

Protocole d'intervention recommandé pour le traitement de la capsulite à l'épaule

STADE I À II : Douleur plus importante que la raideur

- La physiothérapie est peu efficace durant cette phase.
- Le traitement de choix est l'infiltration cortisonnée sous guidage intra-articulaire
 - 3 infiltrations maximum/année avec 1 mois d'intervalle entre chaque infiltration est le traitement le plus efficace selon la littérature. 1^{ère} semaine post infiltration : AAROM et AROM non agressive de tous les mouvements de l'épaule
 - 2^e à la 4^e semaine : PROM, massage des tissus mous, progression des AAROM et AROM
- Pour les patients pour lesquels les infiltrations sont contre- indiquées
 - Un traitement antalgique et anti-inflammatoire de laser thérapie peut-être tenté
 - longueur d'onde 630nm-780nm intracellulaire et 780nm-904nm membranaire, sortie entre 5 à 500mw, minimum de 4 à 8 joules par point, densité de puissance 100mw/cm², anti-inflammatoire de 2500 à 10 000hz et antidouleur de 1 à 80hz, traitement quotidien pour 2 semaines ou au 2 à 3 jour/semaine pour 3 à 4 semaine, 15 à 20 traitement maximum.

FIN DE STADE II À STADE III : Raideur plus importante que la douleur

- La physiothérapie est plus efficace durant cette phase
- Le traitement de choix est l'arthrographie de distension intra-articulaire avec un suivi rapide en physiothérapie post procédure dans les 24 à 48 heures pour une mobilisation PROM de l'épaule.
 - PROM, PNF, AAROM, AROM le plus rapidement selon tolérance
 - Avec les gains en amplitude articulaire, débiter progressivement les exercices de contrôle moteur à l'épaule
 - Assouplissement musculaire du complexe scapulo-thoracique et cervico-dorsal
- Fréquence de traitement au besoin :
 - Intervention rapide post infiltration (surtout pour mobilisation passive et correction du patron musculaire)
 - Suivi hebdomadaire ou aux 2 semaines avec programme d'exercices complet à domicile

RÉFÉRENCE :

1. Contrôle musculaire de l'épaule, novembre 2014 de Jean Philippe Boivin pht.

2. Shoulder pain and mobility deficit: adhesive capsulitis, clinical practice guidelines, journal orthopedic sport physical therapy 2013.
3. Frozen Shoulder contraction syndrome: injection therapy and physiotherapy care pathway Jeremy Lewis PhD pht 2014.
4. Evidence-based clinical guidelines: The Chartered Society of Physiotherapy 2008.
5. Frozen shoulder: the effectiveness of conservative and surgical interventions systematic review, British journal of sport medicine 2011.6. Manuel therapy and exercises for adhesive capsulitis, review, Cochrane collaboration 2014.

Révision: Stéphane Fournier, 1er juin 2015