

La capsulite rétractile

Fiche patho

Avant-propos

Cette fiche patho vous permettra, en tant que kinésithérapeute, de mieux appréhender la prise en charge de patients souffrant d'une capsulite rétractile.

Vous trouverez dans cette fiche une introduction à la pathologie ainsi que les dernières guidelines concernant le bilan et la prise en charge des patients souffrant d'une capsulite rétractile.



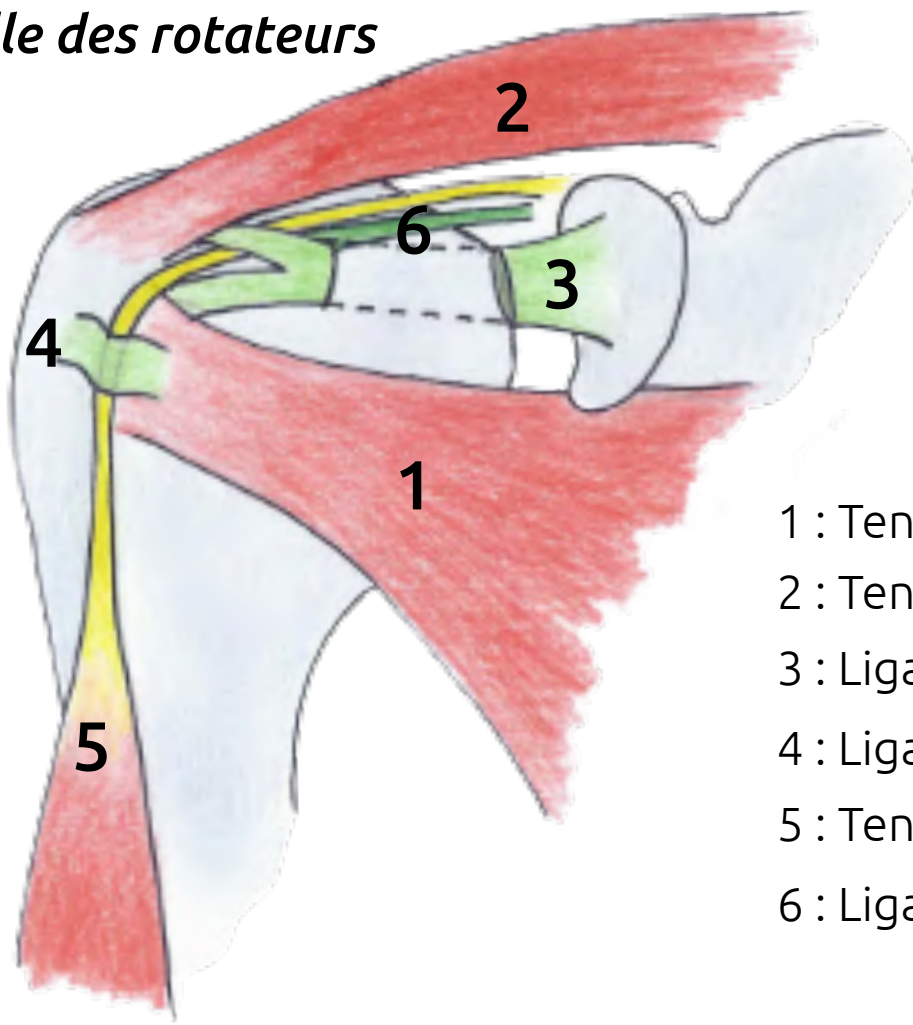
[Accédez aux versions actualisées de cette fiche sur fullphysio.com](https://fullphysio.com)

Veillez noter qu'il s'agit d'un sujet qui évolue constamment. Nous tâchons de mettre cette fiche à jour le plus régulièrement possible. Cette version date du mois d'avril 2021.

