

# La capsulite rétractile

Fiche synthèse

# Avant-propos

Cette fiche synthèse vous permettra, en tant que kinésithérapeute, de mieux appréhender la prise en charge de patients ayant 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.



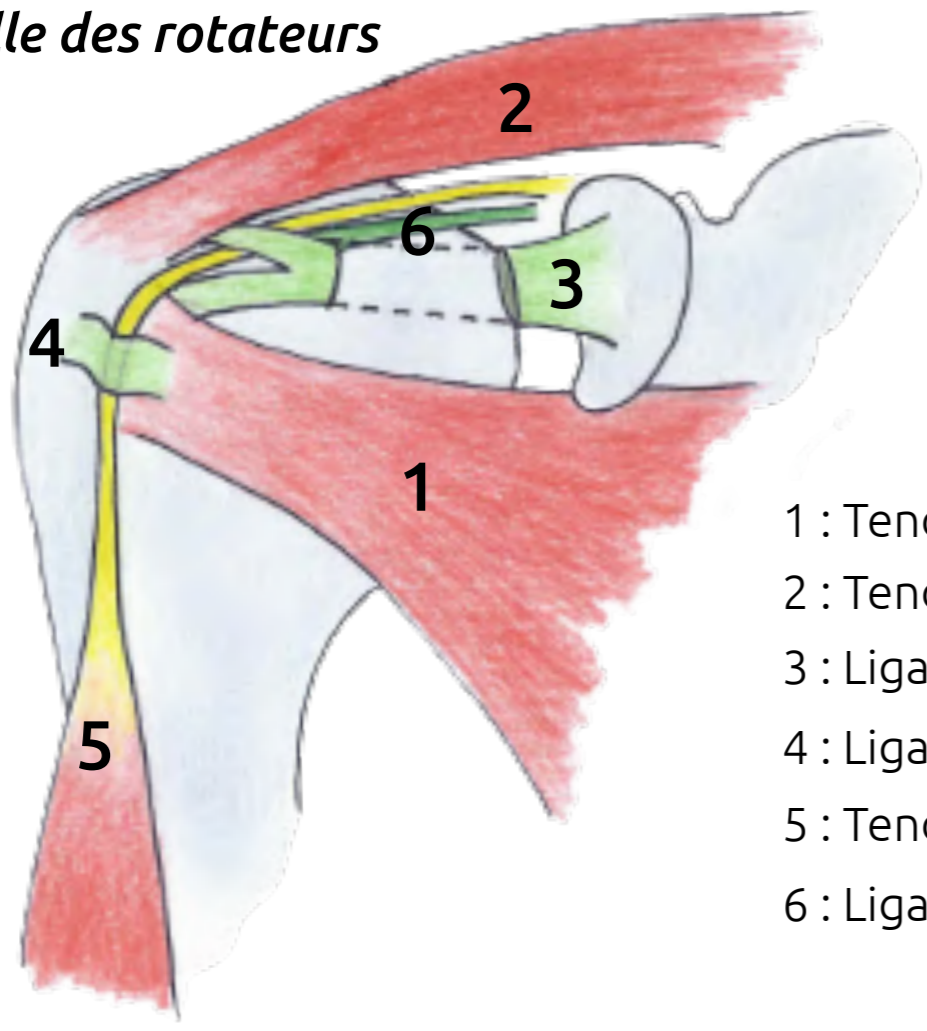
***Accédez aux versions actualisées de cette fiche sur [fullphysio.io](https://fullphysio.io)***

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 synthèse, nous vous invitons à vous inscrire sur notre plateforme [fullphysio.io](https://fullphysio.io)

