

LUXATIONS TRAUMATIQUE ET INSTABILITE DE L'ÉPAULE

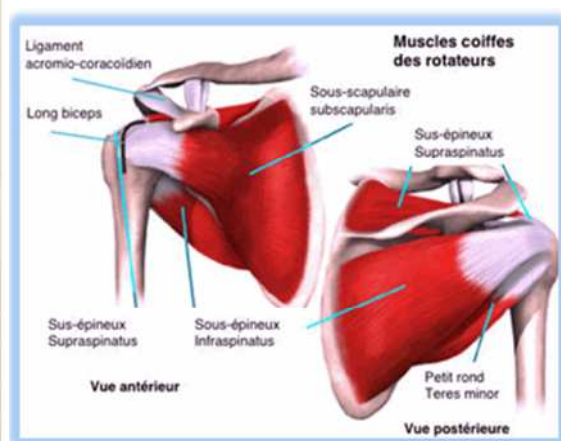
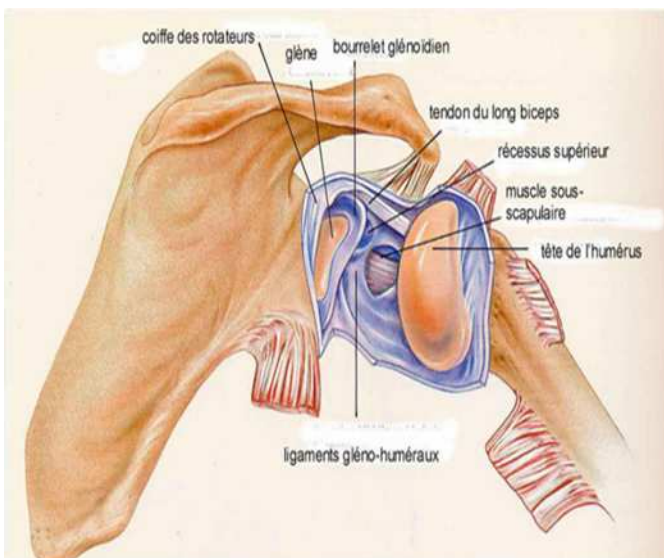
Dr. Kehal

I. INTRODUCTION:

- Elle se définit par la perte complète et permanente des rapports normaux entre les surfaces articulaires de la scapulo-humérale
- C'est la plus fréquente des luxations traumatiques
- Pathologie de plus en plus fréquente du fait de l'augmentation des pratiques sportives
- Elle survient surtout chez l'adulte jeune
- C'est une urgence thérapeutique : risque de compression vasculaire et nerveuse, réduite tardivement ; risque de fibrose.
- Son pronostic est en général favorable mais l'évolution peut être marquée par l'installation d'une instabilité chronique

II. RAPPEL ANATOMIQUE

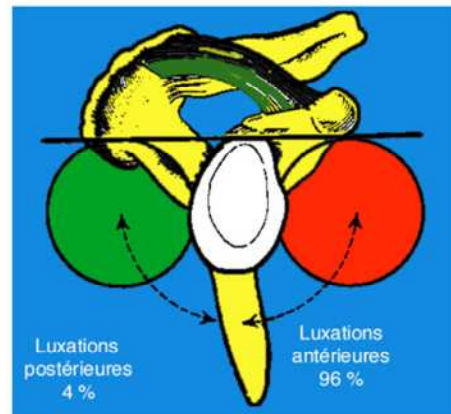
- L'épaule est une articulation particulière car elle est peu congruente (emboîtée)
- Elle est par conséquent vulnérable et donc susceptible de se luxer.
- Il s'agit schématiquement d'une sphère (la tête humérale) en équilibre instable sur un petit socle (la glène de l'omoplate)
- La glène est plate ; sa concavité est augmentée grâce au bourrelet glénoïdien
- La stabilité est assurée par bourrelet glénoïdien, la capsule articulaire, les ligaments gléno-huméraux et par les muscles péri-articulaires en particuliers les muscles de la coiffe des rotateurs (sus épineux, sous épineux, petit rond ; rotateurs externe, sous scapulaire ; rotateur interne).
DONC : des éléments passifs (ligaments) et des éléments actifs (muscles : coiffe de rotateur)
- La position intra-articulaire du tendon du biceps lui permet la participation à la pathologie de cette articulation.
- Il faut noter la proximité du plexus brachial notamment le nerf circonflexe (axillaire) et l'artère axillaire de cette articulation.
- De part son anatomie cette articulation est susceptible à la luxation et source de récidence (passage à la chronicité ; instabilité chronique)



En cas de mouvement forcé, la sphère peut sortir du socle, déchirant au passage les quelques freins existants : bourrelet, capsule, ligaments, parfois muscles de la coiffe des rotateurs. On parle de luxation

