

SYNTHESE DES RECOMMANDATIONS PROFESSIONNELLES

Critères de suivi en rééducation et d'orientation en ambulatoire ou en SSR après chirurgie des ruptures de coiffe ou arthroplasties d'épaule

Janvier 2008

OBJECTIFS

- Proposer une aide à la décision au médecin qui prescrit des soins de massokinésithérapie après chirurgie des ruptures de coiffe ou arthroplastie d'épaule, afin de lui permettre d'apprécier l'opportunité de recourir, pour son patient, à une hospitalisation en vue de la réalisation des soins de suite ou de réadaptation.
- Définir les éléments de transmission entre chirurgien et masseur-kinésithérapeute nécessaires à la mise en œuvre de la prise en charge de rééducation et du suivi du patient, quel qu'en soit le lieu.

Enjeu : éviter les hospitalisations inappropriées en soins de suite ou de réadaptation, conformément à la loi n°2005-1579 du 19 décembre 2005, de financement de la Sécurité sociale pour 2006 qui modifie l'article L. 162-2-2 du Code de la sécurité sociale.

MESSAGES CLÉS

- Après arthroplastie ou chirurgie de rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule, la rééducation est recommandée pour tous les patients, quelle que soit la technique chirurgicale proposée (grade C).
- Après arthroplastie d'épaule, il est recommandé de proposer au patient une hospitalisation en service de médecine physique et de réadaptation (MPR).
- La chirurgie des ruptures de coiffe de l'épaule ne nécessite pas, pour un patient justifiant de soins de masso-kinésithérapie, de recourir de manière générale à une hospitalisation en vue de la réalisation des soins de suite et de réadaptation.
- La rééducation après chirurgie des ruptures de coiffe peut être réalisée sous forme de programme d'autorééducation (grade C), uniquement sous certaines conditions (*figure 1*).

