

Luxation Traumatique de l'épaule

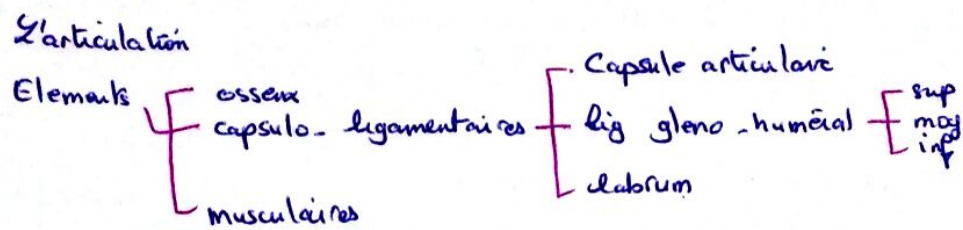
Déf

Intérêt

Rappel anatomique

L'articulation

Eléments



Anatomo-pathologie

Mécanisme

Classification : / dpt de la tête humérale

Ant. : antéro-interne

- 1) sous coracoïdienne
- 2) sous coracoïdienne
- 3) intra coracoïdienne

Postérieures

- 1) sous acromiales
- 2) sous épineuses

Inférieures

- 1) sous glénoïdienne
- 2) erecta

Sup

Clinique : lux. antéro-interne sous coracoïdienne

Inspection

Bilan radiologique

Traitement :

Orthopédique

Reduction → restituer les rapports

Immobilisation → cicatrisation capsulo-lig

Indications

Complications :
Fr du tubercule majeur.
Cpc neurologiques.
Capsulite rétractile.

Réparation

Chirurgical

Indications

Formes cliniques

Post.
Anciennes
Récurrentes

Rééducation

Luxation Traumatique de l'épaule

Déf. + Intérêt

Luxation

perte de rapport anatomiques

- permanent
- total

↓
Urgence thérapeutique

Traumatique

post-traum

↓
Sujet jeune ++

Epaule

entre tête humérale
Glénoidé scapulaire

articulat° la + mobile
la (-) stable

↓
luxation la plus fréquente
Risque de **récidive**

enfant → décolant
(Jeune → lux)
Agé → FA

Anamnèse

Mécanisme

Direct

Chute sur le moignon de l'épaule
par un choc postérieur

Indirect

Mvt d'armé contre
traction sur le bras
Abduction - RE forcée

Classification/déplacement de la tête humérale

Antérieure (95%)

Antéro-interne

- * Extra coracoïdienne (sublux)
- * Sous coracoïdienne (+ fréquente)
- * Intra coracoïdienne (rares)
 - lésion du lig. coraco-acromial
 - lésions vasculo-nerveuses
- * Sous claviculaire

Postérieure (5%)

- * Sous acromiale (sublux)
- * Sous épineuse

Inférieure (<1%)

- * Sous glénoïdienne
- * Erecta (hyperAbd)
- * Sous tricipitale

Supérieure (except)

- + lésion de la
voûte ostéo-lig
acromio-claviculaire

Clinique

Inspection

Saillie externe de l'acromion (signe de l'épaulette)
Coup de hache externe
Effacement du sillon delto-pectoral
Attitude vicieuse: Abd. RE (signe de Burger)

Palpation

Vide sous acromiale
Vacuité de la glène
Tête humérale dans le sillon delto-pectoral
Mobilisation prudente à minima
Tête solidaire à la diaphyse humérale
(x fort du col)

Systematiquement: examen vasculo nerveux

Pouls distaux

Sensibilité: ↓
Motricité: contraction du deltoïde

Imagerie

Rx standard

Face strict

Profil de l'escapula (Lamy)

- confirmer le diagnostic
- rechercher une fracture associée

Formes Cliniques

Luxation

Postérieure

Mécanisme direct ++
Épileptiques...

RI irréductible

Ancienne

Luxation méconnue
↓
non-articulation

Réduction?

orthopédique impossible.

chirurgical dépend de :
- âge
- profession
- fonction
- adaptation fct^{lle}.

Récurrentes

++ rapprochées
-- violentes

Traitement

Chirurgical

Traitement

Orthopédique

Chirurgical

Réduction

- * Courte AG
Traction + contre appui axillaire
Légère pression sur tête humérale d'avant en arrière
Signe de réduction : claquement audible.

* Méthode de Kocher:

Coude en dedans
puis RE du bras
douleurs + traumatisme

- Examen vasculo-nervaux
- Radio de contrôle

Immobilisation

Coude au corps, RI
Jeune → 6 semaines
> 3 ans → 2 ± 1
(risque de capsulite rétractile)

Réduction à ciel ouvert

- * irréductibilité
- * inextensibilité
- * récurrence fréquente

Indications

Ortho.
1^{er} épisode : R + I
Récidive : R +/- I

Chirurgical •
irréductibilité/inextensibilité
Récidive fréquente

Moyens d'immobilisation : Simple écharpe
Mayo clinique
Dyariel élastique
Gerdy plâtre

Réduction → restaurer les rapports anatomiques
Immobilisation → cicatrisation capsulo-ligamentaire
Rééducation → prévenir les récurrences

- Amplitude articulaire
- Renforcement musculaire
- Proprioception

Complications

F# du tubercule majeur

- Cal vicieux
- Capsulite rétractile
- Raideur articulaire

Réduction de la luxation

↓ permet
Réduction de l'eff#

→ immobilisation en position de réduction
(15 J)

→ si déplacement > 10 mm

TDM

Ostéosynthèse

Neurologiques

Nef# axillaire

Reversibles +++

Si atteinte nerveuse

→ Rééducation

→ EMG :

• 21 J

• 3 mois

Si pas d'amélioration

→ chirurgie

• névralgie

• greffe nerveuse

Capsulite rétractile

> 40 ans +++

F# Tubercule majeur

Rupture de CR

DLr + raideur