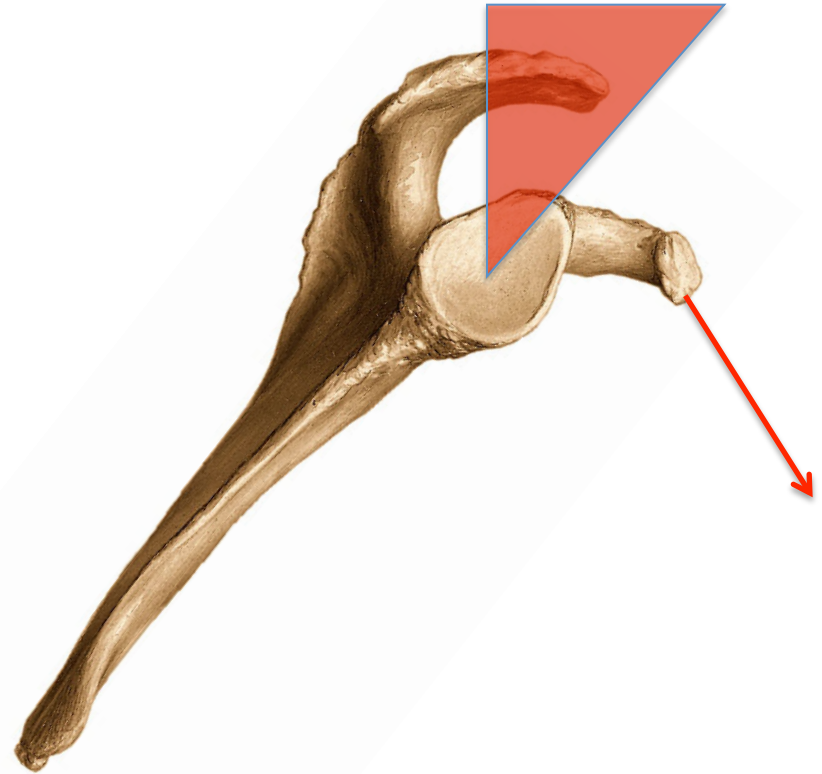
RACHIS CERVICAL

Affaiblissement des muscles déresseurs

Inflammation de la coiffe



Conflit lié à scapula



Les tendinopathies et les ruptures de coiffe sont multifactorielles

Nous agissons sur la mécanique

Libérer

- Grand pectoral
- Petit Pectoral
- Dentelé antérieur
- Sous clavier
- Muscles de la coiffe
- Capsule postérieure
- Levées de tension
- Jones et inhibition
- Crochetage
- Fascia
- Trigger point
- Mobilisations spécifiques

L' Epaule n' est pas la gléno-humérale ou inversement !

Merci de votre attention

Diaporama disponible sur www.itmp.fr