Pour accéder aux versions actualisées de cette fiche patho, nous vous invitons à vous inscrire sur notre plateforme fullphysio.com

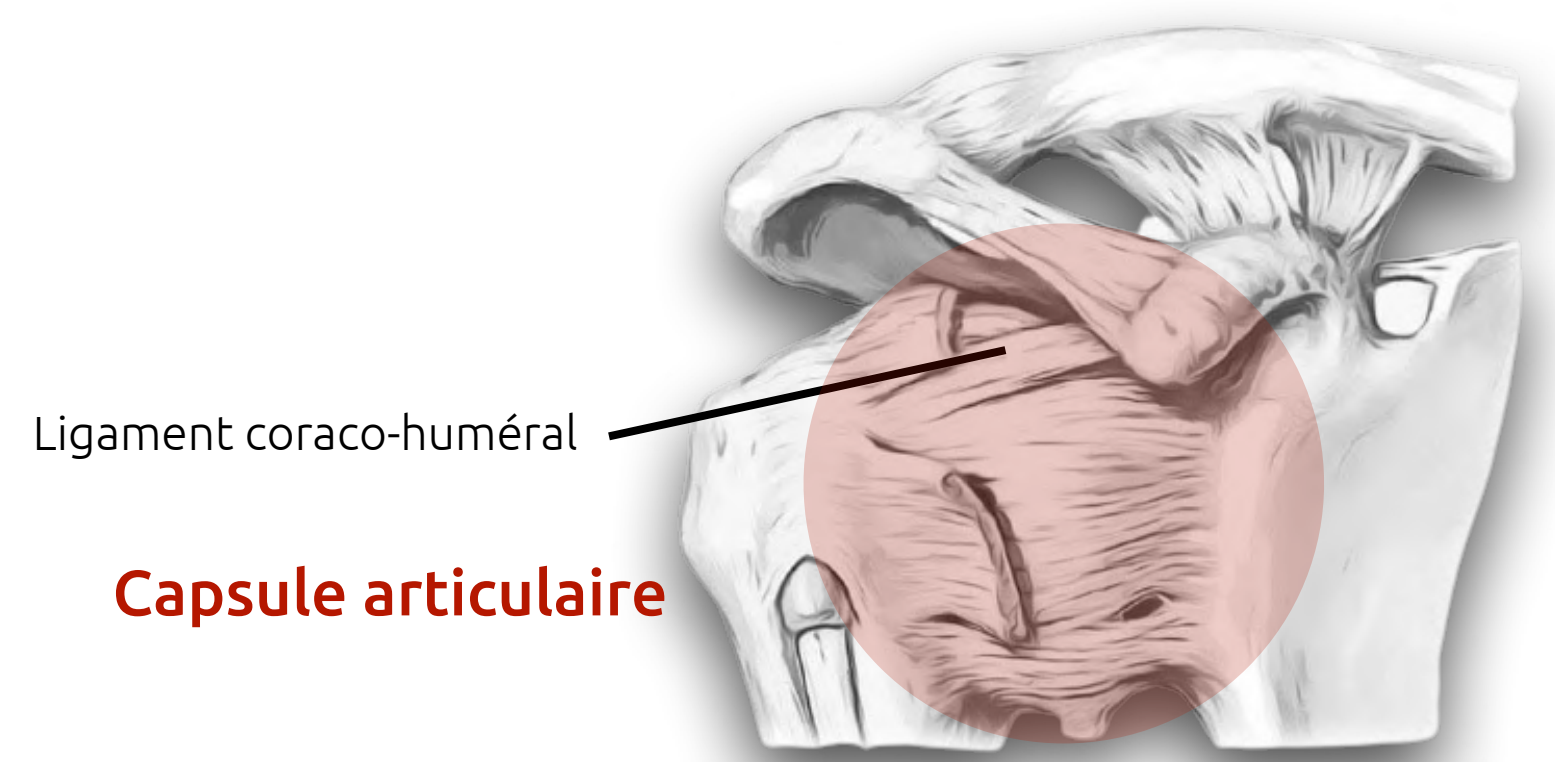
Sur fullphysio.com vous trouverez également des modules EBP, d'autres fiches patho, des quiz, une bibliothèque de tests, une bibliothèque d'exercices ainsi qu'une bibliothèque d'échelles et scores.

