

# Le patient mobilise lui-même son épaule gelée, mais comment?

Autor(en): **Michel, Joseph**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Physiotherapeut : Zeitschrift des Schweizerischen Physiotherapeutenverbandes = Physiothérapeute : bulletin de la Fédération Suisse des Physiothérapeutes = Fisioterapista : bollettino della Federazione Svizzera dei Fisioterapisti**

Band (Jahr): - **(1969)**

Heft 225

PDF erstellt am: **22.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-929808>

## **Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

## **Haftungsausschluss**

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

# Le patient mobilise lui-même son épaule gelée, mais comment?

par Joseph Michel, Physiothérapeute, Flawil  
Traduction française : M. Beaume

*Les causes* d'une épaule gelée peuvent être très différentes, allant du courant d'air à l'infarctus du myocarde, en passant par tous les traumatismes.

*Les réactions* spécifiques de l'articulation et des tissus périarticulaires sont par contre très proches parentes.

D'abord une douleur irradiante, ensuite une inflammation due à l'augmentation de la sécrétion synoviale, avec une fibrillation que l'on nomme pannus. C'est ce pannus qui est par la suite cause du gel au niveau de la capsule articulaire. Nous avons alors devant nous une épaule très limitée dans ses possibilités articulaires.

Cette limitation occasionne de violentes douleurs, même quand la cause initiale a disparu. L'étirement de la capsule provoque des douleurs qui empêchent toute gymnastique énergique. Même de petits mouvements de rotation en position allongée provoquent des douleurs lancinantes, qui dérangent le patient dans son sommeil.

En peu de temps, le patient sombre dans une sorte de dépression tant physique que morale. Il a l'air abattu, au bord des larmes, tenant son bras (manifestation bien visible) étroitement serré contre son corps. On remarque souvent à ce stade d'importantes pertes de poids.

*Le but d'une intervention physiothérapique est clair*

1. *Combattre la douleur.* On recherche avec soin le traitement le plus adéquat. On se garde d'abord d'un emploi trop systématique du chaud ou du froid. Le médecin prescrira une médication à base anti-inflammatoire.

2. *Renforcement de la musculature atrophiée,* basé surtout sur le principe des contractions isométriques contre une résistance qui ne sera pas changée, quelque soit le mouvement choisi.

Si le physiothérapeute oppose lui-même cette résistance, il pourra alors utiliser valablement la méthode Kabatt.

3. *Mobilisation de l'épaule gelée.* Il me semble indispensable de sempiternellement répéter:

## **Mouvement maximum, douleur minimum**

c'est-à-dire:

Peu de mouvements par séance, mais des exercices choisis et dosés; mouvements exécutés sans brusquerie ou changement de direction rapide.

La plupart des patients réagissent déjà favorablement au traitement antalgique, si bien que nulle mobilisation spécifique ne semble plus nécessaire. C'est alors qu'il faut rechercher les muscles atrophiés.

Malheureusement, un grand nombre de patients ne réagissent pas ou mal aux efforts thérapeutiques du médecin. Après une longue série d'inefficaces essais, passant des pommades aux rayons X, en désespoir de cause, le médecin adresse finalement son patient à un physiothérapeute.

Le problème nous est alors posé par des patients abattus, ne croyant plus aux bonnes paroles réconfortantes.

Notre but principal au cours des premières séances consistera à apaiser la douleur. Ce résultat atteint, nous commencerons les mobilisations actives et passives, toujours selon le leitmotiv: mouvement maximum, douleur minimum. Le patient prend alors confiance dans sa gymnastique, qui consiste surtout en exercices répétés quotidiennement à la maison. Son attitude à l'égard de la maladie se modifie lentement. Il prend plaisir à ses mouvements et constate avec joie l'amélioration de son épaule. Si des douleurs sporadiques réapparaissent, il sait comment réagir. Il a d'autre part le sentiment d'être responsable de ses progrès. Il ne sera pas non plus surpris d'apprendre qu'il est indispensable de poursuivre son effort pendant encore environ six mois, pour éviter tout risque de rechute.

Au point de vue pratique:

1. Tous les exercices doivent être com-

binés, de façon à ce que le patient puisse travailler seul, sans tricherie. Nous devons employer des points fixes, auxquels le patient puisse se fier.

