Latarjet

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

Lignes directrices pour le suivi post-opératoire en physiothérapie

Structures touchées : Coracoïde, tendon conjoint biceps et coraco-brachial (6 à 8 semaines pour fusion osseuse), détachement petit pectoral, incision longitudinale du sous-scapulaire

Port attelle : 4 semaines pour le confort
Sevrage graduel

Contre-indications :

Pour 3 semaines :
- Aucun mouvement actif du biceps
- Aucune RE > 25° en position de repos (20-30° d'ABD)

Pour 6 semaines :
- Aucun mouvement actif de l'épaule
- Aucune RE > 45° en position de repos (20-30° d'ABD)
- Aucune extension de l'épaule (support sous humérus pour sommeil)
- Aucune main dans le dos
- Aucune mise en charge

Pour 10 semaines :
- Aucun soulèvement de charge
- Aucun renforcement en flexion du coude
- Aucun renforcement pectoral + sous-scapulaire

Précautions : **Lorsque permis, renforcement à faire en protégeant la partie antérieure de l'épaule pour un minimum de 6 mois, c'est-à-dire de toujours voir son coude lors des exercices.**

Phase 1 (0-6 semaines) Protection/mobilité

But : Protéger la greffe et les structures touchées, diminuer la douleur et l'inflammation, prévenir l'ankylose, améliorer activation musculaire scapulaire et de l'épaule

(0 –3 semaines)

- Éducation sur les contre-indications, conseils posturaux, positionnement, hygiène, réassurance, débuter programme exercices à domicile
- Dépister et adresser les enjeux liés à la kinésiophobie, à la peur de récidive et à l'appréhension
- Modalités antalgiques
- Surveiller la guérison de la cicatrice
- Mobilisation et désensibilisation des cicatrices au besoin lorsque complètement fermées
- Débuter mobilité active cervical, coude (aaROM ou pROM en flexion du coude), poignet, doigts
- Débuter mobilité active-assistée par le physiothérapeute et passive de l'épaule selon les contre-indications.

- Débuter mouvements actifs et passifs scapulaire (protraction, rétraction, élévation et dépression), exercices RSH (à partir de la 2e semaine)
- Débuter renforcement isométrique ceinture scapulaire et épaule en position neutre en flexion, abduction, extension, RE

(3-6 semaines)

- Sevrage attelle (à partir de la 4e semaine)
- Progresser la mobilité active-assistée par le physiothérapeute et passive de l'épaule selon les contre-indications.
- Progresser les exercices de RSH

Critère pour passer à la phase suivante :

- Douleur bien contrôlée avec mobilisation active-assistée et passive épaule

Phase 2 (6-10 semaines) Mobilité

But : Récupérer la mobilité active et passive épaule, améliorer le contrôle neuromusculaire, initier le renforcement

- Débuter mobilité active de l'épaule en priorisant une mécanique adéquate (bon contrôle de l'omoplate 90°-110° d'élévation) (DD/DV → incliné → assis → debout)
- Débuter exercices de stabilisation rythmique et de proprioception
- Débuter renforcement isotonique de la ceinture scapulaire et de l'épaule (sauf pectoraux, sous-scapulaire et biceps). Travailler en chaîne ouverte et fermée. Commencer avec des petites charges et beaucoup de répétitions. Progresser les charges.

Critères pour passer à la phase suivante :
- 155° de flexion
- 10° de différence avec côté opposé en RE à 20°-30° d'ABD
- 75° en RE à 90° d'ABD

Phase 3 (> 10 semaines) Renforcement
But : Récupérer la force musculaire, optimiser la fonction, initier les gestes sportifs
- Débuter renforcement biceps, sous-scapulaire et pectoraux (isométrique → isotonique)
- Progresser renforcement scapulaire et de l'épaule
- Progresser exercices de proprioception
- Travailler les gestes fonctionnels selon les besoins
- Débuter lancer balle et overhead (à partir de la 16e semaine)
- Débuter gestes sportifs spécifiques et pliométrie **avec autorisation médicale** (à partir de la 16e semaine)

Critères pour retour aux sports :

- Autorisation de l'orthopédiste
- Absence de douleur
- Absence de sensation d'instabilité
- Mobilité somme toute complète de l'épaule
- Force musculaire 80% par rapport au côté sain
- Bonne biomécanique

