

Le Membre Supérieur

Partie 2: Luxation épaule

UE 2.4 S1 Processus traumatiques

Dr Thibault VERMERSCH
CHLS

2015/2016

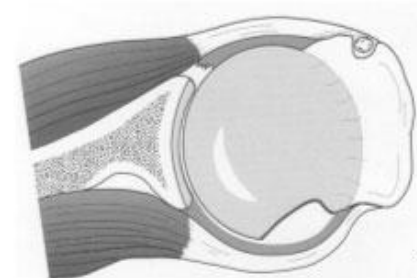
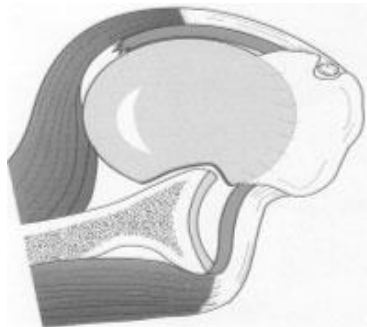
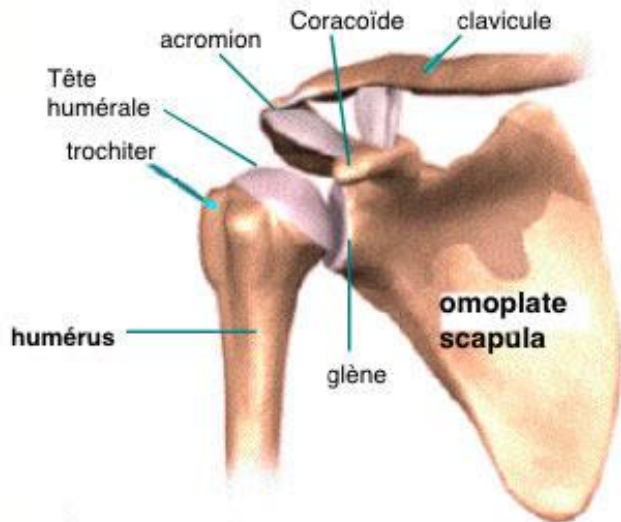
PLAN Partie 2

- Généralités
- Mécanisme lésionnel
- Diagnostic
- Evolution
- Traitement

LUXATION DE L'ÉPAULE

Généralités

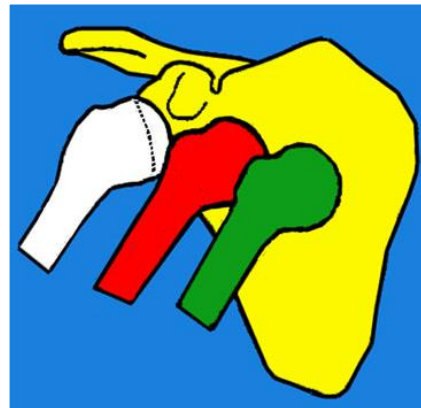
- Définition : perte de congruence entre les surfaces articulaires de la tête humérale et de la glène de la scapula
- La plus fréquente des luxations
- Terrain : adulte jeune au cours d'un accident sportif
- Type : antéro interne dans 95 % des cas



LUXATION DE L'ÉPAULE

Mécanisme lésionnel

- Traumatisme indirect
 - Cas le plus fréquent
 - Chute sur la paume de la main, membre supérieur en abduction, rotation externe et rétropulsion
 - Contraction violente des rotateurs internes (convulsions, électrocution)
- Traumatisme direct
 - Plus rare
 - Choc au niveau du moignon de l'épaule
- Classification
 - Luxation antérieure +++
 - Luxation postérieure