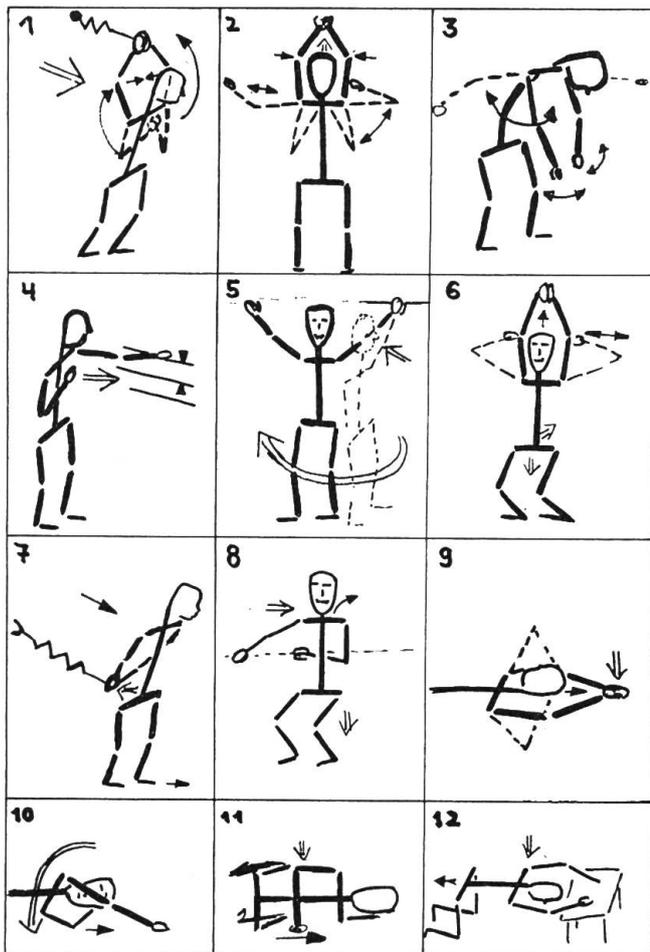
2. Le but final doit être visé par petites étapes faciles. Le patient doit cependant connaître le motif final de cette division, afin d'en saisir le sens.

3. Les exercices seront basés selon deux directions seulement: en avant en haut, et en arrière. Ces deux mouvements donnent par eux-mêmes suffisamment l'occasion d'utiliser les 4 autres directions.

4. Il est inutile de faire travailler le patient constamment dans une seule direction.

## EXERCICES : A. Elévation

### Exercices à domicile



*Image 1.* A effectuer, soit à l'aide d'un extenseur ou d'une chambre à air.

Ramener les mains jointes au niveau du nez, puis élever les mains au-dessus du front en écartant les coudes, le corps in-

cliné en avant. Ensuite, chercher à élever les bras en rapprochant les coudes des oreilles. Retour par le même chemin. Lorsque les mains sont à hauteur de poitrine, redresser le corps.

*Image 2.* Le patient est face au mur, le front comme point fixe contre celui-ci. Mains jointes à hauteur de poitrine; monter les bras de côté en maintenant les coudes écartés, puis chercher à tendre les bras par dessus la tête, mains jointes. L'exercice est rendu plus difficile en utilisant la même position de départ et en cherchant à écarter les bras tendus à hauteur d'épaule.

Ce mouvement peut être utilisé comme exercice de renforcement, en ramenant lentement de la position finale, les bras de côté, jusqu'à hauteur d'épaule.

Le demi-cercle complet d'en bas contre en haut ne pourra être effectué que plus tard.

*Image 3.* Afin de lutter rapidement contre les séquelles douloureuses.

Le tronc légèrement fléchi en avant; balancer les bras d'avant en arrière et latéralement, dans de petites amplitudes. Les grands mouvements irritent l'articulation. Ils sont donc inutiles.

*Image 4.* Pour exercer l'élévation à 90° on élèvera la main à hauteur de poitrine, et de là, on cherchera à atteindre un but situé à même hauteur. Le but en question sera progressivement éloigné. On exerce ainsi l'élévation de l'épaule contre la résistance progressive du bras.

*Image 5.* Le patient est capable d'effectuer les exercices précédents. L'élévation possible est alors d'environ 140°. Il ne reste plus qu'à exercer le reste de l'élévation, combinée à la rotation externe.

Le patient, de profil devant les espaliers, attrape avec le pouce à l'extérieur, coude fléchi, l'échelon le plus haut possible. Il cherchera à pivoter lentement jusqu'au contact du dos contre l'espalier, ce qui correspond à une rotation externe au niveau de l'épaule. Le bassin reste éloigné de l'espalier. Il convient ensuite d'essayer de coller également le bassin contre l'espalier. —

*Image 6.* Suite à l'exercice précédent, on cherchera, dans la position finale, le

dos et le bassin contre l'espalier, à ramener les mains toujours plus vers le centre de l'espalier, jusqu'à ce qu'elles se touchent, puis le patient fléchira les genoux, de façon à être presque suspendu par les bras.

