Prothèse totale inversée épaule

Dr David Blanchette – Dr Benjamin Léger-St-Jean

Lignes directrices pour le suivi post-opératoire en physiothérapie

Structures touchées : Supra-épineux, infra-épineux, capsule antérieure
Sous-scapulaire rattaché avec possible ostéotomie

Port attelle : 4 semaines pour le confort
Sevrage graduel

Contre-indications : * Attention luxation fréquente*

Pour 6 semaines : Aucun mobilité active
Aucune RE > 30° à 0° d'ABD si sous-scapulaire rattaché

Pour 12 semaines : Aucune mise en charge (MEC)
Aucune main dans le dos (MDD)
Aucune adduction horizontale (ADDh)
Aucune extension de l'épaule

Pour toujours : Soulèvement charge limité à 9kg (20 lbs) avec le bras le long du corps
Soulèvement charge limité à 4,5 kg (10lbs) au-dessus des épaules
Aucun bench-press

Phase 1 (0 –2 semaines) - Protection
But : Protéger la chirurgie, diminuer la douleur et l'inflammation

- Éducation sur les contre-indications, conseils posturaux, positionnement, hygiène, débuter programme d'exercice à domicile
- Modalités antalgiques
- Surveiller la guérison des cicatrices
- Mobilisation et désensibilisation des cicatrices au besoin lorsque complètement fermée
- Débuter mobilité active coude, poignet, doigts
- Débuter renforcement isométrique sous-maximal du deltoïde (antérieur, abduction, extension) en position de repos dans le plan scapulaire (dès la semaine 1)
- Débuter mobilité passive de l'épaule dans le plan scapulaire en DD
- Débuter programme d'exercices à la maison : Pendule, PROM dans le plan scapulaire, isométrique deltoïde sous-maximal en position de repos de l'épaule

Critère pour passer à la prochaine phase :

- Douleur bien contrôlée avec les exercices de mobilité passive

Phase 2 (2 –6 semaines) Protection/mobilité
But : Protéger la chirurgie, diminuer la douleur et l'inflammation, récupérer progressivement le mouvement, améliorer l'activation musculaire deltoïde

- Cesser le port de l'attelle graduellement (4 semaines)
- Débuter renforcement coude, poignet, doigts et exercices de préhension
- Débuter renforcement isométrique omoplate (abaissement et rétraction)
- Poursuivre mobilisation passive et active-assistée de l'épaule par le physiothérapeute selon les contre-indications
- Poursuivre isométrique deltoïde avec stimulation neuromusculaire électrique (NMES) dans la position de repos de l'épaule

Critères pour passer à la prochaine phase :

- Douleur bien contrôlée
- Mobilité passive épaule autour de 120° en élévation et 30° RE
- Bonne activation du deltoïde

Phase 3 (6-12 semaines) Mobilité
But : Récupérer la mobilité passive et active de l'épaule, améliorer l'activation musculaire de l'épaule

- Poursuivre mobilité passive épaule selon les contre-indications
- Débuter mobilité active de l'épaule (DD/DL → incliné → assis → debout) en progressant la longueur du bras de levier
- Débuter renforcement isométrique RE/RI (à partir de la 8e semaine)
- Poursuivre activation deltoïde avec stimulation neuromusculaire électrique (NMES)

Critères pour passer à la prochaine phase :

- Absence de douleur
- Mobilité active assis se rapproche de la mobilité passive en DD

Phase 4 (> 12 semaines) Renforcement
But : Récupérer la force de l'épaule et de l'omoplate, améliorer la fonction de l'épaule

- Débuter doucement les mouvements d'extension, ADDh et MDD
- Débuter renforcement isotonique de l'épaule avec une charge de maximum 1 kg (2lbs) au début puis progresser jusqu'à un maximum de 4,5 kg (10lbs)
- Progresser renforcement isotonique péri-scapulaire/omoplate avec emphase sur le dentelé antérieur et le trapèze supérieur
- Débuter proprioception
- Travailler les gestes fonctionnels (AVQ/AVD, en lien avec les activités professionnelles et activités sportives)

Retour aux sports : Selon les recommandations de l'orthopédiste

Rédaction : Élise Gareau Montsion, pht
Myriam Drapeau, pht (révision 2026)