Intervalle des rotateurs



- 1 : Tendon du subscapulaire
- 2 : Tendon du supra-épineux
- 3 : Ligament coraco-huméral
- 4 : Ligament huméral transverse
- 5 : Tendon du long biceps
- 6 : Ligament gléno-huméral supérieur

1. Physiopathologie



Ligament coraco-huméral

Capsule articulaire

→ Zone capsulaire spécifique qui se caractérise par l'absence de renforcement par les tendons de la coiffe de rotateurs

- Possède 3 grands rôles :
 - Le maintien d'une pression intra-articulaire négative
 - Un rôle de poulie pour le tendon du long biceps latéralement
 - La stabilisation postérieure et inférieure de la tête humérale
- Permet la limitation des translations :
 - Postérieures et inférieures en adduction
 - Antérieures en abduction et rotation latérale

✓ Physiopathologie

→ Capsulite rétractile : amplitude active et passive du mouvement articulaire gléno-huméral d'abord douloureuse, puis progressivement limitée

- La capsule s'épaissit et se congestionne
 - Inflammation des ligaments de l'intervalle des rotateurs
 - Ligament coraco-huméral
 - Ligament gléno-huméral
 - Inflammation de la synovie
 - Nouvelle croissance nerveuse et vasculaire dans le complexe capsulo-ligamentaire
 - Libération de fibroblastes, de mastocytes, de macrophages et de lymphocytes T dans la capsule gléno-humérale
- Augmente la production de collagène via le phénomène inflammatoire

Résultat → Enraidissement, douleur et fibrose de l'espace de l'intervalle des rotateurs

✓ Étiologie

★ Causes inconnues → Des hypothèses

- Micro-traumatisme? → Aucune preuve
- État chronique inflammatoire de faible grade?
 - Lipoprotéines pro-inflammatoires = facteurs de risques significatifs de la capsulite rétractile
 - Incidence plus élevée chez les patients atteints de diabète métabolique et de troubles thyroïdiens (associés à un état chronique d'inflammation)
- Traits de personnalité dépressifs?
 - Dépression = augmentation des taux de cytokines inflammatoires
 - Hormones féminines? Femmes en péri-ménopause (40-65 ans) → Aucune explication claire
- Protection musculaire?
 - Amélioration des amplitudes sous anesthésie générale

Hollmann et al., 2018 → Réfuté par De Baets et al. 2020

✓ Prévalence et évolution

- 2% à 5% de la population
- Plus fréquemment chez les femmes de 40 à 65 ans
- Unilatéral du côté non dominant +++
 - Affection bilatérale asynchrone dans 20 à 30% des cas
 - Atteinte bilatérale simultanée rare



Pathologie qui prend du temps! Zuckerman et al. 2011
 → Peut parfois durer jusqu'à 2 ou 3 ans voire même ne jamais disparaître complètement

✓ Traditionnellement : les phases de la capsulite rétractile selon Reeves et al. (1975)



Phase **douloureuse**
10 à 36 semaines

Phase de **raideur**
4 à 12 mois

Phase de **récupération**
5 à 26 mois

→ Il convient d'être prudent vis à vis de ces phases :

- Résolution spontanée
- Progression triphasée

 → Pas de preuve objective Abrassart et al. 2020

→ L'évolution de la maladie est davantage un **continuum** plutôt que des phases bien délimitées!

✓ Proposition de classification par Zuckerman à propos des causes de la C.R.