Pour fortifier la rotation externe, on fera prendre au patient — toujours le dos et le bassin contre une paroi — une prise de mains plus basse, en lui demandant d'éloigner et de rapprocher celles-ci, en gardant le contact avec la paroi.

*Image 9.* En principe, le patient peut faire le même exercice couché sur le dos, les mains derrière la nuque, et en gardant le contact de celles-ci avec le sol; les élever jusqu'à ce que les coudes touchent les oreilles. —

*Image 10.* Couché en décubitus latéral, le bras sain sur le sol; amener le bras malade aussi loin que possible en avant. Ensuite, essayer de passer en décubitus ventral; maintenir un instant la position, puis ramener lentement le bras. L'exercice est inutile lorsque l'extension complète du bras est possible.

*Image 12.* Exercice très intense.

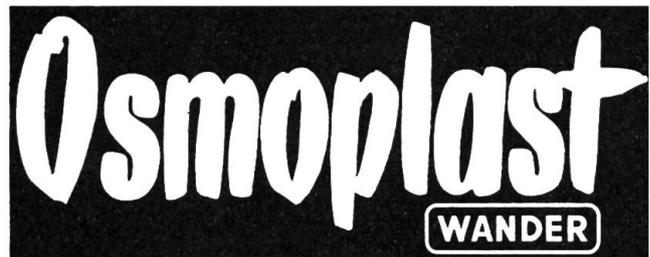
Agenouillé, le tronc fléchi en avant, les bras tendus, les mains posées sur une chaise; chercher à abaisser le tronc jusqu'à début de sensation douloureuse. Ensuite, laisser descendre le bassin en direction des talons. La douleur ressentie ne dure que peu de temps. Utiliser l'exercice 3 comme relaxant.

## B. Exercices de rétroversion

*Image 11.* Couché sur le côté sain, le bras malade au niveau des fesses; chercher à faire lentement glisser la main dans le dos, jusqu'au contact avec le sol. En maintenant ce contact, chercher à monter le bras derrière le dos.

*Image 7.* Exercice de rétroversion et de rotation interne, au moyen d'un extenseur ou d'une chambre à air.

Incliner le tronc en avant en éloignant les mains du siège. Dans cette position, contre la résistance de l'extenseur, chercher à rapprocher les bras du milieu du dos en serrant les omoplates. Revenir lentement à la position de départ.



Le cataplasme osmotique par excellence en sachets-portions pratiques qui facilite les soins aux malades

pour application à chaud ou à froid en cas de

**Traumatismes sportifs et suites d'accidents**

(entorses, contusions, hématomes)

**Rhumatismes musculaires et articulaires**

**Inflammations et infections localement circonscrites**

(angines, furoncles, abcès)

Demandez des échantillons à

**Dr A. Wander S.A. Berne**

*Image 8.* Le patient, de dos, saisit une poignée de porte (ou un espalier à même hauteur) du côté malade; ensuite, il se déplace lentement latéralement pour faire passer la main malade derrière le dos (en gardant le point fixe), jusqu'à ce qu'elle soit visible de l'autre côté. Ensuite, il plie lentement les genoux, le tronc droit.

L'exercice exécuté à fond doit permettre le contact entre la main malade et l'omoplate posée.

Il est bien entendu que, pendant une phase de progrès, tous les autres moyens thérapeutiques habituels peuvent être continués. Une mobilisation sous narcose s'avère très rarement nécessaire.

A ce sujet, j'ai fait paraître, il y a deux ans, un article sur la rééducation après cette intervention. J'ai d'autre part traité le thème des multiples problèmes posés par l'atrophie de groupes musculaires isolés et leur renforcement. Il en résulte un petit nombre d'exercices précis à insérer dans chaque programme.

En résumé, j'aimerais noter que le traitement des épaules gelées est une indication majeure de la thérapie physique. Il vaut la peine d'étudier le problème sous ses aspects et de l'adapter à chaque patient. Dans ces cas, il n'y a pas de routine systématique. Une des plus belles joies de notre profession est de voir un patient, après un traitement bien conduit, agiter en signe d'adieu, son bras primitivement bloqué.