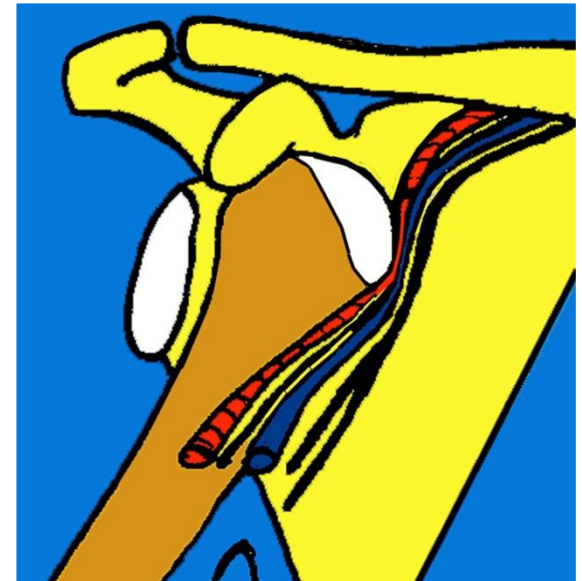
LUXATION DE L'ÉPAULE

- Lésions associées (de passage)
 - Bourrelet glénoïdien
 - Capsulo ligamentaire : chambre de décollement
 - Lésions osseuses de la tête humérale
 - Lésions musculaires



Diagnostic

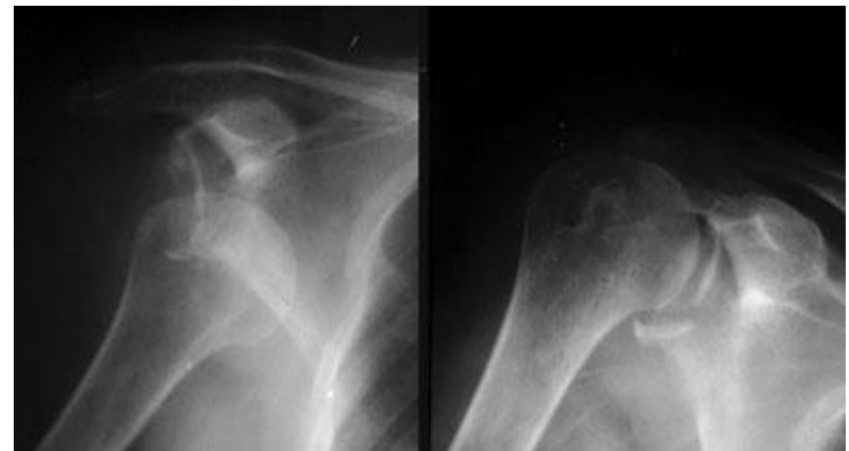
- Clinique
 - Interrogatoire : mécanisme, impotence, douleur
 - Inspection : bras en abduction et rotation externe , déformation caractéristique en coup de hache externe
 - Palpation : vide sous acromial, comblement du sillon delto pectoral, vacuité de la glène
 - Lésions associées : vasculo nerveuse avec recherche des pouls et examen du territoire du nerf axillaire, coiffe des rotateurs



LUXATION DE L'ÉPAULE

Paraclinique

- Radiographies standards : face et profil de Lamy
 - Vacuité de la glène
 - Disparition de l'interligne articulaire
 - Superposition de la tête avec d'autres structures osseuses
 - Bilan des lésions associées
 - Encoche de la tête humérale
 - Fracture du trochiter
 - Fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus
 - Fracture de la glène



