

## **Etude de la pertinence des soins dans une population de personnes avec une épaule douloureuse et rétractée en hôpital de jour de Médecine physique et de réadaptation (MPR) dans une démarche d'évaluation de pratique professionnelle**

### **Résumé.**

C'est une étude ouverte et rétrospective sur dossiers portant sur 10 patients hospitalisés de jour en service de MPR entre le premier septembre 2004 et le 30 juin 2006 pour une rétraction capsulaire et douloureuse de l'épaule d'origine médicale ou post-chirurgicale. La méthode utilisée est l'étude des résultats obtenus par les évaluations biométriques et qualitatives entre leur admission en hôpital de jour et leur sortie. L'analyse des résultats porte sur la relation entre le type de rééducation effectuée et le bénéfice sur les gestes de la vie courante et professionnelle.

Discussion et Comparaison par rapport aux données de la littérature médicale

**Mots clés :** épaule douloureuse- rééducation, insertion professionnelle

### **Introduction**

L'ouverture de places d'HDJ dans notre établissement a entraîné une importante demande par rapport aux nombres de places prévues d'où la nécessaire réflexion sur l'intérêt de l'HDJ dans certaines pathologies notamment orthopédiques, allant dans le sens des discussions d'ores et déjà engagées par la haute Autorité de Santé à ce sujet . Dans ce cadre, il semblait intéressant d'étudier plus particulièrement la population dont l'affection principale motivant l'hospitalisation en HDJ est la « Capsulite rétractile ». L'objectif de cette étude était d'évaluer la progression de ces patients à travers les mesures d'amplitudes articulaires, de la douleur et l'amélioration dans leur qualité de vie et la comparer à d'autres études.

### **Type d'étude**

Cette étude est ouverte et rétrospective sur dossiers récupérées à partir des données du PMSI : sur 16 patients qui ont été admis en HDJ pour une pathologie d'épaule, seulement 10 d'entre eux entraient dans la catégorie des capsulites rétractiles , les 6 patients éliminés étaient les suivants : 3 algodystrophies pures du poignet, 1 ayant une poussée de pseudo-polyarthrite rhizomélique, 1 ayant eu un enraidissement acromio-claviculaire post-traumatique et 1 ayant l'association polyarthrite rhumatoïde et cervicarthrose évoluée.

### **Population - cible**

Les 10 patients qui ont été inclus dans cet étude avaient tous une douleur de l'épaule et une diminution des amplitudes passives de l'articulation gléno-humérale. Cette limitation touchait principalement l'abduction, l'élévation antérieure et la rotation externe comme définie par le Professeur Michel Revel(1).

Répartition de patients : 7 femmes, 3 hommes avec une moyenne d'âge de 51.5 ans

Durée de séjour : allant de 5 semaines à 18 semaines, la durée moyenne de séjour pour les 10 patients était de 12 semaines.

Fréquence par semaine : La prise en charge a débuté par une fréquence de 5 jours/semaine sauf pour 2 patients qui ont directement commencé par 3 fois par semaine, pour ensuite se poursuivre à 2 ou 3 fois par semaine. La DMS moyenne à 5 jours/semaine était de 7.5 et la DMS en fréquence alternée (2 ou 3 fois/semaine) était de 7 semaines. Le critère de choix entre 2 ou 3 fois par semaine n'était pas d'ordre médical mais lié à :

1°) la nécessaire répartition de la charge de travail de l'équipe médico-technique de rééducation.

2°) les préférences des patients

Afin d'éliminer la variable « fréquence par semaine », non standardisée car dépendante de l'évolution et de la progression de chaque patient, nous avons décidé de prendre comme critère de référence, le nombre total de séances en HDJ qui est en moyenne, de 46 avec un écart-type de 19.

### Conditions socio-professionnelles

Sur ces 10 patients seulement 7 d'entre eux étaient en arrêt de travail en raison de leur problème d'épaule. Les 3 autres se répartissaient ainsi : une retraitée, un arrêt pour accident de travail sans rapport avec l'épaule, un arrêt de travail pour déséquilibre diabétique.