CR. PRIMAIRE (Idiopathique)	Capsulite Rétractile SECONDAIRE (Troubles connus)		
Altérations	Systémique	Extrinsèque**	Intrinsèque**
Immunologiques Inflammatoires Biochimiques Endocriniennes	Diabète (5x plus à risque de CR) Hypothyroïdie Hyperthyroïdie Hypoadrénalisme	Maladie cardio-pulmonaire Discopathie cervicale Parkinson AVC Fracture humérus	Tendinopathie CDR* Déchirure CDR* Tendinopathie biceps brachial Tendinopathie calcifiante Arthrite acromio-claviculaire

* CDR : Coiffe Des Rotateurs

** Facteurs « Extrinsèque » et « Intrinsèque » à l'épaule



2. Bilan et diagnostic



Anamnèse

★ Aucun gold standard permettant le diagnostic d'une CR en phase précoce

- Généralement, les femmes de 40 à 65 ans
- Les patients ayant du mal à expliquer le début
- La douleur peut être mal localisée et décrite comme une douleur profonde
 - Se présente parfois comme une douleur référée à l'insertion distale du deltoïde, irradiant vers la zone du biceps
- Douleur augmentée de façon notable lors des mouvements rapides et non préparés
- Douleur nocturne surtout au début des symptômes
- Présentation souvent unilatérale et touchant le membre non dominant
 - Épaule dominante dans 30% des cas



Fièvre, sueurs nocturnes, malaises ou perte de poids inexplicée

→ Autre diagnostic

1



Évaluation de suivi

Détecter les facteurs de risques → Susceptibles d'influencer négativement l'évolution du patient lors de sa rééducation

- **Critères d'exclusion :**
 - Pathologies sous-jacentes
 - Pathologies psychiatriques

Facteurs à prendre en compte lors de la rééducation :

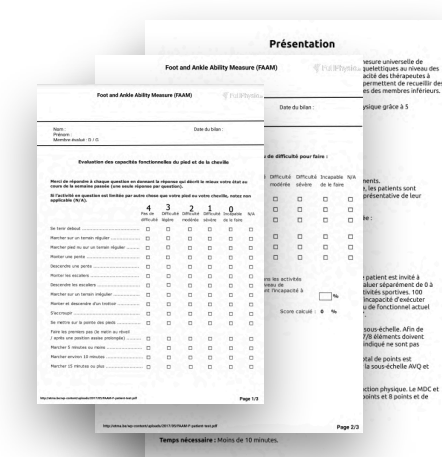
- Facteurs de risques liés au contexte et aux obstacles (législatif, assurance)
- Facteurs de risques individuels, psychologiques, cognitifs, comportementaux
- Facteurs de risques liés à l'activité professionnelle du patient et à sa perception sur la santé

Questions clés pour investiguer ces drapeaux :

- Qu'est-ce qui selon vous à causé le problème ?
- Que pensez-vous qu'il va vous arriver maintenant ?
- Comment faites-vous face au problème ?
- Quand pensez-vous reprendre le travail ?
- Qu'est-ce qui pourrait être fait au travail pour améliorer la situation ?

Quels éléments cliniques pour guider la rééducation et évaluer les effets des interventions ?

- Utilisation de mesures subjectives et objectives, combinées avec des scores d'auto-évaluation fonctionnels validés :
- Perception du patient concernant la raideur de son épaule lors du mouvement
 - Échelle de 0 à 10 + Demander la moyenne lors de la dernière semaine
- Intensité moyenne de la douleur à l'EVA lors de la dernière semaine
 - Au repos + la nuit + lors des AVJ
- Utilisation de questionnaires validés
 - Quick Dash SPADI L'ASES
 - Sphère plus psychologique / drapeaux jaunes [PCS TSK
- Évaluation des amplitudes de mouvements actifs et passifs
 - Utilisation d'un goniomètre ou inclinomètre
 - Mouvement effectué jusqu'à l'amplitude maximale ou la survenue de la douleur



À quel moment le patient passe d'une phase d'irritabilité à l'autre ?

- Si le patient arrive à dormir petit à petit sur son épaule
- Si les pertes d'amplitudes sont progressivement la conséquence de la raideur plutôt que de la douleur
- Activités de la vie quotidienne moins douloureuses

Possibles phases de plateaux au cours de la rééducation → Rassurer le patient : il est normal que cela prenne du temps ; l'évolution se fait par paliers

Douleur de type « sensibilisation centrale » ?

