

PROTOCOLE POST-RÉPARATION COIFFE DES ROTATEURS

PHASE 1 (1 à 6 semaines post-op)

Buts :

- Permettre la guérison des tissus mous tout en prévenant la raideur
- Contrôler la douleur et l'inflammation
- Prévenir la raideur cervicale
- Maintenir amplitudes articulaires du coude et du poignet

Précaution :

- Immobilisation avec attelle pour 6 semaines, puis sevrage progressif. **Vérifier la prescription du chirurgien, l'immobilisation peut être cessée dès la 4^e semaine avec une progression à la 2^e phase accélérée.**
- Aucun mouvement actif (AROM) à l'épaule permis
- Garder l'attelle 1 semaine supplémentaire la nuit, à l'extérieur et dans les situations à risque
- Éviter l'adduction horizontale, l'extension et la rotation interne pour les réparations de coiffe massive.
- Dans une réparation impliquant le sous-scapulaire, aucune mobilisation en rotation externe pour 6 semaines

Traitement :

- Contrôle de la douleur et inflammation (glace et électrothérapie prn)
- Conseils position de repos de l'épaule (DD, assis, ½ couché, DL)
- Exercices pendulaires à partir de la 2^e semaine. Les exercices pendulaires sont permis en autant qu'ils soient bien enseignés et exécutés pour éviter la traction sur les muscles réparés et la capsule antérieure. On vise à favoriser des exercices de coaptation de la coiffe en limitant les amplitudes de mouvements circulatoire à un maximum de 10° à 20° avec une légère inclinaison du tronc.
- Exercices de mobilisation passive-assistée en flexion sur table permis en respectant les prescriptions d'amplitude de mobilité passive décrite dans le point suivant.
- Mobilité PROM permise :
 - Flexion et abduction dans le plan de l'omoplate avec flexion du coude à 90°
 - Rotation externe avec l'épaule à 45° d'abduction si pas de réparation du sous-scapulaire.
- AROM coude, poignet et préhension de la main
- Thérapie manuelle orthopédique (TMO) grade 1 à 2, distractions légères permises
- Débuter le renforcement isométrique des stabilisateurs de l'omoplate.
- Exercices actifs cervicaux. Mobilisations passives et étirement musculature de la région cervico dorsale prn.

PHASE 2 (6 à 12 semaines post-op)

Buts :

- Contrôler la douleur et l'inflammation
- Améliorer la mobilité et la force active
- Sevrage de l'attelle
- Retrouver la mobilité complète de l'épaule entre la 9^e et 12^e semaine.

Précaution :

- Aucun soulèvement d'objets lourds jusqu'à 4 à 6 mois post-op.
- Éviter l'appui sur le coude, la position de décubitus latéral sur le côté opéré et les mouvements brusques.
- Ne pas pousser, tirer, soulever ou transporter des charges jusqu'à 12 semaines post-op.
- Aucun renforcement isométrique ou contre-résistance avant le début de la 13^e semaine post-op.

Traitement :

- Contrôle de la douleur et inflammation (glace).
- AAROM en flexion, extension, rotation externe et abduction à partir de la 7^e semaine.
- Progresser à AROM dès la 7^e semaine en flexion, abduction et rotation externe.
 - Pour la flexion, commencer avec coude fléchi à 90° et progresser avec le coude étendu jusqu'à 70° de flexion de l'épaule. Reprendre la même séquence jusqu'à 90° de flexion de l'épaule puis progresser la même séquence jusqu'à 150° de flexion de l'épaule. Ces exercices sont travaillés en concentrique et excentrique.
 - Pour l'abduction, débiter avec le coude fléchi à 90° pour une amplitude de mouvement de 0° à 45° d'abduction, en concentrique et excentrique.
 - Pour la RE, débiter à 0° d'abduction de l'épaule et progresser vers 45° d'abduction de l'épaule.
 - Pour l'extension, débiter avec coude fléchi à 90° et progresser avec le coude étendu selon tolérance
- Renforcement isométrique sous-maximal à partir de la 8^e semaine. La contraction doit être d'une intensité faible qui correspond à un effort similaire à un mouvement actif (soulever le poids du membre)
- Diagonale 1 et 2 PNF en décubitus dorsal : débiter PROM et progresser en AAROM. AROM permis à partir de la 8^e semaine.
- Exercices AROM et renforcement de la ceinture scapulaire sont permis.

