

# Rééducation du complexe cervico-scapulaire du sportif

Pr Régine BRISSOT - 35 RENNES

L'épaule est la plus mobile des articulations et donc la plus instable. Elle est fortement sollicitée dans la quasi-totalité des activités sportives. L'épaule alors travaille dans des conditions extrêmes de mobilité, rapidité et force, excédant la tolérance physiologique de l'articulation. Son fonctionnement est indissociable de celui du rachis cervical.

L'épaule du sportif est atteinte selon 2 mécanismes :

- soit traumatisme direct ou indirect, dans des sports violents et de contact
- soit surmenage biomécanique, touchant alors en premier lieu la coiffe des rotateurs, tels que les sports de lancer, la natation, le tennis, le volley-ball, le hand-ball...

Les principes généraux de la rééducation restent valables pour la rééducation sportive. Toutefois il existe des particularités qui tiennent à la fois au type de lésion, à la situation post-opératoire éventuelle et au type de sport pratiqué.

Quelles que soient ces particularités, la rééducation se déroule selon trois étapes :

## 1) L'arrêt total du sport

Pendant cette étape, qu'il existe ou non une immobilisation par contention, la rééducation interviendra pour diminuer la douleur et l'œdème, prévenir l'enraidissement et l'amyotrophie et conserver le maximum d'autonomie tout en épargnant le membre immobilisé.

Les moyens physiques ne sont pas négligeables :

- physiothérapie antalgique
- massages à visée décontracturante et vasculaires
- contractions musculaires isométriques.
- manœuvre de médecine manuelle-ostéopathie

## 2) La période de rééducation

L'objectif est la récupération des conditions anatomo-fonctionnelles du geste sportif :

- totalité des amplitudes articulaires, souplesse articulaire
- récupération musculaire en force, endurance,
- stabilisation articulaire en rééquilibrant la force respective et le jeu des divers groupes musculaires
- disparition des lésions trophiques qui gênent le geste sportif : cicatrices rétractiles, œdème.
- travail de renforcement et de la stabilisation axiale du rachis cervical.

## 3) le reconditionnement à l'effort et le réentraînement sportif.

Il comporte :

- d'une part, le reconditionnement cardio-respiratoire général, qui doit être effectué en même temps que la récupération de la zone lésée,
- d'autre part, la récupération des mouvements analytiques puis globaux, dérivés de la technique du sport en cause, afin d'aboutir au réentraînement du geste sportif lui-même.

Les moyens utilisés sont divers et généralement associés :

- agents physiques : ceux-ci se sont diversifiés, ces dernières années, avec l'apport de techniques prometteuses telles que le laser, les ondes de choc radiales ou conventionnelles, la magnétothérapie, la cryothérapie. Les publications d'EBM sont de plus en plus nombreuses à ce sujet. Leur apport, par rapport aux techniques conventionnelles (hydrokinésithérapie, ultrasons, électrothérapie...) n'est pas encore précisé.

- le renforcement musculaire en isométrie, isotonie ou isocinétisme. Cette dernière technique est particulièrement bien adaptée à l'épaule, permettant, de plus, l'évaluation des couples musculaires.

- les mobilisations articulaires, soient manuelles ou instrumentales, notamment en auto-passif lorsqu'il s'agit d'épaule. Le travail de l'épaule en suspension, évitant le travail en traction reste une bonne indication de la pouliothérapie.
- les techniques de rééducation globale : méthodes gymniques telles que le Kabat (très bien adapté à l'épaule), l'entraînement virtuel par simulation.
- la rééducation proprioceptive.

En pratique clinique, en fonction de la pathologie, l'intervention de la rééducation peut être classée selon quatre principales situations :

1) l'épaule traumatique récente.

L'immobilisation est, en règle de 3 semaines pour une luxation simple réduite ou une luxation récidivante opérée. Les exercices passifs doivent être faits dans de petites amplitudes, en évitant la rotation externe. Le renforcement de stabilisateurs est fait en isométrique, puis, après le 45<sup>ème</sup> jour, progressivement en activo-passif.

2) La pathologie de surcharge fonctionnelle : tendino-ligamentaire, acromio-claviculaire et capsulaire.

Si aucune intervention n'est prévue, la physiothérapie, notamment par ondes de choc est indiquée. Le renforcement des stabilisateurs thoraciques abaisseurs de l'épaule (grand dentelé, grand dorsal et pectoral) a pour but de diminuer les contraintes du conflit sous-acromial (ligament acromio-coracoïdien).

3) L'instabilité antérieure

Après immobilisation, la récupération progressive des amplitudes sera faite en même temps que le renforcement de stabilisateurs. L'isocinétisme est ici très utile.

4) L'épaule neurologique.

Plusieurs nerfs peuvent être atteints chez le sportif, au cours de syndromes canaux, notamment le nerf sus-scapulaire au niveau des échancrures coracoïdienne et spinoglénoïdienne, le nerf accessoire et le nerf du grand dentelé.

Ce sont le nerf sus-scapulaire au niveau des échancrures coracoïdienne et spinoglénoïdienne, le nerf accessoire et le nerf du grand dentelé.

A côté du traitement local par infiltration, voire neurolyse, la récupération musculaire fait appel à la rééducation active et l'électrothérapie. La récupération dépend de l'ancienneté de la lésion.

Au total, la rééducation est un complément indispensable à la reprise, avec le maximum de sécurité, du geste sportif. Elle doit être particulièrement encadrée.