« Amplification de la signalisation neuronale au sein du système nerveux central (SNC) provoquant une hypersensibilité à la douleur »

- Adaptation du traitement
- Éducation du patient aux neurosciences de la douleur

Site internet : « Retrain Pain »



Examen clinique

★ Aucun gold standard permettant le diagnostic d'une CR en phase précoce

- **Déficit global des amplitudes de mouvements passifs et actifs**
 - Selon le patient : perdurent depuis au moins 1 mois, atteignent une phase de plateau ou ont tendance à s'aggraver

Couramment utilisé pour diagnostiquer une CR

Perte d'amplitude > 25% dans au moins 2 plans + perte de RE passive > 50% par rapport à l'épaule controlatérale ou RE passive < 30° en R1

- **Activités fonctionnelles difficiles**
 - Par ex : poser la main sur la tête, derrière le dos ou monter le bras sur le côté
- **Déficit de RE > déficit d'abduction > déficit de RI** *Modèle capsulaire décrit par Cyriax en 1970*
 - Pas systématiquement retrouvé
- **Test de la douleur coracoïdienne**
 - Le thérapeute **palpe 3 zones** au niveau de l'épaule :
 - la partie antero-latérale de la zone sub-acromiale
 - l'articulation acromio-claviculaire
 - l'apophyse coracoïde

Après chaque palpation, demander au patient l'intensité de sa douleur sur l'EVA. Le test est positif pour une véritable capsulite si l'intensité de la douleur est **supérieure de 3 points sur l'EVA** au niveau de la zone du coracoïde comparé aux autres zones.

2



Imagerie :

- Permet de mesurer l'ascension de la tête humérale (objectiver une rupture de coiffe)
- Permet d'éliminer d'autres pathologies / diagnostics différentiels
 - Tendinopathie calcifiante de la CDR
 - Arthrite gléno-humérale
 - Arthrite acromio-claviculaire
 - Ostéoporose
 - Luxation de l'épaule

3

Anamnèse + bilan clinique → Permettent de définir le niveau d'irritabilité → Guident le traitement



Proposition de classification selon l'irritabilité pour proposer un traitement adapté au patient :

Irritabilité haute	Irritabilité moyenne	Irritabilité faible
Douleur élevée ($\geq 7/10$)	Douleur modérée (4-6/10)	Douleur faible ($\leq 3/10$)
Douleur constante nocturne ou au repos	Douleur intermittente nocturne ou au repos	Pas de douleur nocturne ou au repos
Handicap élevé**	Handicap modéré**	Handicap faible**
Douleur avant la fin de l'amplitude du mouvement	Douleur en fin de ROM*	Douleur minime en fin de ROM* avec surpression
ROM* en actif aidé inférieur à la ROM en passif (secondairement à la douleur)	ROM* en actif-aidé similaire à la ROM en passif	ROM* en actif-aidé identique à la ROM en passif

* ROM = range of motion = amplitude de mouvement

** au DASH, ASES, PSS



3. Traitements et prise en charge

✓ Éducation thérapeutique

- **Expliquer au patient :**
 - En quoi consiste sa pathologie et les objectifs du traitement
 - Les signes qui montrent une bonne ou une moins bonne évolution
 - Que les exercices et les étirements doivent être en accord avec le niveau d'irritabilité
- **Objectif de ces explications :**
 - Apaise ses peurs
 - Le préparer à la progression par étapes de la maladie et à la guérison
 - Faire en sorte qu'il soit davantage confiant et positif dans sa prise en charge
 - Le rendre actif de sa rééducation
- **Identifier les facteurs psychosociaux à l'aide du PCS ou du TSK**
 - Inciter le thérapeute à employer des stratégies spécifiques d'éducation du patient afin d'optimiser les effets bénéfiques des interventions



Le thérapeute devra être capable de répondre aux différentes questions du patient

- Qu'est-ce que j'ai ?
- Quelle est la cause du problème ?
- Combien de temps cela va-t-il durer ?
- Quel est le pronostic ?
- Quels sont les traitements proposés ?
- Quels sont les résultats attendus ?