PHASE 3 (13 à 16 semaines post-op)

Buts :

- Prévenir le phénomène d'accrochage
- Débiter le renforcement musculaire et améliorer la fonction
- Assouplir la musculature spécialement les muscles de la coiffe des rotateurs

Traitement :

- Mobilisation de l'articulation acromio-claviculaire (sauf si exérèse clavicule distale) et l'articulation sternoclaviculaire permise prn
- Étirement passif des muscles de la coiffe des rotateurs
- Renforcement isotonique permis à partir de la 13^e semaine :
 - Flexion et abduction dans le plan scapulaire (pré-requis : être capable de faire 30 répétitions en du mouvement en actif avec un bon contrôle moteur à l'épaule)
 - Rotation externe en décubitus latéral avec poids
 - Rotation externe avec thera band® en position debout avec l'épaule à 0° de flexion et une serviette sous aisselle.
 - Flexion du coude avec thera band® en position debout
 - Renforcement des abaisseurs de la tête humérale (sur chaise avec appui-bras ou assis avec ballon)
- Renforcement scapulo-thoracique :
 - Abduction horizontale (rameur) en position debout et en décubitus ventral
 - Abduction horizontale en décubitus ventral coude étendu
 - Push-up au mur, press up, ...
- Exercices de contrôle neuromusculaire et de proprioception :
 - Diagonale 2 PNF
 - Stabilisation rythmique à 30°, 60°, 90°, 140° (dans le schème de PNF)
 - Body blade (bras le long du corps → coude fléchi → coude étendu → avec élévation 90°)

PHASE 4 (16 semaines et +)

Buts :

- Maintenir et améliorer l'amplitude complète
- Progresser le renforcement et l'endurance
- Améliorer le contrôle neuromusculaire
- Reprendre activités fonctionnelles
- Reprendre l'entraînement progressif aux sports à partir de la 19^e semaine post-op pour un retour aux sports selon recommandation du chirurgien, entre 6 et 12 mois post-op.

Précaution :

- Attention à la progression du renforcement pendant cette période car le patient n'a souvent plus de douleur.
- Pour les réparations de coiffe massive, limiter le renforcement en rotation externe à un maximum de 5 lbs.

Traitement :

- TMO grade III et IV permis pour regagner les amplitudes de mouvements prn
- Étirements musculaire sauf en présence d'instabilité
- Renforcement progressif de 3 à 5 lbs ou thera band® vert :
 - Extension de 0° à 45° avec coude fléchi à 90°
 - Rotation externe à 0° de flexion de l'épaule
 - Rotation interne à 0° de flexion de l'épaule

- Abduction de 0° à 45° avec coude fléchi à 90°.
- Flexion en débutant avec le coude fléchi à 90°. Progresser avec le coude en extension, jusqu'à un maximum de 70° de flexion de l'épaule.
- Renforcement des abaisseurs de la tête humérale sur chaise ou avec ballon
- Rotation externe en décubitus ventral avec l'épaule en position d'abduction à 90° et le coude fléchi à 90°
- Progresser les push-ups : au mur vers position à genoux et position sur les orteils.
- Progresser les exercices de contrôle musculaire et de proprioception
- Gestes fonctionnels. Les mouvements d'amplitude > 90° sont possibles : de transporter des charges légères et d'atteindre des objets légers en hauteur.

À partir de la 19^e semaine :

- Poursuivre le renforcement en augmentant les charges
 - Renforcement jusqu'à 10 lbs pour les athlètes. Sinon de 1 à 5 lbs pour les personnes plus sédentaires.
- Poursuivre les étirements
- Renforcement isokinétique permis dès la 19^e semaine. Débuter le renforcement à haute vélocité à partir de la 22^e semaine : commencer à 200°/sec
- Pliométrie
- Progresser les exercices en haute vélocité de l'épaule
- Renforcement en rotation externe à 90° seulement si requis pour le travail ou les sports
- Entraînement spécifique aux sports ou tâches avec bon contrôle neuromusculaire pour éviter les récives

Références:

Rehabilitation for the postsurgical orthopedic patient. 3rd edition. 2013, Lisa Maxey, Jim Fergusson.

Rehabilitation following arthroscopic rotator cuff repair. Clin Sports Med 29 (2010) 203-211. Samuel S Koo, Stephen S Burkhart.

Prospective randomized study of arthroscopic rotator cuff repair using an early versus delayed postoperative physical therapy protocol. 2012. Journal of shoulder and elbow surgery. Board of trustees. Derek J Cuff, Derek R Pupello.

Early loading in physiotherapy treatment after full thickness rotator cuff repair: A prospective randomized pilot study with a two year follow-up. Klomtberg, Gunnarsson, Snawtesson, Karlsson. Clin Rehabil 2009 23:622.

Exercice in the treatment of rotator cuff impingement: A systematic review and a synthesized evidence-based rehabilitation protocol. Journal of shoulder and elbow surgery. 2009. John E Kuhn.

Date de la dernière révision :

2015-04-10 : Révisé par Dr Philippe Grondin, Dr Véronique Godbault

2015-04-24 : Révisé par Dr Patrice Tétrault