

- Fleurimont
- Haute-Yamaska
- Hôtel-Dieu
- La Pommeraie
- Memphrémagog

## Prescription de physiothérapie

Diagnostic : **Instabilité antérieure de l'épaule**

Intervention(s) faite(s) :  Réparation capsulolabrale (Bankart)  Réparation SLAP  
 Remplissage  
 Latarjet

Date de l'intervention : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20\_\_

Côté opéré :  droit /  gauche

### Protocole de physiothérapie

#### Renseignements :

Toutes les chirurgies incluent une réparation de la capsule antérieure et du labrum (Bankart). Pour cette raison, il faut éviter la rotation externe les premières semaines.

**Latarjet** : Lorsque la condition clinique l'indique, une procédure de Latarjet est réalisée. Globalement, cette technique consiste à prélever et greffer la coracoïde, incluant le court chef du biceps, sur la glène antérieure. La coracoïde agit alors comme une butée en « allongeant » la surface de la glène.

**Remplissage** : Le remplissage est nécessaire lorsque la lésion de Hill-Sachs (fracture de la tête humérale par impaction sur le rebord de la glène) est importante. À ce moment, le tendon de l'infra-épineux est fixé par ténodèse dans la lésion de Hill-Sachs en postérieur de la tête humérale. Il vient ainsi combler le creux, ce qui limite le risque que la lésion de Hill-Sachs s'engage avec le rebord antérieur de la glène en rotation externe de l'épaule et produise une luxation.

#### Phase 1 : 0 à 4 semaines

Objectif : Soulager la douleur, protéger la réparation, mobiliser les articulations distales

Instructions :

- port de l'attelle le jour pour le confort seulement; l'enlever régulièrement pour bouger le coude, le poignet et la main; sevrer l'attelle au plus tard après 2 ou 3 semaines.
- il est permis de se servir du membre supérieur opéré pour manger, s'habiller et se laver mais en limitant les mouvements à l'épaule; ne pas forcer;
- pour le confort, il est possible de dormir en décubitus dorsal avec l'attelle et un support sous le coude afin d'éviter l'extension de l'épaule;

Exercices :

- pas de rotation externe au-delà de la position neutre;
- exercices de mobilité actif/passif pour le coude, poignet, main, ceinture scapulaire;
- pas d'exercice de mobilité à l'épaule par le physiothérapeute pour 4 semaines; il est permis au patient de faire la flexion active de l'épaule jusqu'à 90°, sans forcer, si non douloureux.

#### Phase 2 : 4 à 6 semaines

Objectif : Début de regain des amplitudes articulaires l'épaule

Instructions :

- utilisation de poulies pour regagner l'amplitude articulaire;
- mouvements passif doux et actifs assistés au début, puis, progressez avec mouvement actif de flexion, abduction, rotation interne et rotation externe. Pour la flexion et l'abduction active, débutez avec le coude en flexion.
- activités cardiovasculaires (jogging, vélo stationnaire) peuvent être débutées si la douleur le permet.

#### Exercices :

- regain de l'amplitude articulaire par mobilisation active, passive et active-aidée proprioception en chaîne fermée; au mur, avec serviette...;
  - o Objectifs visés :
    - Flexion passive : 135°
    - abduction passive en rotation neutre : 90°- 115°;
    - rotation externe passive à 0° d'abduction : 20 à 30°. Vérifier le côté contra-latéral pour ne pas trop pousser avant 6 semaines post-opération;
    - rotation interne passive; maximum 50°;

### Phase 3 : 6 à 12 semaines

Objectif : Poursuivre le regain des amplitudes articulaires l'épaule et renforcement musculaire

#### Exercices :

- regain de l'amplitude articulaire par mobilisation active, passive et active-aidée proprioception en chaîne fermée; au mur, avec serviette...;
- glissement gléno-huméral postérieur et inférieur (pas de glissement antérieur);
  - o Objectifs visés 7e semaine :
    - main derrière le dos à travailler si nécessaire.
  - o Objectifs visés 9e semaine :
    - flexion passive 155°, active 145°;
    - rotation externe passive à 20° d'abduction; 50°-65° (variable selon laxité physiologique des patients);
    - rotation externe passive à 90° d'abduction 75°. Éviter abduction et rotation externe maximales associées jusqu'à 3 mois post-opération;
    - rotation interne passive à 90° d'abduction; 60°.
- renforcement isotonique doux à l'épaule en chaîne ouverte et fermée; le renforcement musculaire des rotateurs internes et externes doit être débuté progressivement à 0° d'abduction (avec bandes élastiques). Si le contrôle moteur est adéquat, le renforcement des rotateurs peut être progressé à partir de huit semaines en augmentant l'angle d'abduction;
- renforcement isotonique du deltoïde (attention à l'abuttement), du trapèze, du grand dorsal et des stabilisateurs de l'omoplate;
- mise en charge douce et progressive; transfert de poids au mur, push-up au mur, position 4 pattes (pas de push-up en charge au sol avant 3 mois);

### Phase 4 : 3 à 6 mois

Objectif : Récupération complète des amplitudes, des forces et proprioception.

#### Instructions :

- regagner des amplitudes symétriques incluant la rotation externe;
- progression du renforcement musculaire avec précaution lors des exercices qui imposent un stress sur la capsule antérieure;
- exercices de proprioception
- PRÉCAUTION : Aucun sports ou activités à risque de chute ou rotation externe forcée de l'épaule jusqu'à 6 mois. Attendre autorisation du chirurgien pour les activités à risque et la reprise des sports.

#### Exercices :

- maintien de l'amplitude articulaire
  - o objectif = amplitudes symétriques à 6 mois
- renforcement selon tolérance de la coiffe des rotateur, du deltoïde, du trapèze, du grand dorsal et des stabilisateurs de l'omoplate;
- proprioception de l'épaule; stabilisation rythmique, dribbler ballon au sol et au mur, lancer, réception de charge en décubitus ventre sur un ballon.
- À la 20<sup>e</sup> semaine : Exercices de plyométrie relatifs au sport du patient

Signature : \_\_\_\_\_ No pratique : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20\_\_\_\_

## Références :

1. Gaunt BW, Shaffer MA, Sauers EL, Michener LA, McCluskey GM, Thigpen CA. The American Society of Shoulder and Elbow Therapists' Consensus Rehabilitation Guideline for Arthroscopic Anterior Capsulolabral Repair of the Shoulder. *J Orthop Sports Phys Ther.* mars 2010;40(3):155-68.
2. Ma R, Brimmo OA, Li X, Colbert L. Current Concepts in Rehabilitation for Traumatic Anterior Shoulder Instability. *Curr Rev Musculoskelet Med.* déc 2017;10(4):499-506.
3. Kelley TD, Clegg S, Rodenhouse P, Hinz J, Busconi BD. Functional Rehabilitation and Return to Play After Arthroscopic Surgical Stabilization for Anterior Shoulder Instability. *Sports Health.* 17 déc 2021;19417381211062852.