Rédaction : Anne Ducharme, pht
Marie-Ève Toussaint, pht
Myriam Drapeau, pht (révision 2026)

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

Publication : 2018 (Révision 2026)

1. Anterior stabilization of the shoulder: Latarjet protocol. Boston, MA: Brigham and Women's Hospital, Department of Rehabilitation Services; 2009. 10 p.
2. Anterior shoulder stabilization: the latarjet. Worcester, MA: University of Massachusetts, Department of orthopaedics; [s.d.]. 14 p.
3. Beletsky, A., Cancienne, J. M., Manderle, B. J., Mehta, N., Wilk, K. E., & Verma, N. N. (2020). A Comparison of Physical Therapy Protocols Between Open Latarjet Coracoid Transfer and Arthroscopic Bankart Repair. Sports health, 12(2), 124–131. https://doi.org/10.1177/1941738119887396
4. Catherine J.Fedorka & Mary K.Mulcahey.Recurrent anterior shoulder instability : a review of the Latarjet procedure and its postoperative rehabilitation. The physician of sportmedecine. 2015;43(1):73-79
5. Disegni, E., Torrens, M., & Nourissat, G. (2025). Diagnosis of shoulder apprehensions two years after latarjet procedure: a retrospective observational study. Annals of medicine, 57(1), 2557506. https://doi.org/10.1080/07853890.2025.2557506
6. Edouard P, Bankole C, Calmels P, Beguin L, Degache F. Isokinetic rotator muscles fatigue in glenohumeral joint instability before and after Latarjet surgery: a pilot prospective study. Scandinavian journal of medicine and science in sports. 2013;23(2):e74-80.
7. Edouard P, Beguin L, Degache F, Fayolle-Minon I, Farizon F, Calmels P. Recovery of rotators strength after Latarjet surgery. International journal of sports medicine. 2012;33(9):749-55.
8. Elkousy H, Gartsman GM, Labriola J, O'Connor DP, Edwards TB. Subscapularis function following the latarjet coracoid transfer for recurrent anterior shoulder instability. Orthopedics. 2010;33(11):802.
9. Matthes G, Horvath V, Seifert J, Ptok H, Stengel D, Schmucker U, et al. Oldie but goldie: Bristow-Latarjet procedure for anterior shoulder instability. Journal of orthopaedic surgery (Hong Kong). 2007;15(1):4-8.
10. Kaplan KM. Rehabilitation protocol: Latarjet coracoid process transfer. Jacksonville, FL: Jacksonville Orthopaedic Institute; [s.d.]. 2 p.
11. Kaple, G. S., Uttamchandani, S. R., & Phansopkar, P. (2022). Effect of Rehabilitation on Recurrent Shoulder Dislocation Post-Latarjet Procedure: A Case Report. Cureus, 14(12), e32804. https://doi.org/10.7759/cureus.32804
12. Marcaccio, S. E., Kaarre, J., Steuer, F., Herman, Z. J., & Lin, A. (2024). Anterior Glenohumeral Instability: Clinical Anatomy, Clinical Evaluation, Imaging, Nonoperative and Operative Management, and Postoperative Rehabilitation. Journal of Bone and Joint Surgery, 107(1), 81–92. https://doi.org/10.2106/JBJS.24.00340
13. Salsbery M.Open Latarjet for anterior stabilization clinical parctice guideline. Columbus, OH : Ohio State Universit,Wexner Medial Center;2017.4p.
14. Sieng, T., Cicciaro, J., Michelini, J., Farmer, K., & Zeppieri, G. (2025). Rehabilitation Following a Latarjet After a Failed Labral Repair in a Female Overhead Athlete: A Resident's Case Report. International journal of sports physical therapy, 20(9), 1388–1400. https://doi.org/10.26603/001c.143147
15. Soares, M. N., Shirinskiy, I. J., Schachner, J., Matasi Collaborator Group, M. C. G., Macken, A. A., Kling, A., Lafosse, T., van den Bekerom, M. P. J., & Buijze, G. A. (2026). Multifactorial approach training for anterior shoulder instability after a Latarjet procedure: protocol for a randomised controlled trial. BMJ open, 16(1), e109378. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2025-109378

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