CRITERES D'ORIENTATION

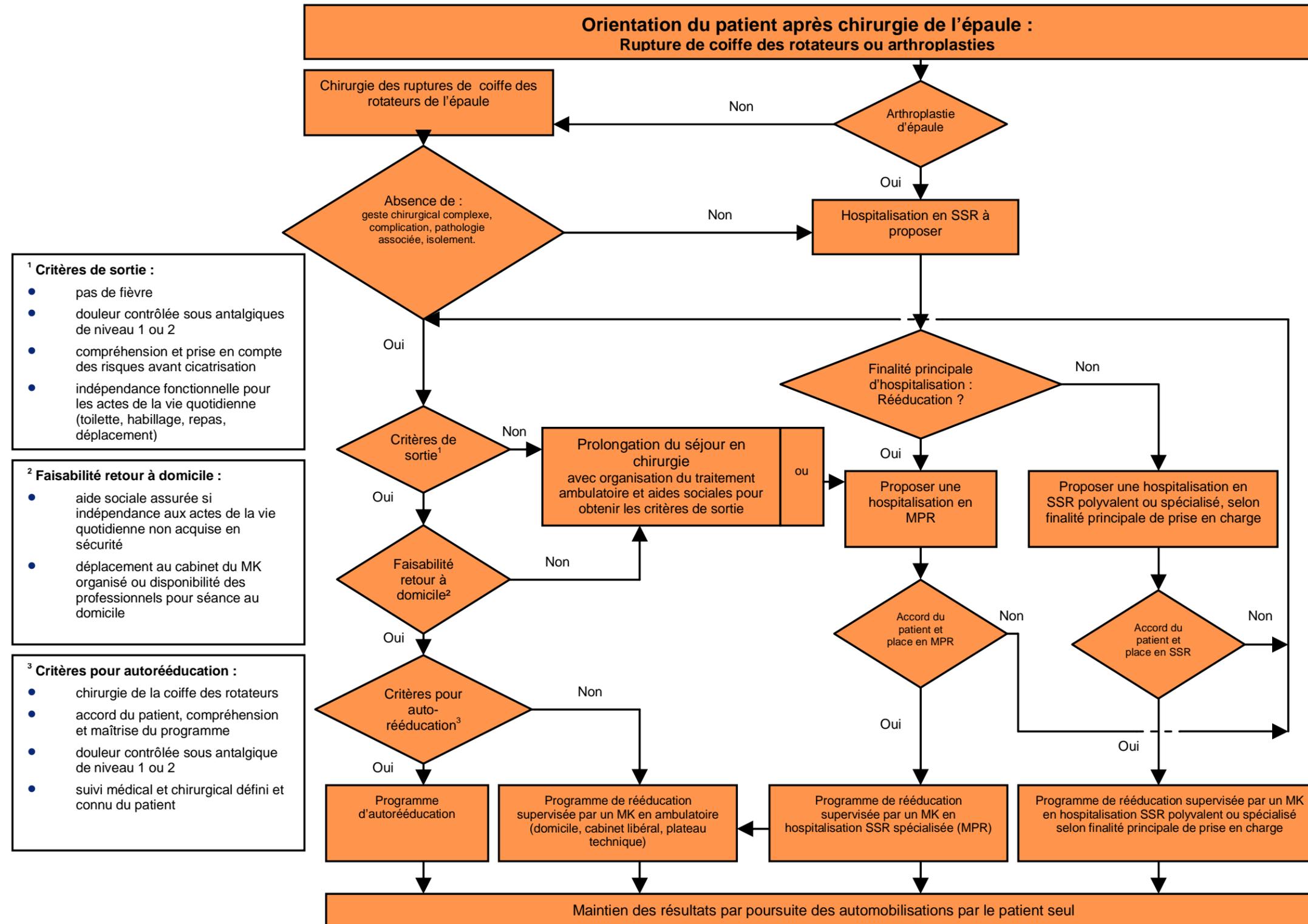


Figure 1. Indications de la rééducation et critères d'orientation du patient en SSR ou en ambulatoire.

INDICATIONS ET PROGRAMMES DE RÉÉDUCATION

Indications de la rééducation après chirurgie

- Pour tout patient après chirurgie des ruptures de coiffe ou arthroplastie d'épaule.
- Sous forme de programme de rééducation supervisée par un MK incluant une éducation aux automobilisations ou sous forme de programme d'autorééducation réalisé par le patient seul avec suivi médico-chirurgical, uniquement sous certaines conditions (cf. *figure 1*).
- Techniques de rééducation mises en œuvre dans le respect de la prescription médicale : massage, cryothérapie, balnéothérapie, mobilisations manuelles et automobilisations, aides techniques et aménagement de l'environnement sont associés à une éducation thérapeutique du patient, et choisis en fonction des objectifs thérapeutiques définis avec le patient après évaluation clinique. Elles sont adaptées aux caractéristiques individuelles du patient et à son projet, à la technique chirurgicale, au dispositif de soutien postopératoire du membre supérieur (écharpe, orthèse thoraco-brachiale), aux complications per ou postopératoires rencontrées et à la phase de rééducation.

Programmes de rééducation

Phase de rééducation	Objectifs principaux	Indications	Résultats attendus et critères d'arrêt
Préopératoire	Informier Restaurer la mobilité passive Apprendre à réaliser les automobilisations	Chirurgie programmée Raideur préopératoire	Restauration des amplitudes subnormales Adaptation du patient aux conditions postopératoires
Postopératoire initiale Dès l'intervention Durée selon structures anatomiques réparées (décision chirurgicale)	Restaurer mobilité passive Solliciter la contraction des muscles non réparés Surveiller l'évolution (dispositif de soutien, douleur, complications)	Tout patient	Mobilité passive subnormale en constante progression
Postopératoire secondaire Dès la fin du délai d'immobilisation relative et accord du chirurgien ou du médecin MPR pour mise en œuvre du travail actif	Sevrer le port du dispositif de soutien du bras Restaurer la mobilité active contre pesanteur Restaurer à 3 mois la fonction du membre supérieur dans toutes les activités de la vie quotidienne de type sédentaire, hors activités contre résistance	Tout patient	Amplitudes passives et actives indolores, réalisées selon schéma physiologique permettant l'obtention d'une indépendance fonctionnelle compte tenu du contexte et projet du patient Arrêt au plus tard : fin du 4 ^e mois, sauf complications
Postopératoire tertiaire À partir de la fin du 4 ^e mois si réparation tendineuse	Restaurer progressivement les activités physiques et professionnelles antérieures, y compris les activités en force Réadapter le patient à l'effort et au geste professionnel ou sportif spécifique	Uniquement si la reprise d'activités antérieures exige des capacités physiques maximales	Reprise de l'activité professionnelle, sportive ou de loisirs possible Arrêt de la progression des fonctions musculaires ou fonctions relatives au mouvement Arrêt au plus tard : fin du 6 ^e mois

