

**KINESITHERAPIE LE CONGRES
20 JANVIER 2007**

Atelier pratique : Techniques de transfert et prévention des douleurs d'épaule chez le paraplégique.

Brigitte Bouchot-Marchal
Cadre de santé kinésithérapeute
Service du Pr. Dizien
Widal 0 rééducation
Hôpital Raymond Poincaré 92380 Garches
b.marchal@rpc.aphp.fr

A distance, 50% des blessés médullaires développent des tendinopathies d'épaule : les _ sont liés à un conflit sous-acromial, les autres à une arthrose.
En phase initiale, ce sont 20% des blessés médullaires qui sont concernés.

Cette complication est en grande partie liée au fait que le membre supérieur devient un membre portant : pour un paraplégique, les contraintes vont être 6 fois supérieures aux contraintes habituelles sur le membre supérieur.

Les mouvements les plus contraignants pour l'épaule sont : la flexion/rotation médiale, l'adduction/rotation médiale et la rétropulsion/rotation médiale.

Les activités de la vie quotidienne les plus contraignantes sont : les transferts, la marche appareillée, la manipulation du fauteuil roulant, le chargement du fauteuil dans la voiture et la manipulation d'objets lourds en hauteur.

Pour prévenir ce type de complication, le kinésithérapeute doit s'attacher à :

Préparer correctement le patient à l'apprentissage des transferts :

- Le renforcement des muscles abaisseurs de l'épaule en général et du grand dorsal en particulier doit se faire avec un maximum de 60° d'abduction
- Les épaules doivent rester basse lors des exercices de soulèvement du bassin (« push-up »)
- Eviter de placer l'épaule en rotation médiale lors des efforts de musculation
- Effectuer un travail proprioceptif de l'épaule en charge
- Développer l'équilibre du tronc : en limitant les déséquilibres lors des transferts, on limite les contraintes brusques et incontrôlées sur l'épaule).

Travailler les techniques de transferts (de plan à plan, vers les WC, vers la voiture) avec les conseils suivants :

- éviter d'écarter trop les mains
- rapprocher le plus possible le fauteuil
- limiter la rotation interne
- se pencher fortement en avant lors du transfert pour se servir de la mise en tension du grand dorsal (et par la même lui faire garder une longueur quasi constante lors du transfert) et de l'effet « balancier »
- limiter les exercices de transfert vers des lieux plus hauts

- pour le transfert sol fauteuil : préférer la technique de _ genoux fléchis et pieds au sol (mais qui demande une puissance importante du grand dorsal) à la technique de remontée « de dos au fauteuil » qui est trop contraignante pour les épaules.

Donner des conseils adaptés (voir livret) sur :

- la musculation (éviter l'instabilité de l'installation, en développé-couché, les coudes doivent être à la hauteur des épaules)
- le choix du fauteuil roulant (dossier bas pour libérer les scapulae ; hauteur des grandes roues qui assurent une flexion de coude de 110°, avancée de l'axe de la roue arrière pour rendre le fauteuil plus maniable)
- achat d'un fauteuil léger, dans la mesure du possible
- la surveillance du poids du patient
- l'aménagement du domicile (les plans de travail ne doivent pas être à plus de 110cm du sol)
- dans la mesure du possible, utiliser un bras électrique pour charger le fauteuil dans la voiture ou le passer très près devant soit très près du corps pour le mettre sur le fauteuil passager.
- Limiter le plus possible les appuis surélevés (ex : éviter les transferts baignoire)