LUXATION DE L'ÉPAULE

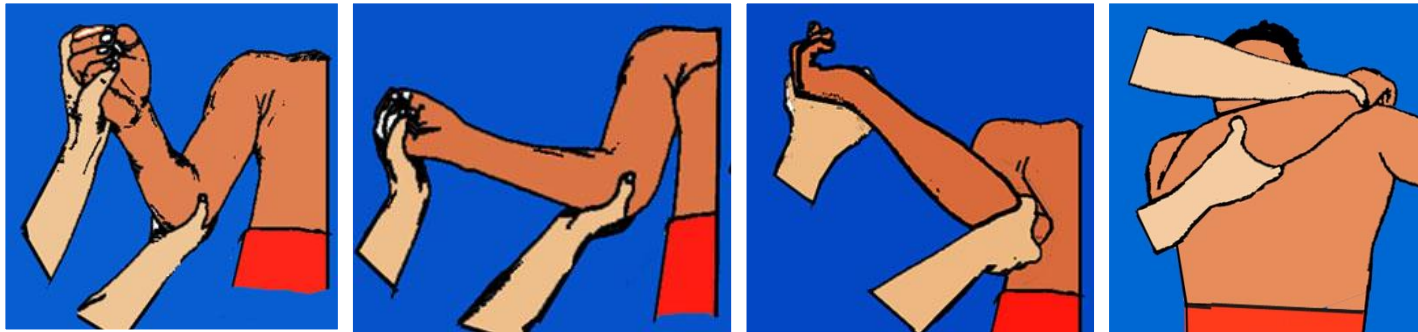
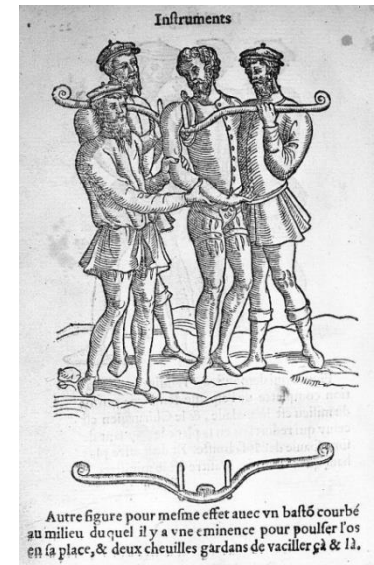
Evolution

- Favorable
 - 95 % des cas
 - Immobilisation courte et rééducation bien menée
- Complications
 - Aiguës : vasculaire, nerveuse
- Secondaires
 - Instabilité antérieure chronique
 - Surtout si patient jeune au premier épisode
 - Clinique : laxité en tiroir antérieur et inférieur, tests d'appréhension
 - Imagerie : arthroscanner +++ pour évaluer les lésions associées
 - Traitement chirurgical +++
 - Raideur d'épaule
 - Impose une immobilisation courte et une bonne rééducation
 - Association fréquente à une algodystrophie

LUXATION DE L'ÉPAULE

Traitement

- Orthopédique
 - Réduction
 - Après élimination d'une fracture : radiographie obligatoire
 - Manœuvres externes douces : traction axiale, rotation externe et abduction
 - Immobilisation
 - Attelle coude au corps
 - Contrôle radio post réduction (médico légal)
 - Durée de 3 semaines avec début précoce de la rééducation passive

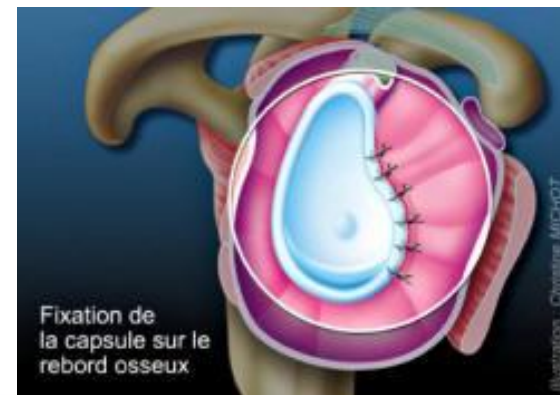


LUXATION DE L'ÉPAULE

- Chirurgical

Souvent après récidence

- Réduction à ciel ouvert (*rarement*)
 - Situation de luxation irréductible
 - Lésions associées
- Butée d'épaule de Latarjet
 - Instabilité antérieure chronique
 - Augmentation de la surface de la glène
- Capsulomyorraphie de Bankart
 - Instabilité antérieure chronique
 - Retension des tissus périphériques



Université Claude Bernard Lyon 1



Réalisation technique : **Service ICAP - Université Claude Bernard Lyon 1**
Soutien financier : **Région Rhône-Alpes** dans le cadre de l'**UNR-RA**