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

Publication : 2016 (Révision 2026)

Références :

1. André-Vert J. From clinical guideline to daily practice: 23 quality criteria for rehabilitation after rotator cuff tear surgery and shoulder arthroplasty. World Physical Therapy 2011; 2011 June 20-23; Amsterdam (Netherlands). p. 97 (eS1421-eS2). Disponible: http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013 03/id_1495_epaule_jav_wpt2011_poster.pdf.
2. Blacknall J, Neumann L. Rehabilitation following reverse total shoulder replacement. Shoulder & Elbow. 2011;3(4):232-40.
3. Celik D, Demirhan M. Physical therapy and rehabilitation of complex regional pain syndrome in shoulder prosthesis. The Korean journal of pain. 2010;23(4):258-61.
4. Edouard P, Ribinik P, Calmels P, Dauty M, Genty M, Yelnik AP. Care pathways in physical and rehabilitation medicine (PRM): the patient after shoulder stabilization surgery. Annals of Physical and Rehabilitation Medicine. 2012;55(8):565-75.
5. Etier BE, Pehlivan HC, Brockmeier SF. Postoperative Rehabilitation and Outcomes of Primary Anatomic Shoulder Arthroplasty Techniques in Shoulder & Elbow Surgery. 2016;17(1):19–24.
6. Güler Y, Keskin A, Mıhlayanlar F. Shoulder Proprioception Following Reverse Total Shoulder Arthroplasty for Unreconstructable Upper Third Fractures of the Humerus: 2-Year Outcomes. Indian J Orthop. 2022 Nov 3;56(12):2245-2252. doi: 10.1007/s43465-022-00769-3. PMID: 36507205; PMCID: PMC9705661.
7. Howard MC, Trasolini NA, Waterman BR. Optimizing Outcomes After Reverse Total Shoulder Arthroplasty: Rehabilitation, Expected Outcomes, and Maximizing Return to Activities. Curr Rev Musculoskelet Med. 2023 Apr;16(4):145-153. doi: 10.1007/s12178-023-09823-5. Epub 2023 Mar 3. PMID: 36867393; PMCID: PMC10043097.
8. Kennedy JS, Reinke. Protocol for a multicenter, randomised controlled trial of surgeon-directed home therapy vs. outpatient rehabilitation by physical therapists for reverse total shoulder arthroplasty: the SHORT trial. Arch Physiother. 2021 Dec 10;11(1):28.
9. Kwaees TA, Charalambous CP. Reverse shoulder arthroplasty--minimum age for surgery, postoperative rehabilitation and long term restrictions. A delphi consensus study. Ortopedia, Traumatologia, Rehabilitacja. 2014;16(4):435-9.
10. Lamb CJ, Ahmad A, Biedermann BM, Lin EH, Kotlier JL, Cruz CA, Petrigliano FA, Liu JN. Rehabilitation and Long Term Outcomes Including Return to Work or Sport Following Reverse Total Shoulder Arthroplasty. Curr Rev Musculoskelet Med. 2025 Apr;18(4):173-181. doi: 10.1007/s12178-025-09948-9. Epub 2025 Feb 7. PMID: 39920554; PMCID: PMC11965055.
11. Payne C, Jaggi A, Le Leu A, Garofalo R, Conti M. (v) Rehabilitation for shoulder arthroplasty. Orthopaedics and Trauma. 2015;29(5):313-23.
12. St. Pierre P. Rehabilitation and Activity Expectations Following Reverse Shoulder Arthroplasty (RSA). In: Frankle M, Marberry S, Pupello D, editors. Reverse shoulder arthroplasty. Cham: Springer International Publishing; 2016. p. 289-96.
13. Unverzagt C, Ross O, Hugues C. Case Report: Rehabilitation and Outcomes for a Patient Following Implant of a Reverse Delta III Shoulder Prosthesis. Orthopaedic Practice. 2006;18(2):32-7.
14. Volpe S, Craig JA. Postoperative physical therapy management of a reverse total shoulder arthroplasty. Orthopaedic Physical Therapy Practice. 2009;21(2):
15. Wilcox RB, Arslanian LE, Millett P. Rehabilitation following total shoulder arthroplasty. Journal of orthopaedic and sports physical therapy. 2005;35(12):821-36.

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