III. FORMES CLINIQUES :

- **Antérieure**
 - Dans 96 % des cas
 - Sous-claviculaire ou intra-coracoïdienne
 - Sous coracoïdienne
 - Extra-coracoïdienne
- **Postérieure:** Dans 4 % des cas
- **Inferieure :** rarissime (luxation " erecta " de l'épileptique

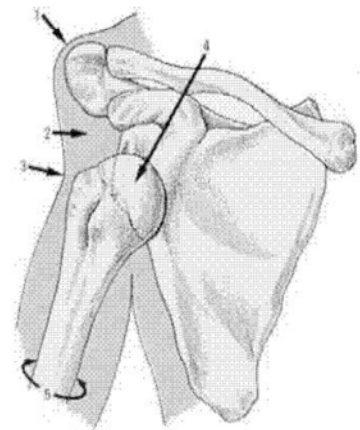
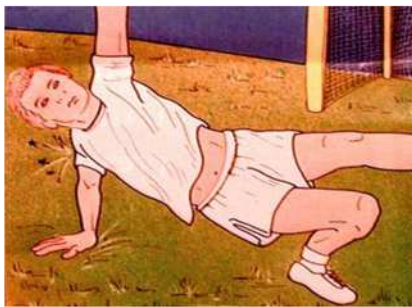


IV. LUXATION ANTÉRO-INTERNE (forme de description) :

45% de toutes les luxations

A. Mécanisme :

- Mouvement d'abduction - rotation externe (chute sur la main)
- Mouvement d'armé contrôlé



- Elle entraîne :
 - Déchirure de la capsule
 - Décollement du bourrelet et qui décollant avec lui son périoste

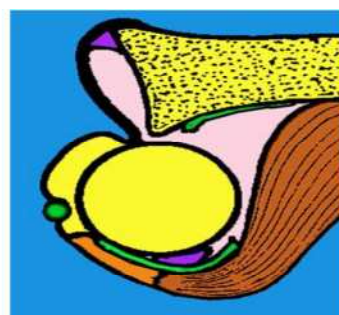
B. Clinique:

✓ Interrogatoire :

- Age
- Mécanisme du traumatisme
- L'instabilité constitutionnelle

✓ Examen

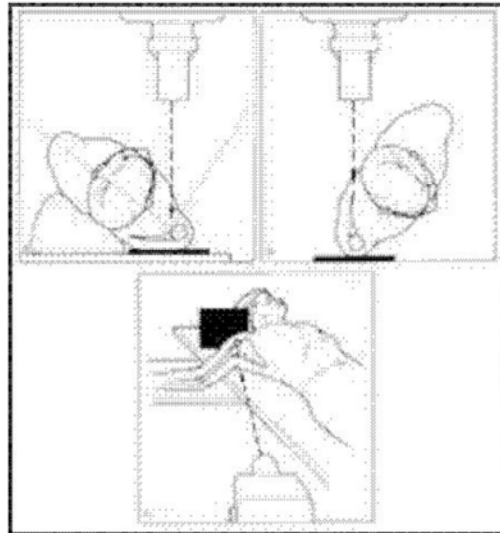
- Douleur +++
- Impotence fonctionnelle
- Déformation caractéristique à l'inspection et à la palpation
 - Tête humérale en avant (comblement du sillon delto-pectoral)
 - Saillie de l'acromion en dehors (signe de l'épaulette)
 - Vacuité de la glène ; coup de hache externe (vide sous acromial antérieur)
 - Bras en abduction et en rotation externe (abduction irréductible)



V. RADIOLOGIE :

A. Incidences

- Un cliché de face
- Au moins un profil : profil de Garth ou profil d'omoplate ou profil axillaire couché



B. Lésions retrouvées :

- Lésions de passage : encoche de la tête ; Hill-Sachs ; source de récive
- Lésions de la glène : sa fracture nécessite un traitement chirurgical
- Fracture du trochiter : elle augmente le risque de raideur et diminue le risque de récive
- Fracture de la tête ou du col de l'humérus ; risque de nécrose de la tête humérale

VI. COMPLICATIONS :

- Vasculaire (rares) :
- Neurologiques (fréquentes) +++
- Osseuses
- Tendineuse
- Iatrogène

• Bilan vasculaire

- Très rare, plus fréquentes chez les sujet âgés et dans les luxations erecta
- Le plus souvent compression simple avec récupération du pouls dès la réduction
- Sinon : bilan artériologique, commander du sang, urgence chirurgicale

