Réparation Bankart par scopie

Dr David Blanchette – Dr Patrick Lavigne - Dr Benjamin Léger-St-Jean

Lignes directrices pour le suivi post-opératoire en physiothérapie

Structures touchées : Labrum et/ou capsule antéro-inférieure

Port attelle : 4 à 6 semaines
Sevrage graduel

Contre-indications :

Pour 6 semaines : Aucune rotation externe de l'épaule ≥ 0°
Aucune abduction de l'épaule ≥ 60°
Aucune conduite automobile

Pour 8 semaines : Aucune main dans le dos (MDD)

Précautions : Sommeil : sur le dos avec l'attelle pour 6 semaines avec un support sous l'humérus pour éviter que l'épaule soit en extension
Mobilisations passives douces pour 8 semaines
Renforcement musculaire qui impose un stress sur la capsule antérieure (Push-up, Chest fly, Overhead)

Phase 1 (0-6 semaines) Protection/mobilité

But : Protéger la réparation, diminuer la douleur et l'inflammation, améliorer le contrôle scapulo-thoracique, prévenir l'ankylose

(0 –3 semaines)

- Éducation sur les restrictions de mobilité et les contre-indications, posture, positionnement, hygiène, réassurance et débuter programme d'exercices à la maison.
- Dépister et adresser les enjeux liés à la kinésiophobie, à la peur de récidive et à l'appréhension
- Surveiller la guérison des cicatrices
- Mobilisation et désensibilisation des cicatrices au besoin lorsque complètement fermées
- Exercices circulatoires et force de préhension
- Débuter mobilité active et passive cervical, scapula, coude, poignet et doigts (dans l'attelle ou avec épaule à 0° ABD et RI)
- Exercices de stabilisation de l'omoplate avec le port de l'attelle
- Débuter mobilité passive et active-assistée par le physiothérapeute **en ne dépassant pas les objectifs de la phase :**
    - **Flexion maximale 90°**

Critères pour la prochaine phase :

- Douleur bien contrôlée

(3-6 semaines)

- Sevrage graduel de l'attelle. Garder jusqu'à la 6e semaine pour la nuit
- Débuter exercices mobilité active de l'épaule. Commencer en DD et progresser vers la position assise selon les restrictions (avec petit bras de levier)
- Débuter les exercices de renforcement isométrique de l'épaule sous-maximal pour tous les mouvements en rotation neutre à 0° ABD
- Poursuivre et progresser les exercices de stabilisation de la scapula. Travailler la proprioception de la scapula. Éviter les exercices qui causent un stress sur la capsule.
- Poursuivre mobilité passive et active-assistée par le physiothérapeute **en ne dépassant pas les objectifs de la phase :**
    - **Flexion maximale : 120°**
    - **Abduction en rotation neutre maximale : 60°**
    - **RE à 0° d'ABD maximale : 0°**
    - **RI à 45° d'ABD maximale : 50°**

Critères pour passer à la phase suivante :

- Douleur bien contrôlée lors des mobilisations et lors du renforcement isométrique
- Absence de douleur au repos
- Objectifs de mobilité atteints
- Bon contrôle de la scapula et flexion et ABD contre gravité avec petit bras de levier

Phase 2 (6-12 semaines) Mobilité/renforcement

But : Récupérer la mobilité, initier le renforcement musculaire, améliorer le contrôle neuromusculaire

(6-8 semaines)

- Débuter le renforcement isotonique coude et scapula en chaîne ouverte et fermée
- Débuter renforcement isotonique doux de l'épaule en chaîne ouverte et fermée, renforcement de la coiffe des rotateurs à 0° ABD. Débuter programme renforcement avec des charges faibles (1-2 kg) et nombre de répétitions élevé
- Poursuivre mobilité passive, active-assistée par le physiothérapeute et active **en ne dépassant pas les objectifs de la phase :**
    - **Flexion maximale : 145°**
    - **Abduction avec rotation neutre maximale : 90°**
    - **RE à 20° d'ABD et à 60° maximale : 30°**
    - **RI à 20° d'ABD maximale : 60°**

(8-10 semaines)

