

0-4 semaines

- Port de l'attelle en tout temps (jour et nuit) sauf pour l'hygiène et les exercices
 - Attelle portée jusqu'à la 6^e semaine la nuit
- Hygiène et assèchement de l'aisselle avec mouvements passifs
- 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
- À partir de la 2^e semaine :
 - Exercices pendulaires
 - ROM passifs en DD sans aucune EXT, RE et RI avec la main dans le dos
- À partir de la 3^e semaine ou lorsque FLEX à 120 degrés :
 - ROM actifs assistés de l'épaule
 - RISOM en FLEX, EXT, ABD et RE
- Si fracture :
 - **Aucun exercice pendulaire jusqu'à la 4^e semaine**
 - **Aucun ROM passif jusqu'à la 4^e semaine**
 - **Aucun ROM actif assisté jusqu'à la 6^e semaine**
 - **Aucun RISOM jusqu'à la 6^e semaine**

4-8 semaines

- Sevrage de l'attelle le jour
 - Attelle portée jusqu'à la 6^e semaine la nuit
- Renforcement de la ceinture scapulaire
- Progresser ROM passifs
- Progresser ROM actifs assistés vers actifs
 - Débuter en DD → assis → debout
 - Aucun ROM actif en RI jusqu'à la 6^e semaine
 - Ne pas dépasser 20 degrés de RE jusqu'à la 6^e semaine et 45 degrés de RE jusqu'à la 8^e semaine à 0 degré d'ABD
- À partir de la 6^e semaine :
 - Débuter ROM actif en RI

Protocole prothèse, prothèse inversée et hémiarthroplastie d'épaule

4-8 semaines (suite)

- Si fracture :
 - Exercices pendulaires à débiter à partir de la 4^e semaine
 - ROM passifs à débiter à partir de la 4^e semaine
Selon conditions mentionnées précédemment
 - ROM actifs assistés vers actifs à débiter à partir de la 6^e semaine
Selon conditions mentionnées précédemment
 - RISOM à débiter à partir de la 6^e semaine
Selon conditions mentionnées précédemment

8-12 semaines

- RISOM en RI à débiter (idéalement main sur le ventre)
- Progresser le renforcement
- Proprioception

12 semaine et plus

- Progresser le renforcement avec emphase sur l'ABD, RI et RE
- Progresser ROM sans restriction (prudence à la RI et RE à 90 degrés d'ABD)
- S'assurer d'un contrôle adéquat au RSH

Contre-indication absolue pour la thérapie manuelle à l'épaule

Les prothèses d'épaules sont utilisées pour des atteintes dégénératives associées à une déchirure de la coiffe des rotateurs ou à une fracture.

La prothèse inversée présente une mécanique différente où le deltoïde joue un rôle central dans la mobilisation de l'épaule. L'approche chirurgicale est généralement delto-pectorale (antérieure) où le sous-scapulaire est détaché puis ré-attaché. Ceci implique donc qu'on doit protéger cette réparation en évitant le renforcement en rotation interne et l'étirement en rotation externe.

15 % des patients ayant subi une chirurgie de type prothèse inversée à l'épaule peuvent présenter un étirement du plexus brachial et ce, particulièrement sur le territoire du nerf ulnaire. Vous pouvez communiquer avec l'orthopédiste si nécessaire (ex. ajustement de médication).

Des restrictions permanentes seront liées aux sports de contact, aux arts martiaux, au soulèvement de charges lourdes et aux lancers au-dessus de l'épaule