✓ Les traitements

- ★ **Selon Nakalanda et al. 2021 :**
 - Certaines **techniques et modalités de physiothérapie** sont **fortement** recommandées, d'autres modérément ou faiblement recommandées pour :
 - Soulager les douleurs
 - Améliorer les amplitudes de mouvements
 - Améliorer l'état fonctionnel
 - **Existence de nombreux types de traitements « conservateurs »**
 - Absence de consensus sur la meilleure intervention thérapeutique conservatrice
 - ➡ Choix en fonction de l'**irritabilité** du patient
 - ➡ Combiner les traitements
 - **Existence de traitements « chirurgicaux » :**
 - Mobilisation sous anesthésie générale
 - Capsulotomie arthroscopique
 - Arthrodistension scapulo-humérale

Prise en charge conservatrice indiquée en première intention

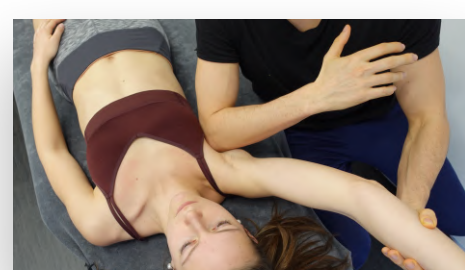
✓ Grades de recommandations des divers traitements de la capsulite rétractile

	Douleur	ROM	État fonctionnel
Ondes de chocs	Grade A	Grade A	Grade A
Étirements	Grade A	Grade A	Grade A
Corticostéroïdes (injections)	Grade A	Grade A	Grade A
Thérapie laser	Grade A	Grade A	Grade C
Acupuncture au venin d'abeille	Grade B	Grade B	Grade B
Cryothérapie	Grade B	Grade B	Grade B
Mobilisations	Grade B	Grade B	Grade B
PNF (Facilitation Proprioceptive Neuro-musculaire)	Grade B	Grade B	Grade B
Ultrasons	Grade B	Grade B	Grade B
Mouvement continu passif	Grade B	Grade B	Grade B
Renforcement	Grade B	Grade B	Grade B
Exercice dynamique de « reconnaissance » scapulaire (proprioception)	Grade B	Grade B	Grade B
Physiothérapie conventionnelle	Grade B	Grade B	Grade B
Technique de relâchement musculaire manuel	Grade C	Grade C	/

Phase 1 : DOULEUR > RAIDEUR

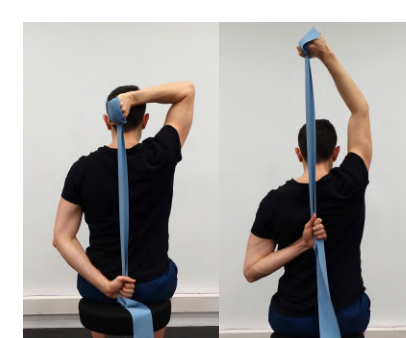
★ **Objectif principal : diminuer la douleur**

- **Déterminer les traitements qui conviennent le mieux au patient**
- **Essayer de quitter la phase douloureuse le plus tôt possible**



Grand rond

Techniques pour limiter la douleur



Gain d'amplitude en RI avec élastique rigide

- Étirements
- Mobilisations douces
- Massages
- TENS
- Thérapie laser
- Cryothérapie
- Infiltrations
- Exercices
- Diathermie à ondes courtes
- Acupuncture

En infra-douloureux
En dehors de la zone de résistance
Pendant 1 à 5 secondes

Pas dans l'amplitude complète
Mouvements auto-assistés et actifs
Exercice pendulaire
Travail à distance (cervical/thoracique)