### Méthode

Les 10 patients inclus dans cette étude rétrospective ont bénéficié de 3 types de rééducation associant la kinésithérapie à sec en séance d'une heure, de balnéothérapie (¾ d'heure) et d'une séance d'ergothérapie d'une heure. Ces séances n'ont pas fait l'objet de protocolisation particulière en dehors de la prescription médicale initiale et réactualisée régulièrement. Les professionnels avaient donc le choix dans le contenu de leur séance de rééducation.

2 patients ont bénéficié chacun de 3 infiltrations/dilatations intra-articulaires sous contrôle scopique à une semaine d'intervalle chacune. Un patient a eu une seule infiltration **sous** scopie sans dilatation.

L'étude a consisté en l'analyse des variations d'amplitudes articulaires entre le début et la fin du séjour sans préjuger du type de rééducation utilisée car chaque patient était pris en charge par des professionnels différents. Le but étant d'objectiver les résultats positifs empiriquement attendus. Une comparaison de la qualité de vie a été réalisée à travers des paramètres objectifs tels que : la reprise du travail ou de la conduite automobile.

Tableau n° 1

durées de séjour en HAD en semaines						
âge	sexe	durée séjour 5j/7	durée séjour 3j/7	durée de séjour 2j/7	Durée séjour totale	Nombre totales journées
41	2	13		5	18	75
71	2		12		12	36
52	2		3	7	10	23
50	1	3		7	10	29
52	2	6		6	12	42
51	2	9			9	45
60	1	5			5	25
53	2	6	12		18	66
47	1	9	9		18	72
27	2	9			9	45
médiane					moyenne	

---

51,5	7,5	9	6,25	12,1	45,8
------	-----	---	------	------	------

---

Tableau n° 2

<b>mesures biométriques passives</b>					
<b>début séjour</b>			<b>fin séjour</b>		
<i>ABD</i>	<i>EA</i>	<i>RE1</i>	<i>ABD</i>	<i>EA</i>	<i>RE1</i>
30	60	0	160	140	45
60	70	10	85	80	20
70	80	10	90	120	20
60	60	0	90	120	20
30	30	10	80	70	40
30	50	30	80	120	40
70	80	0	80	110	50
70	80	0	90	90	25
30	70	-10	70	110	30
20	40	-30	80	80	0

## Résultats

### Aspects quantitatifs

L'évolution des 3 amplitudes a été satisfaisante pendant le séjour puisque l'on observe un écart significatif ( $p < 0.01$ ) entre les amplitudes initiales et les amplitudes à la sortie (figures 1, 2, 3) :

En moyenne, la variation durant le séjour de l'abduction est de  $50^\circ$ , celle de l'élévation antérieure de  $40^\circ$  et celle de la rotation externe en position 1 (coude au corps), de  $35^\circ$ .

Il n'a pas été observé de corrélation entre l'évolution des amplitudes et le nombre de séances (coefficient de corrélation = 0.55).

L'élévation antérieure globale active, en fin de séjour, était de  $125^\circ$  et l'EVA (échelle visuelle analogique) inférieur à 3 pour les seuls 4 patients qui avaient eu une EVA en début et en fin de séjour. Alors que la cotation musculaire était en moyenne à 2 en début de séjour, elle est à 4 en fin de séjour.

