

**LUXATION ANTÉRIEURE DE L'ÉPAULE – 1^{ER} ÉPISODE
TRAITEMENT CONSERVATEUR EN PHYSIOTHÉRAPIE
DR DAVID BLANCHETTE • DR PATRICK LAVIGNE • DR BENJAMIN LÉGER-ST-JEAN**

LIGNES DIRECTRICES POUR LE SUIVI EN PHYSIOTHÉRAPIE

DESCRIPTION DE LA PATHOLOGIE : La luxation antérieure gléno-humérale se produit généralement après un traumatisme où il y a une rotation externe forcée lorsque l'épaule est en position d'abduction. La tête humérale se retrouve alors en antéro-inférieur de la cavité glénoïde. Certaines lésions causées par la luxation peuvent être associées à l'épisode traumatique (lésion de Bankart, lésion de Hills-Sachs, fracture de la grosse tubérosité, déchirure ligamentaire, déchirure de la coiffe des rotateurs).(1)

PRONOSTIC : Les récurrences de luxation antérieure à l'épaule après un premier épisode de luxation antérieure sont très fréquentes. Dans la littérature, les taux de récurrence sont très variables selon les études (19 %-88 %). Selon les résultats d'une récente revue systématique et méta-analyse, le taux général de récurrence serait de 21 %, mais pourrait **augmenter jusqu'à 80 % chez les jeunes hommes**. Les récurrences se produisent en moyenne 11 mois après le premier épisode.(2) Puisque le taux de récurrence est élevé et qu'une intervention chirurgicale sera souvent tentée dans le cas de multiples récurrences, il sera important de référer rapidement, particulièrement chez une clientèle jeune qui aura tendance à luxer à nouveau plus facilement.

Il est aussi important d'évaluer s'il y a des faiblesses musculaires significatives à l'examen qui seraient passées inaperçues. Si c'est le cas, il est indiqué de référer en orthopédie puisqu'il pourrait y avoir déchirure de la coiffe des rotateurs.

FACTEURS DE RISQUE DE RÉCURRENCE :

- Sexe masculin (2,7 fois plus de chances de récurrence que chez les femmes);
- Jeune âge (environ 12,8 fois plus de chances avant 20 ans qu'après 20 ans et 6,7 fois plus de chances avant 30 ans qu'après 30 ans) (2).

FACTEUR DIMINUANT LE RISQUE DE RÉCURRENCE :

- Fracture de la grosse tubérosité (3,8 fois moins de chances de récurrence).

OBJECTIFS À LONG TERME :

- Éliminer la douleur;
- Retrouver la force;
- Retrouver la fonction;
- Prévenir les récurrences de luxation.

DURÉE DU TRAITEMENT : 6 à 8 semaines

PRÉCAUTIONS AVANT TRAITEMENT CONSERVATEUR : (1)

- Évaluer les lésions osseuses (radiographie simple);
- Évaluer la faiblesse de la coiffe des rotateurs;
- Évaluer les lésions nerveuses (nerf axillaire).

IMMOBILISATION : (3)

- 2 semaines dans une attelle/écharpe.

PHASE 1 : Semaines 2 et 3

PRÉCAUTION : Mouvements combinés de rotation externe et d'abduction de l'épaule

BUTS :

- Sevrer le port de l'attelle/écharpe;
- Regagner la mobilité passive complète;
- Regagner la mobilité active (20 degrés de différence avec l'épaule saine).

MOYENS :

- Priorités
 - o Diminuer la fréquence du port de l'attelle/écharpe;
 - o Contrôler la douleur : glace, électrothérapie au besoin (temporaire);
 - o Effectuer des mobilisations passives : flexion, abduction, rotation interne, rotation externe (dans le plan de la scapula);
 - o Initier le renforcement isométrique des coiffe des rotateurs et musculature péri-scapulaire.
- Au besoin
 - o Mobilisation articulaires de grade I-II en gléno-huméral, acromio-claviculaire, sterno-claviculaire, scapulo-thoracique;
 - o Mobilisations actives-assistées : poulies (flexion et abduction), exercices avec bâton (flexion, abduction, rotation interne, rotation externe).