---

#### VIENT DE PARAÎTRE :

---

#### **La Kinésithérapie Analytique de la Colonne Cervicale**

Sous ce titre, Raymond Schier, auteur de l'ouvrage «*Kinésithérapie de l'épaule*», paru il y a cinq ans, nous offre en souscription, le premier tome (il y en aura deux) sur la colonne, les techniques de mobilisation analytiques, et la manière

de les adapter aux différentes situations pathologiques. Il donne, d'une façon détaillée, les traitements différentiels convenant aux divers syndromes rachidiens ou d'origine rachidienne.

Le premier tome nous introduit à tous les éléments-anatomiques, biomécaniques, pathomécaniques — propres à la colonne vertébrale pour reprendre ensuite par la détail le segment cervical. Ce tome va sortir de presse incessamment, tandis que le deuxième tome, qui traitera détail des segments dorsal et lombaire, sera publié dans six à huit mois.

Le premier tome, d'environ 224 pages, illustré de 125 figures, photos et clichés radiographiques, relié en dur, peut être obtenu *uniquement* chez l'auteur: R. SCHIER, Clinique de et à La Hestre, Hainant, Belgique, pour la somme de *Francs belges 355.*—, frais de port compris, paiement par mandat postal ou mandat international.

Je peux recommander chaleureusement ces deux tomes à tous ceux qui ont suivi mes cours d'ostéopathie, Monsieur Schier étant un praticien de premier ordre qui fait honneur à notre profession.

**Lausanne:**

**INSTITUT**

à remettre, cause départ. Institut culture physique, massage, sauna, solarium. Vaste rez-de-chaussée, très belles installations. Convierait à professeur de gymnastique ou masseur kinésithérapeute.

Ecrire sous chiffre **PE 901738** à  
**Publicitas, 1002 Lausanne**

### **Le XIIIe Congrès International**

de la Fédération Européenne des Masseurs-Kinésithérapeutes, Praticiens en Physiothérapie, organisé par la Société Romande de Physiothérapie et la Fédération Suisse des Physiothérapeutes, aura lieu à **Lausanne du 20 au 24 oct. 1969**  
**Retenez déjà cette date.**

# Wichtig

für die fortschrittliche  
Physikalische Therapie  
und Sauna:

PINO-Badezusätze und Hautpflegemittel

jetzt bei: **R. LIECHTI AG** bestellen.

Klosterstrasse 31  
6000 Luzern  
Tel. 041 - 23 14 14

Ab Lager Luzern lieferbar: Heublumenkräuter-Extrakte  
Fichtennadel-Extrakte  
Moorlauge  
Massageöle und -crèmen  
sowie zahlreiche weitere Produkte

Bitte verlangen Sie eine Preisliste und Unterlagen

# Es lohnt sich

demnächst einmal unsere neu eröffneten Ausstellungsräume an der Mühlebachstrasse 23 zu besuchen. Sie finden hier eine grosse Auswahl von

**Massagebänken, Lagerungstischen,  
Strecktischen, Jonozonbädern,  
Infrarot-Apparaten, Massageapparaten**

## QUARZ AG

Othmarstr. 8, Zürich 8  
Tel. 051 / 32 79 32  
Postfach 8034 Zürich

Bitte melden Sie sich bei uns vorher an, damit wir Sie fachmännisch bedienen können.

**AZ**

**8800 THALWIL**

## Medizinische Bädereinrichtungen

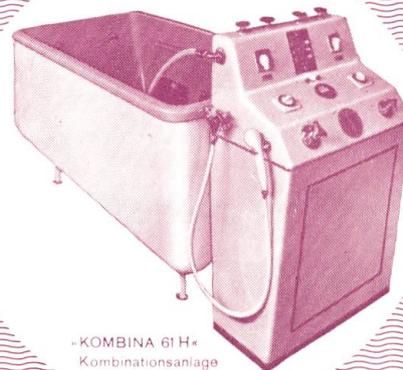


Apparatebau

**KARL SCHREINER**

Freiburg i. Br.  
Schreiberstr. 8

Unverbindliche Planung  
und Beratung



-KOMBINA 61H-  
Kombinationsanlage

**Redaktion:** Für den deutschen Teil: Oskar Bosshard, Tödistrasse 53, 8800 Thalwil  
Administration und Expedition: Schweiz. Physiotherapeuten-Verband Thalwil  
Inseratenteil Frau E. Plüss, Algierstrasse 30, 8048 Zürich, Tel. (051) 62 30 64

Für den französischen Teil: A. Rupert, 15, Avenue Druey, 1004 Lausanne  
Expedition für die franz. Schweiz: La Société Romande de Physiothérapie,  
le secrétariat: 8, Av. Jomini, 1004 Lausanne

Erscheint 2-monatlich. — Druck: Plüss-Druck AG, 8004 Zürich