

**Protocole de Rééducation**  
**Chirurgie de l'instabilité de l'épaule sous arthroscopie**

*Dr Nicolas Lapie, Polyclinique du Parc, Toulouse*

**Principe** : réparer sous arthroscopie les lésions tissulaires (en avant) ou osseuse (encoche en arrière) responsables de la récurrence des luxations.

**Immobilisation** : Le bandage "coude au corps" est gardé 30 jours

**Kinésithérapie** : les séances chez votre kinésithérapeute débutent à J30 (1 mois après l'opération)

**1. Période post-opératoire de J0 à J30 : A domicile**

Dès le lendemain jusqu'au 30<sup>ème</sup> jour post opératoire : début de l'auto rééducation à la maison :

**Travail pendulaire strict** , appris à la clinique :

Enlever le Bandage sans mobiliser l'épaule et se pencher en avant afin d'effectuer un mouvement de pendule de l'ensemble du membre supérieur. En profiter pour mobiliser le coude et la main.

C'est l'aspirine de l'épaule : « à réaliser 5 minutes 5 fois par jour ».

Associer des contractions isométriques du deltoïde (contraction du muscle sans mouvement dans l'écharpe)

**2. Début de la rééducation à J0 : Phase 1**

Chaque séance s'accompagne de physiothérapie antalgique et de massages.

Rythme des séances : 4 fois par semaine

L'immobilisation est retirée

**Travail passif strict** pour récupération des mobilités articulaires , progressif et sans douleur.

Le membre opéré est mobilisé **uniquement par le kinésithérapeute ou le bras non opéré.**

-Travail de l'élévation antérieure dans le plan de l'omoplate, l'épaule doit être relâchée au maximum.

-Travail de la rotation externe coude au corps sans dépasser 20° (sans forcer)

-Travail de la rotation interne

Physiothérapie et massage .

Contractions isométriques des rotateurs internes et externes.

**La position de l'armée du bras est interdite ainsi que les mouvements contre résistance.**

*Consultation de contrôle à 1 mois*

### **3. A partir de la 6<sup>ème</sup> semaine (J45) : Phase 2**

Poursuite de la récupération des mobilités passives , notamment en rotation externe (coude au corps) au delà de 20°.

**Si les mobilités passives sont normales, début du travail actif :**

Vous pouvez mobiliser votre épaule en élévation et rotation, de façon progressive et, au début, aidé par votre kinésithérapeute en élévation et rotation.

Poursuite de la récupération musculaire des rotateurs avec peu de charge , au niveau des rotateurs internes et surtout externes : les exercices se font coude au corps.

*Consultation de contrôle à 3 mois*

### **4. De 3 à 6 mois post opératoire : Phase 3**

Poursuite de la récupération des mobilités actives, notamment en rotation externe.  
Le travail musculaire se fait maintenant sans limitation. L'objectif est de renforcer les rotateurs externes souvent moins puissants que les rotateurs internes.

Préparation à la reprise sportive qui est possible entre le 4<sup>ème</sup> et le 6<sup>ème</sup> mois.

Cette reprise est possible à 4 mois pour les sports avec armée simple.

Les sports « armée + contact » (Hand, Basket...) sont repris à 6 mois.

*Consultation de contrôle à 6 mois*

### **5. Remarques et conseils**

- Il faut un certain temps pour que la réinsertion du bourrelet soit solide, c'est pourquoi l'immobilisation est relativement longue et la rééducation prudente afin de permettre la cicatrisation la meilleure possible.
- L'arthroscopie a permis d'améliorer grandement les suites opératoires mais le résultat de l'intervention dépend également de l'implication du patient et du kinésithérapeute dans la rééducation.
- Chaque patient, encadré par son kinésithérapeute , devra trouver le juste compromis entre trop forcer et souffrir inutilement, et se laisser aller avec un enraidissement douloureux progressif qui, une fois installé, mettra parfois des mois avant de disparaître quelle que soit la réussite de l'opération.
- Les séances de travail doivent être courtes et effectuées le plus souvent possible. Il vaut mieux 10 séances de 5 minutes sur une journée qu'une seule séance de 50 minutes qui est, en fait, dangereuse et irréalisable.