ÉVALUATION CLINIQUE ET SUIVI DU PATIENT

Suivi médical et chirurgical

- Par le chirurgien ou le médecin de MPR en collaboration avec :
 - médecin traitant et médecins ayant suivi le patient avant son intervention ;
 - médecin de médecine et santé au travail si accord du patient, et si répercussions professionnelles susceptibles d'être notables et durables à l'issue du programme de rééducation.

Évaluation clinique et suivi réalisés par le masseur-kinésithérapeute

- Dans le respect de la prescription, les éléments de la classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) à prendre en compte dans le suivi du patient, si possible à partir d'outils validés, sont :
 - ▶ les fonctions organiques et structures anatomiques (douleur, fonction de la peau, fonctions sensibles, fonctions des articulations et des os, fonctions des muscles, fonctions relatives au mouvement, fonction des systèmes cardio-vasculaire et respiratoire, signes généraux évoquant une complication),
 - ▶ les activités, participation et qualité de vie pré et postopératoires en lien avec le projet du patient (ex. autoquestionnaire Dash, grade B).
- Un avis auprès du chirurgien ou du médecin MPR est recommandé lorsque :
 - ▶ la douleur n'est pas maîtrisée, augmente ou réapparaît malgré l'observance du traitement médicamenteux prescrit ;
 - ▶ les amplitudes passives globales de l'épaule à 6 semaines sont inférieures à 90° d'élévation dans le plan de la scapula ou présentent un déficit de rotation latérale de plus de 30° par rapport au côté opposé et ne progressent plus ;
 - ▶ l'élévation active globale contre pesanteur à 3 mois reste inférieure à 90° et ne progresse plus ;
 - ▶ l'articulation est instable (subluxation ou luxation cliniquement décelable après arthroplastie) ;
 - ▶ des signes de complications secondaires apparaissent (fièvre, phénomènes inflammatoires, œdème de la main, signes neurologiques, écoulement ou désunion de la cicatrice, etc.).

TRANSMISSIONS ENTRE PROFESSIONNELS

Il est recommandé :

- au médecin prescripteur, de transmettre au masseur-kinésithérapeute la prescription et les informations assurant une mise en œuvre du traitement en sécurité :
 - ▶ date et type d'intervention chirurgicale, en particulier les structures réparées ;
 - ▶ durée de l'immobilisation relative par le dispositif de soutien du bras ;
 - ▶ mouvements interdits et délais d'interdiction ;
 - ▶ délai de mise en œuvre des mobilisations passive, active et active résistée.
- au masseur-kinésithérapeute, de transmettre une fiche de synthèse du bilan-diagnostic kinésithérapique actualisée :
 - ▶ au confrère assurant la poursuite de la prise en charge en ambulatoire ;
 - ▶ au médecin ou chirurgien pour chaque consultation chirurgicale ou médicale en rapport avec le suivi de rééducation.

Des documents-types (prescription, lettre d'accompagnement, synthèse du bilan-diagnostic, questionnaire Dash) sont fournis en annexe des recommandations.



Ce document présente les points essentiels des recommandations professionnelles :
« Critères de suivi en rééducation et d'orientation en ambulatoire ou en SSR, après chirurgie des ruptures de coiffe ou arthroplasties d'épaule » – Recommandation pour la pratique clinique – Janvier 2008.

Ces recommandations et l'argumentaire scientifique sont consultables dans leur intégralité
sur www.has-sante.fr