

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

Prescription de physiothérapie

Diagnostic :	Fracture de l'humérus proximal (<input type="checkbox"/> col anatomique / <input type="checkbox"/> col chirurgical / <input type="checkbox"/> petite tubérosité/ <input type="checkbox"/> grande tubérosité)
Intervention(s) faite(s) :	<input type="checkbox"/> Réduction ouverte et fixation interne (<input type="checkbox"/> plaque et vis / <input type="checkbox"/> vis / <input type="checkbox"/> enclouage centromédulaire / <input type="checkbox"/> ancrage et fils) <input type="checkbox"/> Hémiarthroplastie anatomique pour fracture <input type="checkbox"/> Prothèse totale inversée pour fracture
Date de l'intervention :	___ / ___ / 20___
	Côté opéré : <input type="checkbox"/> droit / <input type="checkbox"/> gauche

Protocole de physiothérapie

Renseignements :

Lors d'une fracture de l'humérus proximal, l'attache de la coiffe des rotateurs est compromise. Il faut éviter de bouger trop rapidement pour éviter de mettre de la tension sur la réparation des tubérosités. En cas de non-union ou de mal-union, l'épaule aura l'équivalent d'une déchirure de la coiffe des rotateurs. La longue portion du biceps est souvent atteinte lors de la fracture et si tel est le cas, une ténotomie ou une ténodèse a pu être faite et la réadaptation du biceps peut être légèrement ralentie. Pendant toute la réadaptation, il faut éviter les exercices en zone d'abutement.

Phase 1 : 0 à 4 semaines

Objectif : Soulager la douleur, protéger la fixation des tubérosités, mobiliser les articulations distales

Instructions :

- port de l'attelle le jour pour le confort; l'enlever régulièrement pour bouger le coude, le poignet et la main; sevrer l'attelle graduellement 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 l'humérus afin d'éviter l'extension de l'épaule;

Exercices :

- pas d'exercice pour l'épaule, sauf laisser pendre le bras avec mouvements pendulaires légers;
- mouvements actifs coude/poignet/main/scapula.

Phase 2 : 4 à 8 semaines

Objectif : Débuter la mobilisation de l'épaule tout en protégeant la fixation, mobiliser et renforcer les articulations distales

Instructions :

- éviter de mettre de la tension sur la coiffe des rotateurs : pas de renforcement musculaire ou d'étirement de l'épaule

Exercices :

- utilisation de poulies pour regagner l'amplitude articulaire
- mouvements passifs et actifs assistés de flexion, abduction, rotation interne et rotation externe.
 - o Limiter la rotation externe à un maximum de 30° avec 0° d'abduction (ou à ___° si avis différent)
 - o Aucune rotation externe combinée à l'abduction permise
 - o Éviter mobilisation active avec main derrière le dos
- pas de mouvement actif contre résistance à l'épaule
- mouvements actifs coude/poignet/main/scapula.
- Renforcement musculaire progressif coude/poignet
 - o pas de renforcement de biceps avant 8 semaines si ténotomie ou ténodèse du long biceps)

Phase 3 : 8 à 12 semaines

Objectif : Poursuivre la mobilisation de l'épaule et débiter le renforcement musculaire de la coiffe

Instructions :

- Poursuivre le regain d'amplitude articulaire de tout le membre
- Ajout du renforcement de la coiffe des rotateurs en évitant l'abutement (pas de renforcement de deltoïde latéral)

Exercices :

- Maintien de l'amplitude articulaire par mobilisations actives et passives sans restriction.
- Renforcement musculaire progressif des rotateurs internes et externes d'abord en isométrique puis avec bandes élastiques coude au corps
- Renforcement isotonique à l'épaule des autres groupes musculaires (sauf deltoïde latéral).
 - o Renforcement du trapèze, du grand dorsal et des stabilisateurs de la scapula.
 - o Renforcement du deltoïde antérieur permis en évitant l'abutement

Phase 4 : 3 à 12 mois

Objectif : Poursuivre le renforcement musculaire de la coiffe et progresser vers un retour aux activités. La durée de cette phase varie énormément selon l'importance de la fracture et la demande fonctionnelle.

Instructions :

- Poursuivre le renforcement de la coiffe des rotateurs en évitant l'abutement
- Contrôle postural et proprioception

Exercices :

- Maintien de l'amplitude articulaire par mobilisations actives et passives sans restriction.
- Renforcement musculaire sans restriction
 - o Éviter le renforcement du deltoïde en abduction >80° qui recrée le phénomène d'accrochage (à faire uniquement lorsque la demande fonctionnelle le requiert et sans provoquer de symptôme).
- Proprioception; stabilisation rythmique
- Préparation du retour aux activités
 - o Gestes fonctionnels/sportifs et patrons diagonaux.
 - o Retour aux sports possible à partir de 6 mois selon l'évolution et les recommandations de l'orthopédiste.

Signature : _____

No pratique : _____

Date : ____ / ____ / 20__

Références :