Fig1 : évolution de l'abduction

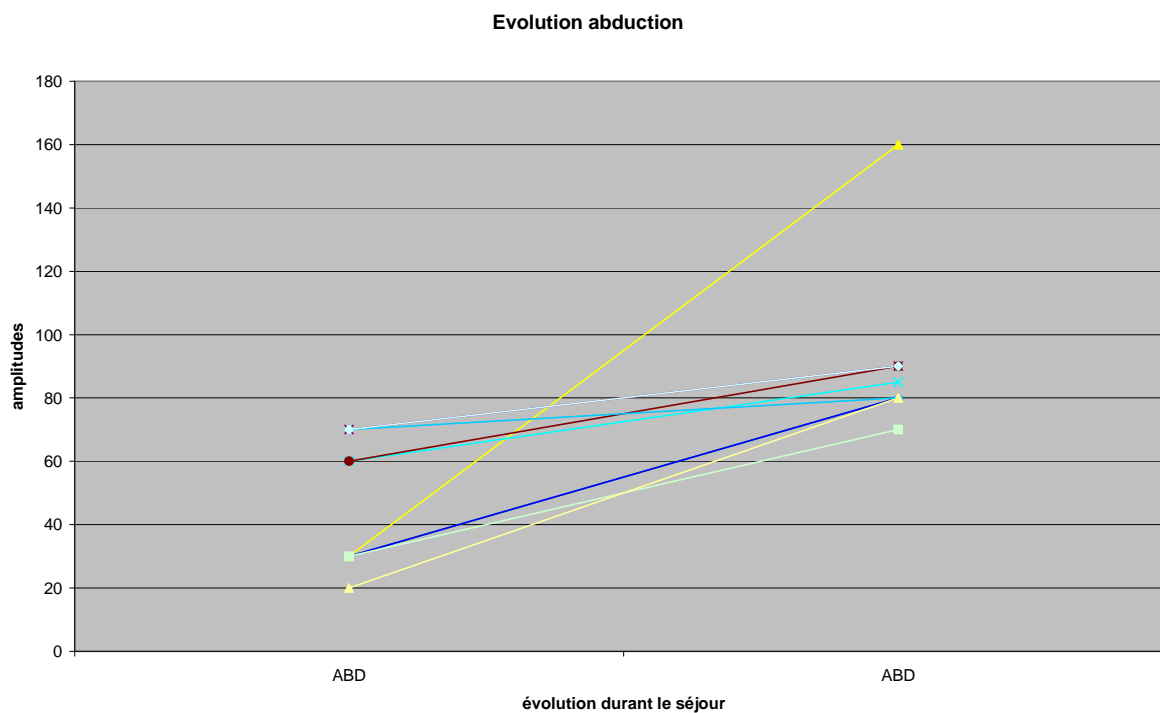


Fig. 2 : évolution de l'élévation antérieure

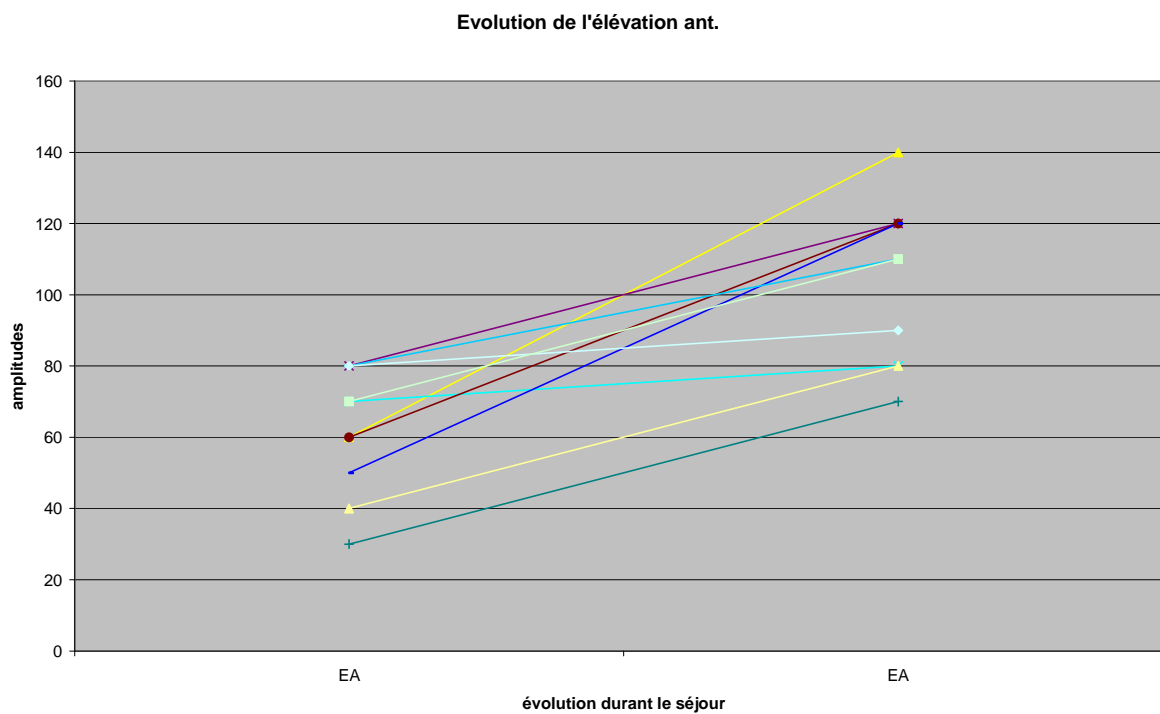
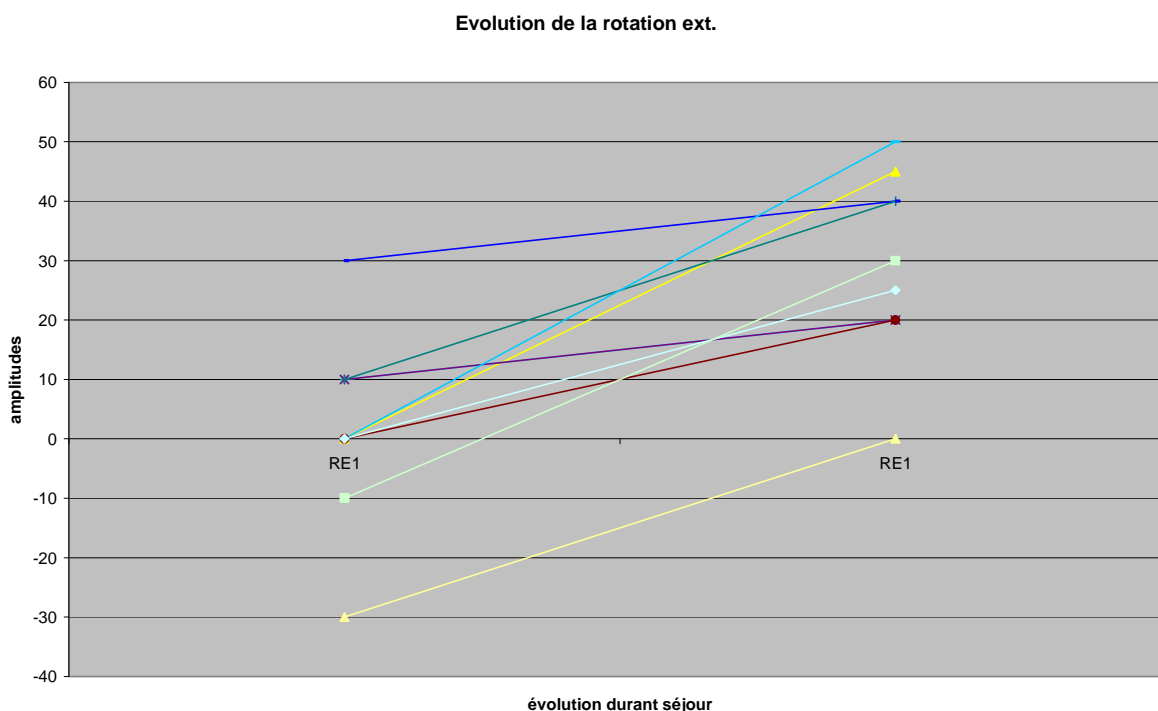


Fig 3 : évolution de la rotation externe



### Aspects qualitatifs

Sur les 7 patients qui avaient dû arrêter leur travail en raison de leur problème d'épaule tous ont pu reprendre leur travail à l'issue immédiat ou différé de leur séjour en HDJ : 2 à temps plein directement, 5 en mi-temps thérapeutique préalable. Ils avaient tous récupéré la conduite automobile pendant leur séjour sauf une. En dehors de la personne retraitée, les 2 patients qui avaient d'autres raisons médicales d'arrêt de travail n'avaient pas repris leur travail lors d'une consultation à distance de 6 mois, le premier pour les mêmes raisons qu'initialement avec une mise en invalidité, le deuxième pour la persistance d'une capsulite rétractile sur diabète mal équilibré. La patiente retraitée conservait une gêne importante à la sortie de l'hôpital de jour mais parvenait à refaire toutes ses AVQ (activités de la vie quotidienne) exceptées celles requérant une élévation du bras au-dessus de 90°. L'étiologie de cette capsulite était en rapport avec une fracture comminutive du col de l'humérus avec atteinte des muscles de la coiffe. Sur les 7 patients qui ont repris leur travail, 6 avaient subi une intervention orthopédique auparavant :

- une fracture de la glène ostéosynthésée
- une réparation de coiffe des rotateurs compliquée d'une dépression
- une fracture articulaire du coude ostéosynthésée
- une réparation avec lambeau de la coiffe
- une intervention de stabilisation de l'épaule type Bankart
- une arthroscopie exploratrice d'épaule

Le 7<sup>ème</sup> patient avait eu un traitement orthopédique simple d'une fracture du trochiter, soit une immobilisation coude au corps 3 semaines.