PHASE 2 : Semaines 4 à 6

BUTS :

- N'avoir aucune limitation ou qu'une limitation minimale sur le plan capsulaire;
- N'avoir aucune compensation ou qu'une compensation minimale en gléno-huméral/scapulaire;
- Retrouver une force de 4/5 aux deltoïde/coiffe des rotateurs;
- N'effectuer qu'un décollement minimal de la scapula lors du *push-up* au mur;
- Pratiquer les activités de la vie quotidienne, sauf soulèvement de charge lourde, avec douleur minimale qui décroît;
- Comprendre et suivre le programme d'exercices à domicile.

MOYENS :

- Priorités
 - o Progresser les exercices de renforcement isotonique en mettant l'accent sur la musculature péri-scapulaire et de la coiffe des rotateurs;
 - o Ajouter les exercices de renforcement du deltoïde et des autres groupes musculaires du membre supérieur;
 - o Introduire les exercices de proprioception : mise en charge sur membre supérieur au mur et en position quadrupède, exercices avec ballon au mur.
- Au besoin
 - o Poursuivre la mobilisation de l'articulation gléno-humérale, acromio-claviculaire, sterno-claviculaire et scapulo-thoracique selon les besoins;
 - o Introduire les mobilisations en flexion, abduction, rotation interne. La rotation externe peut progresser jusqu'à 60 degrés à 90 degrés d'abduction selon tolérance.

PHASE 3 : Semaine 7 jusqu'au congé

BUTS :

- Retrouver une amplitude articulaire complète sans mouvement compensatoire en glénohuméral et en scapulaire;
- N'avoir aucune preuve d'instabilité;
- N'avoir aucune restriction capsulaire;
- Retrouver une force de 4+/5 à 5/5 aux deltoïde/coiffe des rotateurs/musculature péri-scapulaire;
- Regagner le contrôle scapulaire : aucun décollement de l'omoplate ou décollement minimal;
- Retourner complètement au travail;
- Être en mesure de poursuivre un programme d'exercices à domicile;
- N'avoir aucune preuve d'instabilité (si instabilité toujours présente, référer en orthopédie).

MOYENS :

- Priorités
 - o Progresser le renforcement isotonique des coiffe des rotateurs/deltoïde/musculature péri-scapulaire;
 - o Progresser les exercices de proprioception : lancer de balle/ballon au mur;
 - o Exercices adaptés au sport si retour au sport prévu;
 - o Progresser le programme d'exercices à domicile.
- Au besoin
 - o Progresser l'amplitude articulaire en rotation externe.

DIRECTIVES AU PATIENT AU MOMENT DU CONGÉ : Poursuivre le programme de renforcement et de proprioception à domicile.

Rédaction : Véronique Lowry, pht

Révision technique : Benjamin Léger-St-Jean, MD, FRCSC, chirurgien orthopédiste

Révision linguistique : Marie Léger-St-Jean

Publication : Mars 2017

RÉFÉRENCES :

1. Cutts S, Prempeh M, Drew S. Anterior shoulder dislocation. *Annals of the Royal College of Surgeons of England*. 2009;91(1):2-7.
2. Wasserstein DN, Sheth U, Colbenson K, Henry PD, Chahal J, Dwyer T, et al. The True Recurrence Rate and Factors Predicting Recurrent Instability After Nonsurgical Management of Traumatic Primary Anterior Shoulder Dislocation: A Systematic Review. *Arthroscopy : the journal of arthroscopic & related surgery : official publication of the Arthroscopy Association of North America and the International Arthroscopy Association*. 2016;32(12):2616-25.
3. Smith BI, Bliven KC, Morway GR, Hurbanek JG. Management of primary anterior shoulder dislocations using immobilization. *Journal of athletic training*. 2015;50(5):550-2.
4. Clinical protocol for anterior shoulder dislocation. Somersworth, NH. Frisbie Memorial Hospital, Marsh Brook Rehabilitation Services, Wentworth-Douglass Hospital. *Rehab* 3; 2009. 3p.