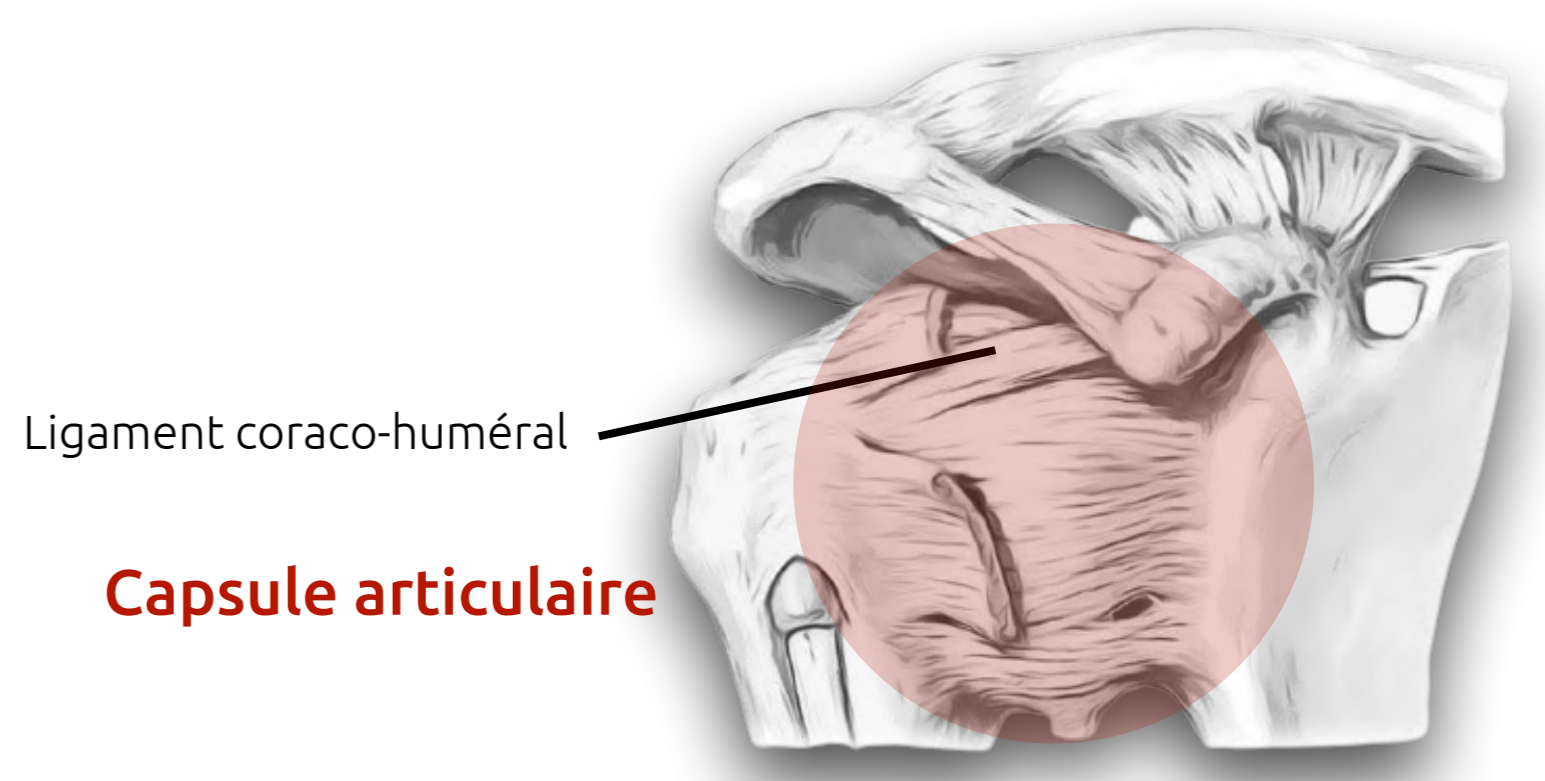
Sur [fullphysio.io](https://fullphysio.io) vous trouverez également des modules d'e-learning, d'autres fiches synthèses, des quiz, une bibliothèque de tests, une bibliothèque d'exercices ainsi qu'une bibliothèque d'échelles et scores.

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



→ 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**

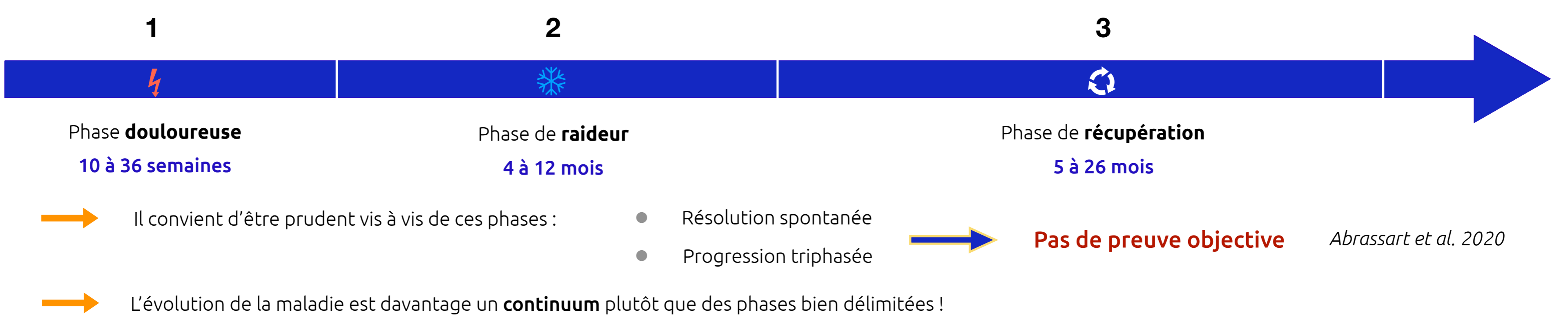
## ✓ Étiologie

- ★ **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)



## ✓ 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

1

- ★ **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 inexplicquée  
→ Autre diagnostic

### ✓ Examen clinique

2

- ★ **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.

