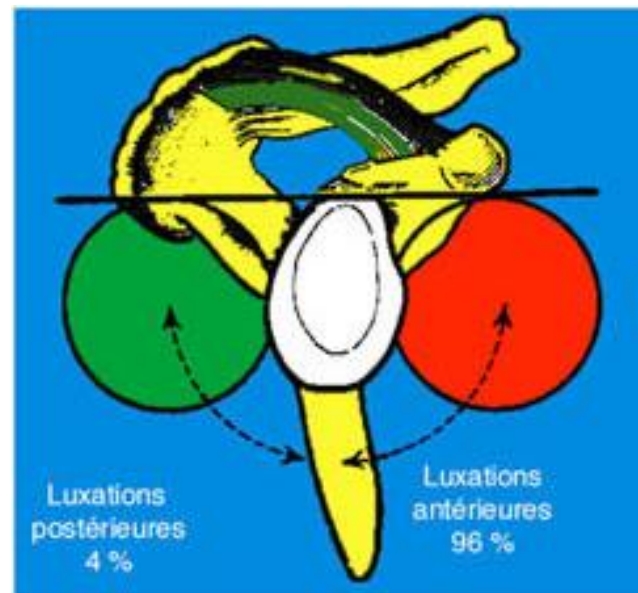
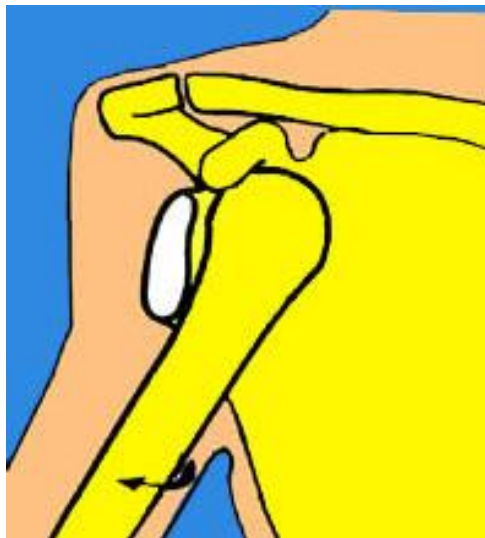


