

0-2 semaines

- Port de l'attelle en tout temps (jour et nuit) sauf pour l'hygiène
- Hygiène et assèchement de l'aisselle en position pendulaire
- Détacher le velcro de l'attelle au niveau du poignet lorsque vous êtes au repos pour déplier le coude occasionnellement le jour
- Contrôle de la douleur (glace)
- ROM actifs du cou, de la ceinture scapulaire, du coude, du poignet et des doigts

2-4 semaines

- Sevrage de l'attelle
- ROM passifs, actifs assistés et actifs de l'épaule
 - FLEX, ABD
 - RE et RI à 0-30 degrés d'ABD
- RISOM de l'épaule
- Renforcement de la ceinture scapulaire
- Thérapie manuelle de grades légers (I et II)

4-6 semaines

- ROM passifs, actifs-assistés et actifs de l'épaule
 - Poursuivre FLEX, ABD et RI si nécessaire
 - RE à 60-90 degrés d'ABD
- Renforcement isotonique de l'épaule en mettant l'emphase sur la coiffe des rotateurs et le deltoïde (visons BMM à 4/5)
- Renforcement isotonique de la ceinture scapulaire en mettant l'emphase sur le contrôle moteur et la symétrie des ceintures (visons un décollement minimal de la scapula au push up au mur)
- Proprioception
- Poursuivre thérapie manuelle si nécessaire

6 semaines et plus

- Si instabilité toujours présente, référer à l'orthopédiste
- Poursuivre ROM en RE de l'épaule si nécessaire
- Progresser renforcement isotonique de l'épaule (visons BMM 4+/5 à 5/5)
- Progresser proprioception
- Gestes sportifs si nécessaire

Protocole luxation antérieure épaule Premier épisode

Certaines lésions peuvent être associées à une luxation traumatique de l'épaule telles qu'une lésion de Bankart, une lésion de Hills-Sachs, une fracture de la grosse tubérosité, une déchirure ligamentaire ou encore une déchirure de la coiffe des rotateurs.

Le taux de récurrence suite à un premier épisode de luxation à l'épaule est généralement de 21% et celui-ci pourrait augmenter jusqu'à 80% chez les jeunes hommes. Cette récurrence se produit généralement 11 mois après le premier