Court-circuiter la phase douloureuse
À réaliser dans les premiers mois

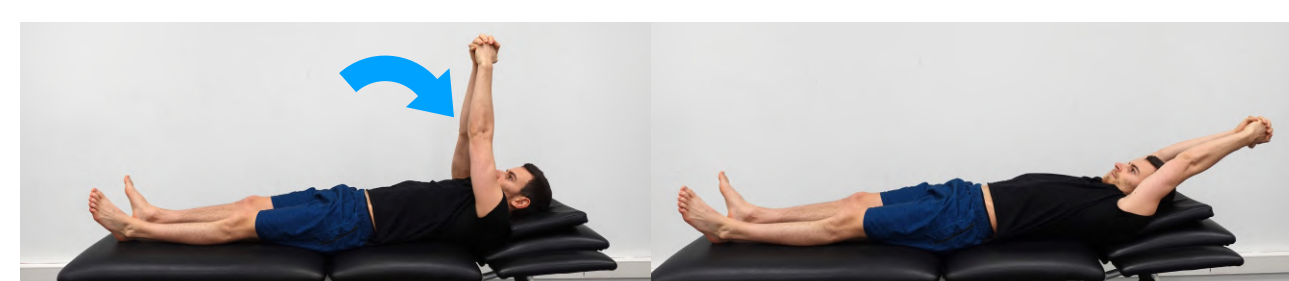
A domicile
En infra-douloureux

- **Éducation thérapeutique**
 - Éviter provisoirement toute activité provoquant une douleur > 2/10 (EVA) : pour éviter d'entretenir le processus inflammatoire

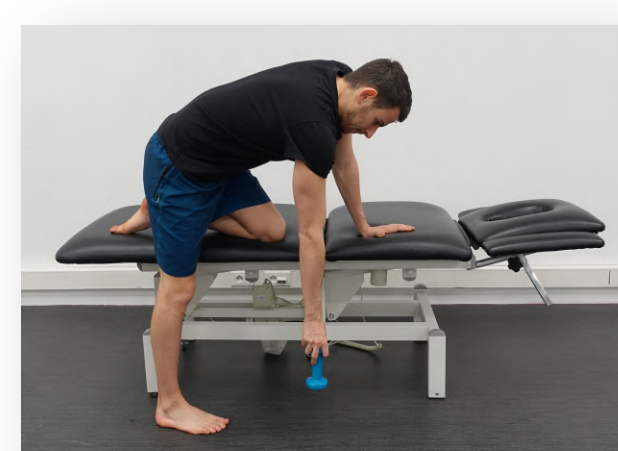
Phase 2 : RAIDEUR > DOULEUR

★ **Respecter la tolérance et l'irritabilité du patient**

- Prolonger les postures d'**étirements** statiques / étirements plus puissants
- Grades de **mobilisations** plus importants (dans la résistance)
- **Décoaptations** et **glissements** au niveau de la tête humérale
 - ➡ Récupération de la RE plus efficace avec des glissements postérieurs qu'antérieurs
- Poursuite de l'**éducation thérapeutique**
- Proposer des **ondes de chocs** si nécessaire



Gain d'amplitude en élévation antérieure



Pendulaire



Gain d'amplitude en RE

4. Bibliographies

Brun, Shane. « **Idiopathic Frozen Shoulder** ». Australian Journal of General Practice 48, n° 11 (novembre 2019): 757-61.

Challoumas, Dimitris, Mairiosa Biddle, Michael McLean, et Neal L. Millar. « **Comparison of Treatments for Frozen Shoulder: A Systematic Review and Meta-Analysis** ». JAMA Network Open 3, n° 12 (1 décembre 2020): e2029581.

Cho, Chul-Hyun, Ki-Choer Bae, et Du-Han Kim. « **Treatment Strategy for Frozen Shoulder** ». Clinics in Orthopedic Surgery 11, n° 3 (septembre 2019): 249-57.

Hollmann et al. (2015) : Hollmann, L. ; Halaki, M. ; Haber, M. ; Herbert, R. ; Dalton, S. & Ginn, K.(2015). **Determining the contribution of active stiffness to reduced range of motion in frozen shoulder**. Physiotherapy, 101(1): 303-304.

Ryan, Victoria, Hazel Brown, Catherine J. Minns Lowe, et Jeremy S. Lewis. « **The Pathophysiology Associated with Primary (Idiopathic) Frozen Shoulder: A Systematic Review** ». BMC Musculoskeletal Disorders 17, n° 1 (15 août 2016): 340.