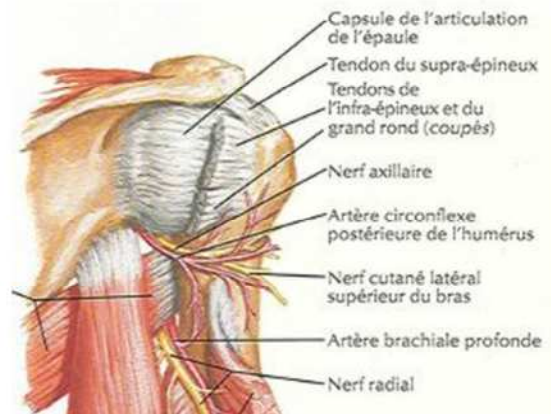
• Lésions nerveuses

- Jusqu'à 33% cliniquement, jusqu'à 65% si étude EMG +++
- 1/3 des premières luxations s'accompagnent de lésions du nerf axillaire (sujet âgé, réduction tardive, traumatisme initial, ...)
- Ne pas faire attendre aux urgences +++++
- **Diagnostic clinique**

- Facile si le plexus est atteint
- Difficile si seulement le nerf axillaire est atteint car il n'existe pas toujours de signes sensitifs (nerf moteur pur)

• Les autres complications:

- **La coiffe** : en pratique ne pose pas de problème, nécessite le traitement en cas d'absence de récupération rapide
- **La raideur post-traumatique** (capsule rétractile) : fréquente en cas d'immobilisation trop prolongée, chez un sujet plus âgé, en cas de fracture associée ; intérêt d'éviter l'immobilisation inutile +++



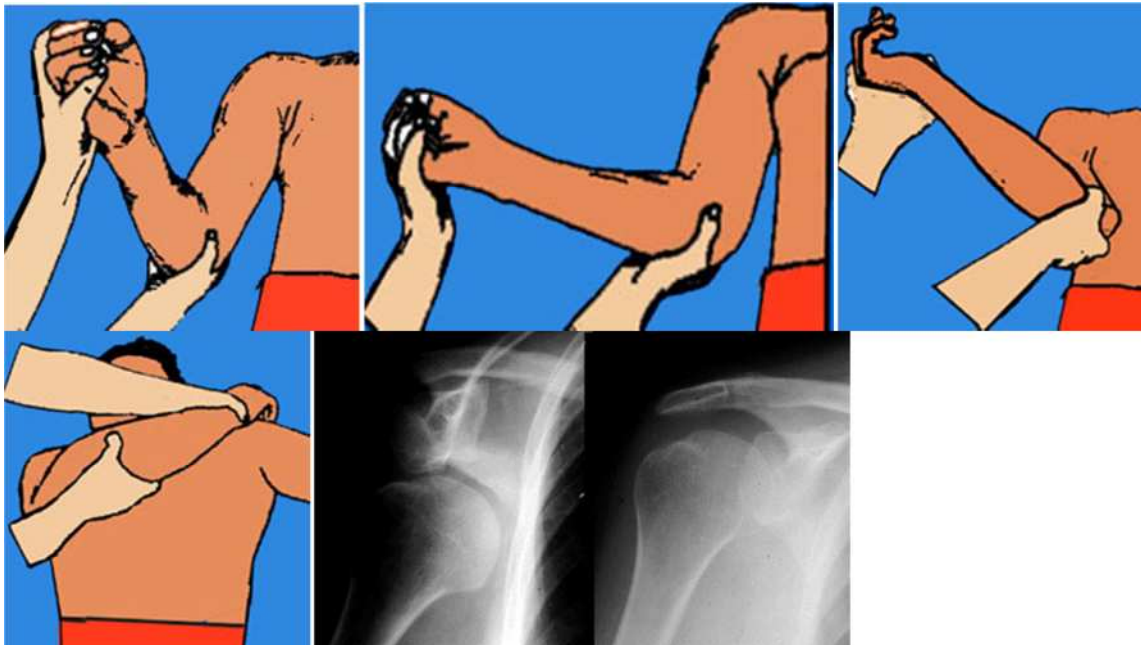
VII. TRAITEMENT :

✓ La réduction

- Indication de réduction au bloc opératoire :
 - Luxation > 24 h
 - Luxation erecta



- Fracture associée
- Lésions vasculaire
- Technique de réduction
 - Plusieurs décrites :
 - Traction axiale
 - Mise du bras en abduction – rotation externe
 - Mobilisation de la scapula...
 - Rotation externe pure
 - Elles reposent toutes sur le même principe ; la douleur +++
 - Un contrôle radiographique post-réductionnel est obligatoire



- ✓ **Immobilisation** pendant 3 semaines permettent la cicatrisation capsulaire et ligamentaire en adduction rotation interne
- ✓ Le traitement est habituellement chirurgical.
- ✓ Deux techniques s'opposent
 - La butée pré glénoïdienne à l'aide de la coracoïde (intervention de Latarjet)
 - La réinsertion capsulo-ligamentaire (intervention de Bankart) à ciel ouvert ou par arthroscopie