- Débuter main dans le dos
- Progresser le renforcement musculaire
- Poursuivre mobilité passive, active-assistée par le physiothérapeute et active **en ne dépassant pas les objectifs de la phase :**
    - **Flexion, scaption et RI complète**
    - **RE à 20° d'ABD maximale : 50°**
    - **RE à 60° d'ABD maximale : 75°**

(10-12 semaines)

- Poursuivre mobilité passive, active-assistée et active sans restriction
- Progresser le renforcement
- Débuter la proprioception de l'épaule

Critères pour passer à la phase suivante :

- Absence de douleur au repos et très légère durant le renforcement
- Mobilité complète +/- 10° RE sans compensation (Une légère diminution de la mobilité est attendue avec ce type de chirurgie)
- RSH normal lors des exercices de mobilité et de renforcement

Phase 3 (> 12 semaines) Renforcement avancé

But : Récupérer force musculaire, récupérer endurance, optimiser fonction, initier gestes sportifs

- Progresser renforcement épaule. Au besoin, renforcement isocinétique de la coiffe des rotateurs
- Poursuivre proprioception épaule
- Travailler endurance de l'épaule
- Travailler les gestes fonctionnels, professionnels et sportifs selon les besoins spécifiques

Critères de retour aux sports :

- Autorisation de l'orthopédiste
- Mobilité complète de l'épaule +/- 10° RE
- Force musculaire 80% versus côté sain

Rédaction : Anne Ducharme, pht
Myriam Drapeau, pht (révision 2026)

Révision : Jean-François Cantin, pht
Raffaele Simeone, pht
Marie-Ève Toussaint, pht,
Benjamin Léger-St-Léger, MD, FRCSC, chirurgien orthopédiste

Publication : 2016 (Révision 2026)

Références

1. Arthroscopic anterior stabilization (with or without Bankart repair). Boston, MA: Brigham and Women's Hospital, Department of Rehabilitation Services; 2007. 3 p.
2. Corban, J., Shah, S., & Ramappa, A. J. (2024). Current Evidence Based Recommendations on Rehabilitation following Arthroscopic Shoulder Surgery: Rotator Cuff, Instability, Superior Labral Pathology, and Adhesive Capsulitis. *Current reviews in musculoskeletal medicine*, *17*(7), 247–257. https://doi.org/10.1007/s12178-024-09899-7
3. Kelley, T. D., Clegg, S., Rodenhouse, P., Hinz, J., & Busconi, B. D. (2022). Functional Rehabilitation and Return to Play After Arthroscopic Surgical Stabilization for Anterior Shoulder Instability. *Sports health*, *14*(5), 733–739. https://doi.org/10.1177/19417381211062852
4. Nimse, A., Patel, N., & Pardiwala, D. (2023). Criterion-Based Rehabilitation and Return to Play in Fast Bowlers Following Arthroscopic Bankart Repair: Recommendations Based on a Detailed Clinical Review. Indian journal of orthopaedics, 57(10), 1565–1574. https://doi.org/10.1007/s43465-023-00931-5
5. Protocole post chirurgie de Bankart. Montréal, QC: Centre hospitalier de l'Université de Montréal; 2015. 3 p.
6. Postoperative MOON shoulder SLAP repair protocol. Nashville, TN: Vanderbilt Sports Medicine; [s.d.]. 3 p.
7. Rehab protocol for arthroscopic Bankart repair. Boston, MA: Beth Israel Deaconess Medical Center, Sports Medicine and Shoulder Surgery; [s.d.]. 3 p.
8. Salsbery M. Anterior shoulder stabilization clinical practice guideline. Columbus, OH: Ohio State University, Wexner Medial Center; 2016. 5 p.
9. Tardif J, Lirette R. Chirurgie de Bankart: Guide d'intervention postopératoire. Québec, QC: Centre hospitalier de Québec-Université Laval; 2007. 2 p.
10. Villarreal-Espinosa, J. B., Reinold, M. M., Khak, M., Shariyate, M. J., Mita, C., Kay, J., & Ramappa, A. J. (2024). Rehabilitation Protocol Variability Following Arthroscopic Bankart Repair and Remplissage for Management of Anterior Shoulder Instability: A Systematic Review. International journal of sports physical therapy, 19(10), 1172–1187. https://doi.org/10.26603/001c.123481

Tous droits réservés
© Santé Québec Est-de-l'Île-de-Montréal - Universitaire, HMR, 2026