

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE
CHIRURGIE PROTHETIQUE – CHIRURGIE ARTHROSCOPIQUE

Docteur Thierry GERMONVILLE

ANCIEN INTERNE ET ASSISTANT DES HOPITAUX
ANCIEN PRATICIEN HOSPITALIER
CHIRURGIEN DES HOPITAUX
MEMBRE DU COLLEGE FRANCAIS
DES CHIRURGIENS ORTHOPEDISTES
MEMBRE DE LA SOCIETE FRANCAISE D'ARTHROSCOPIE
17 1 03073 7 Secteur 2

St Georges de Didonne, le

M

PROTOCOLE DE REEDUCATION DE L'EPAULE OPEREE
DESTINE A VOTRE KINESITHEPEUTE

1°) Principes Fondamentaux :

Début à J1 en clinique puis à domicile

Pas de travail actif contre résistance avant la récupération des amplitudes articulaires (sauf les abaisseurs et les fixateurs des omoplates en isométrique).

Travail passif avec prise en charge manuelle en évitant la pouliothérapie

Objectif : éducation du patient à l'auto-passif dès les premiers jours, pour se prendre en charge entre les séances qui sont recommandées à trois par semaine seulement.

2°) Technique :

PENDANT LE PREMIER MOIS

Physiothérapie locale + massages décontractants des muscles deltoïde, biceps, triceps, trapèze, angulaire de l'omoplate, grand dentelé, grand dorsal, grand rond, grand et petit pectoraux. (Durée 3 minutes)

Mobilisation antéro-postérieure et supéro-inférieure de l'acromio-claviculaire. (Durée 1 minute)

Décompression gléno-humérale dans l'axe avec maintien claviculo-scapulaire = décoaptation passive (durée 3 minutes)

Contraction isométrique des abaisseurs (durée 2 minutes)

Mobilisation du coude en actif et passif et de l'omo-thoracique en passif, en décubitus controlatéral, ou en position assise.

Mobilisation passive du membre, dans le plan de l'omoplate, coude fléchi de préférence, sans dépasser la douleur et les limites d'amplitude autorisée (durée 10 minutes).

Insister sur le synchronisme de cette mobilisation passive avec le rythme respiratoire très lent non saccadé. Il faut éviter la rééducation en apnée. A la montée, le patient doit inspirer jusqu'à la douleur, à ce moment expiration brutale et maintien de l'amplitude quelques secondes pour consolider l'étirement, ensuite, retour aidé lent jusqu'à la position 0°, coude au corps.

Le temps de cette mobilisation passive ne doit pas dépasser 10 minutes pour ne pas épuiser les muscles péri-scapulaires.

Travailler de préférence en décubitus dorsal.

CONSULTATIONS SUR RENDEZ-VOUS

POLYCLINIQUE SAINT-GEORGES
3 BIS, BD DE LATTRE DE TASSIGNY
17110 SAINT-GEORGES DE DIDONNE

SECRETARIAT
Tél. 05 46 39 57 00

www.orthopedie-royan.fr

**CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE
CHIRURGIE PROTHETIQUE – CHIRURGIE ARTHROSCOPIQUE**

Docteur Thierry GERMONVILLE

*ANCIEN INTERNE ET ASSISTANT DES HOPITAUX
ANCIEN PRATICIEN HOSPITALIER
CHIRURGIEN DES HOPITAUX
MEMBRE DU COLLEGE FRANCAIS
DES CHIRURGIENS ORTHOPEDISTES
MEMBRE DE LA SOCIETE FRANCAISE D'ARTHROSCOPIE
17 1 03073 7 Secteur 2*

Commencer l'éducation au pendulaire. Bien vérifier le relâchement du deltoïde et faire comprendre le principe du fil à plomb : la main qui dirige l'épaule et non l'inverse. Ne pas faire de gestes pendulaires volontaires et saccadés car ceci entraîne une tétanisation néfaste du deltoïde (durée 4 minutes).

Travail actif des fixateurs de l'omoplate, travail bilatéral et symétrique, à débiter dès J8.

APRES LE PREMIER MOIS

Prioriser toujours la mobilisation passive

En cas d'enraidissement progressif douloureux, craindre une capsulite. Urgence de rassurer le patient et de ne pas céder à la panique. Dans ce cas arrêter la rééducation pendant 8 jours le temps de mettre en route un traitement spécifique.

Commencer l'actif aidé et la décoaptation active (si patient réceptif et intellectuellement apte)

Continuer l'éducation à l'auto-passif : travail en position assise, antépulsion sur un plan horizontal (sous-mains glissant sur bureau, en contrôlant les amplitudes) en fonction de la douleur et en utilisant bien sa respiration (éviter l'apnée).

Travail en décubitus dorsal car bénéfique de la pesanteur en utilisant l'autre membre ou un bâton.
Le temps des mobilisations ne doit pas dépasser 10 minutes ou maximum 10 mouvements.

IMPORTANT

ADAPTER ces principes fondamentaux à la technique opératoire en respectant les consignes rééducatives et les amplitudes autorisées signalées sur le C.R.O. qui doit être bien lu avant toute rééducation.

Insister sur le fait que le siège du mouvement doit être l'épaule, le coude n'étant que l'élément «déplacé».

Le patient doit être rappelé au respect du repos en évitant les gestes répétitifs et le soulèvement de charges lourdes jusqu'au 3ème mois post opératoire.

Dr Thierry GERMONVILLE

CONSULTATIONS SUR RENDEZ-VOUS

POLYCLINIQUE SAINT-GEORGES
3 BIS, BD DE LATTRE DE TASSIGNY
17110 SAINT-GEORGES DE DIDONNE

SECRETARIAT
Tél. 05 46 39 57 00

www.orthopedie-royan.fr