### Discussion

La faible quantité de patients et la diversité des étiologies de capsulite ne nous permettent pas de comparer raisonnablement nos résultats à d'autres études. Ce qui est démontré cependant par beaucoup d'auteurs c'est la nécessaire conjonction de plusieurs traitements : infiltrations associées à de la kinésithérapie active (1,3). Dans son ouvrage (2), Gazielly, chirurgien orthopédiste, parle de 70 séances de kinésithérapie nécessaires à la récupération d'une capsulite rétractile. Or si on rapporte ce nombre de séances au nombre de jours de présence HDJ obtenues dans notre étude, soit 46, on s'aperçoit qu'il est bien moindre. Ceci pourrait donc suggérer une supériorité de l'HDJ par rapport à la kinésithérapie seule en ce qui concerne le délai de récupération et la reprise plus rapide des activités de la vie quotidienne et professionnelle. Dans cette optique de reprise de travail, Fouquet et col. (5) ont démontré également une reprise de travail plus rapide après l'association dilatation capsulaire et rééducation intensive. Par ailleurs, ce type de prise en charge peut très probablement éviter des moyens chirurgicaux type mobilisation sous anesthésie générale ; ce que semble également démontrer l'étude de Griggs et col (4). Dans notre étude, seulement 2 patients ont eu besoin d'infiltrations/dilatations et un ,d'une seule infiltration, toutes réalisées sous contrôle scopique. Les indications de ces infiltrations avaient été posées lorsque la douleur et la raideur étaient incompatibles avec le bon déroulement de la rééducation, ce qui semble admis dans d'autres études (3).

### Conclusion

Cette étude clinique de pratique de la Médecine physique et de réadaptation incluant un ensemble de partenaires professionnels : kinésithérapeutes, médecins, ergothérapeutes, etc. permet d'objectiver les résultats obtenus et soit de nous conforter, soit nous interroger sur nos pratiques. L'étude rétrospective sur dossiers d'observations cliniques fait parfois émerger certains manques comme la pratique systématique de l'EVA. Afin d'être plus objectif, l'examineur devrait être différent de celui qui est en charge du suivi clinique du patient, ce qui n'a pas été le cas dans cette étude, introduisant très certainement un biais de mesure ; les professionnels ayant inconsciemment certainement tendance à surestimer leur propre pratique. Cependant, l'utilisation d'échelles de valeur, ainsi que des données objectives biométriques ou de qualité de vie permettent d'éviter en partie ce biais.

Par rapport au récent rapport de la Haute Autorité de Santé(6) sur les indications de rééducation en centre ou en ville, cette étude a au moins le mérite de mettre l'accent sur l'intérêt de l'hospitalisation dans certains cas et la capsulite rétractile nous paraît être une de ces indications de choix.

### Bibliographie :

- 1) Jean-Michel Revel . EpauLe raide, place de la distension capsulaire et de la mobilisation sous anesthésie générale dans la rééducation de la capsulite rétractile. <http://www.anmsr.asso.fr/anmsr00/49//revel.htm>.
- 2) D.F.Gazielly . L'épaule au quotidien. *Sauramps médical*.
- 3) Vijay B.Vad,MD, Durgadas Sakalkale, MD, Russell F. Warren, MD. The role of capsular distension in adhesive capsulitis. *Arch Phys Med Rehabil Vol 84, September 2003;84:1290-2*.
- 4) Griggs SM, Ahn A, Green A. Idiopathic adhesive capsulitis. A prospective functional outcome study of non operative treatment. *Bone Joint Surg Am. 2000 Oct;82-A: 1398-407*.
- 5) Fouquet B, Griffoul I, Borie MJ, Roger R, Bonnin B, Metivier JC, Pellieux S. Adhesive capsulitis: evaluation of a treatment coupling capsular distension and

intensive rehabilitation. *Ann Readapt Med Phys.* 2006 Mar; 49(2): 68-74. Epub 2005 Sep 27.

- 6) Haute Autorité de Santé : *Recommandations de pratiques professionnelles* 29 mars 2006.