### ✓ Imagerie :

3

- 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

### ✓ Évaluation de suivi

4

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

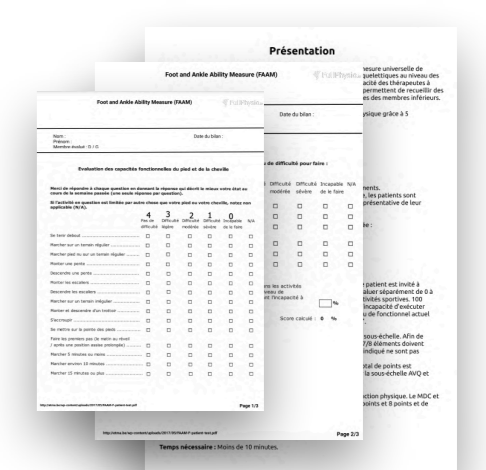
- **Critères d'exclusion :**
    - Pathologies sous-jacentes
    - Pathologies psychiatriques
  - **Facteurs à prendre en compte lors de la rééducation :**
    - Facteurs de risques liés au contexte et aux obstacles (législatif, assurance)
    - Facteurs de risques individuels, psychologiques, cognitifs, 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 »

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 (≥ 7/10)	Douleur modérée (4-6/10)	Douleur faible (≤ 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

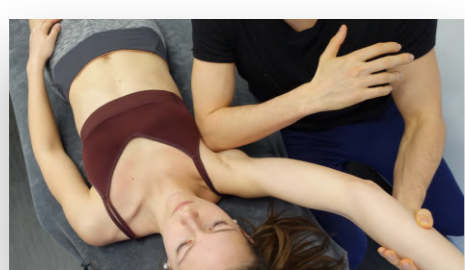
#### Grades de recommandations des divers traitements de la capsulite rétractile

	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

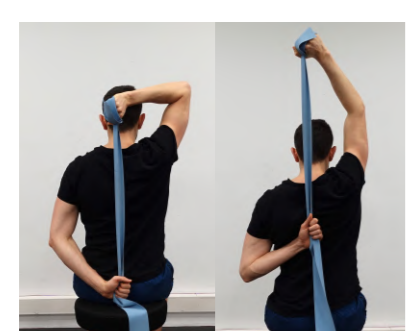
★ **Objectif principal : diminuer la douleur**

- **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



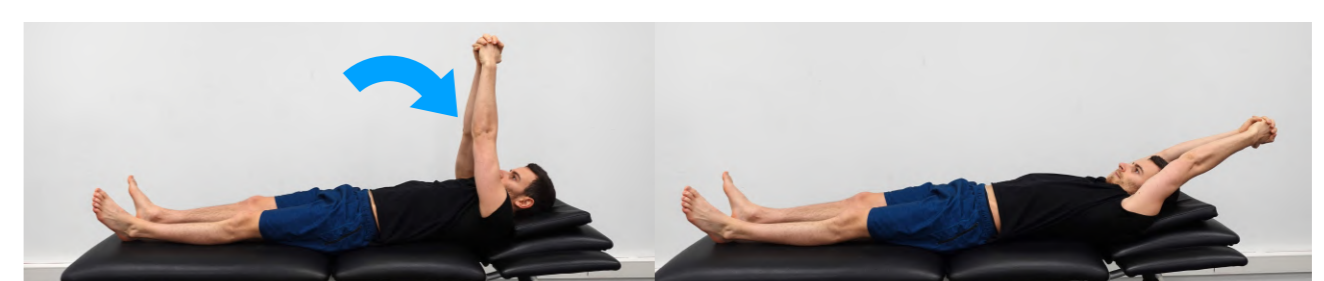
Gain d'amplitude en RI avec élastique rigide

- Étirements ..... En infra-douloureux  
En dehors de la zone de résistance  
Pendant 1 à 5 secondes
- Mobilisations douces
- Massages
- TENS
- Thérapie laser
- Cryothérapie
- Infiltrations ..... Court-circuiter la phase douloureuse  
À réaliser dans les premiers mois
- Exercices ..... A domicile  
En infra-douloureux
- Diathermie à ondes courtes
- Acupuncture

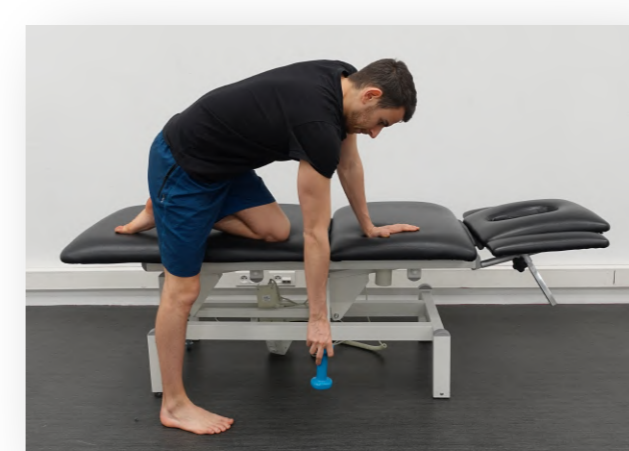
#### Phase 2 : RAIDEUR > DOULEUR

★ **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.