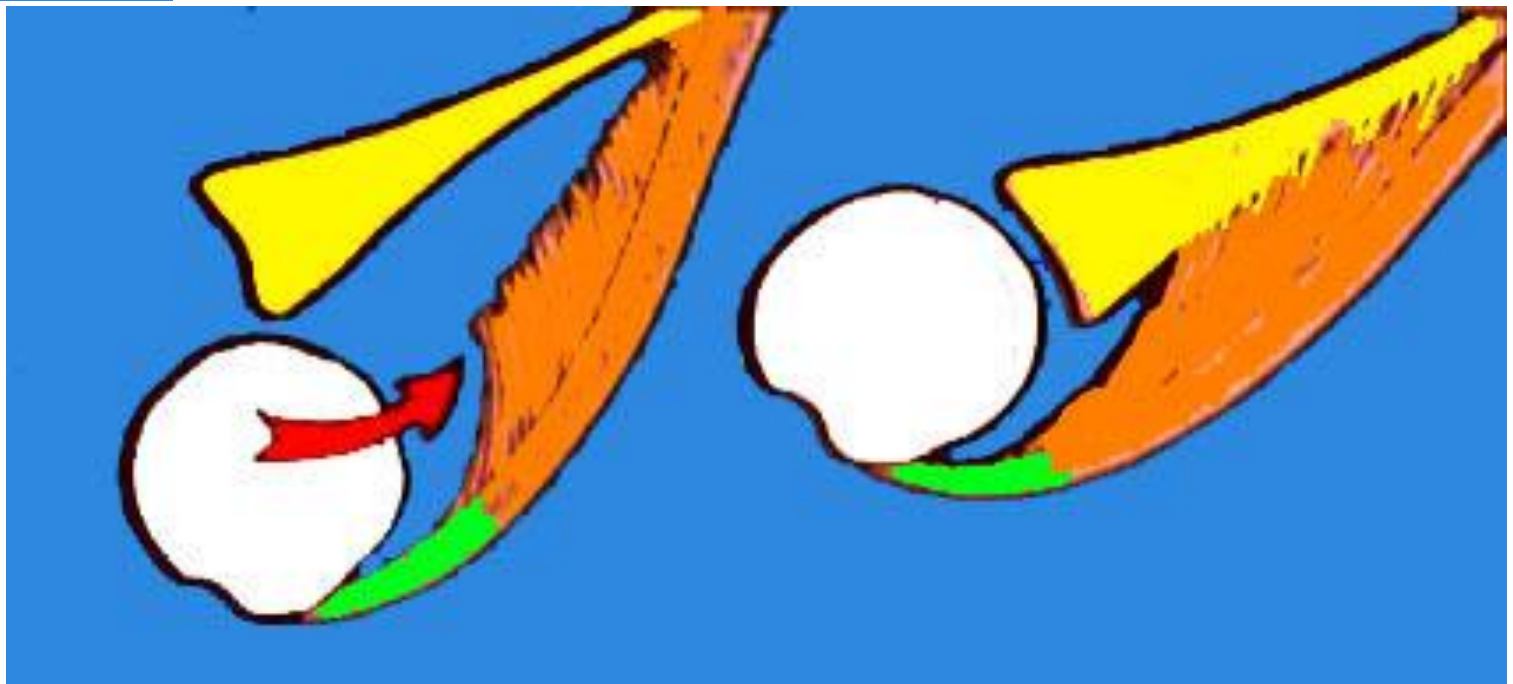
LES LUXATIONS DE L'ÉPAULE

- Il s'agit d'une perte de contact entre la tête humérale et la glène de l'omoplate.
- La luxation se fait le plus souvent en avant et rarement en arrière. Exceptionnellement, elle survient en bas et le bras est bloqué en abduction : c'est la luxation erecta.



1 – Luxation antérieure de l'épaule

- * Mécanisme : le plus souvent, il s'agit d'une chute sur la main avec rotation externe du bras.
- * La luxation antérieure est rare chez l'enfant qui se fracture plutôt l'humérus, elle est plus fréquente chez l'adulte jeune et le vieillard.
- * Les lésions: la tête tourne en dehors et sort de la glène, elle vient se loger en avant de l'omoplate.
- Ce déplacement implique des lésions capsulo-ligamentaires importantes. La capsule se déchire à son insertion sur le bord de la glène et lèse le bourrelet glénoïdien. La capsule peut aussi se décoller en arrachant le périoste en avant de l'omoplate et garde ainsi une continuité capsulo-périostée qui permettra une meilleure cicatrisation après la réduction de la luxation.



- Les vaisseaux axillaires peuvent être comprimés de même que les éléments du plexus brachial, ce qui nécessite une réduction d'urgence. Ils ont pu également être étirés pendant le traumatisme.
- La lésion du nerf circonflexe est la plus classique avec une anesthésie cutanée du moignon de l'épaule et une paralysie du deltoïde (dont le diagnostic n'est possible que secondairement).



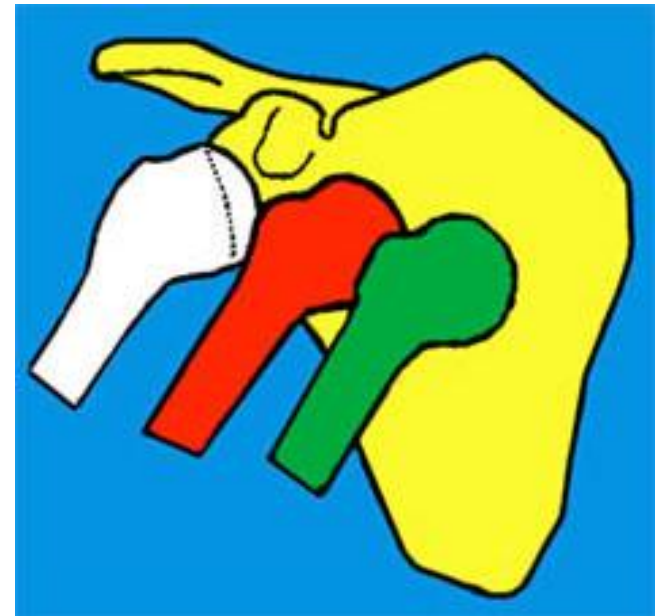
- Lors d'une luxation antérieure, des lésions des vaisseaux axillaires et du plexus brachial sont possibles (circonflexe ++)
- Il peut y avoir des lésions de la coiffe des rotateurs de l'épaule avec des ruptures des différents tendons. La lésion la plus fréquente est une rupture du sus-épineux ou une fracture du trochiter.

CLINIQUE

- Examen d'une luxation antérieure de l'épaule
- Le blessé se présente dans l'attitude classique des traumatisés du membre supérieur (tenant son bras avec l'autre main).
- - L'épaule est douloureuse aux tentatives de mobilisation.
- - La déformation peut être évidente avec la saillie de la tête humérale en avant et la saillie externe de l'acromion en dehors : signe de l'épaulette. Le bras est en abduction et en rotation externe.
- - La palpation recherche :
- - la saillie de l'acromion,
- - la vacuité de la glène,
- - la saillie de la tête humérale en avant. On peut mobiliser doucement le bras pour mieux sentir la tête et sa position (impossible à confondre avec 1 luxation post).
- - Rechercher systématiquement le pouls radial (compression de l'artère axillaire par la tête).
- - Penser à rechercher des troubles de la sensibilité du nerf circonflexe et du nerf radial.

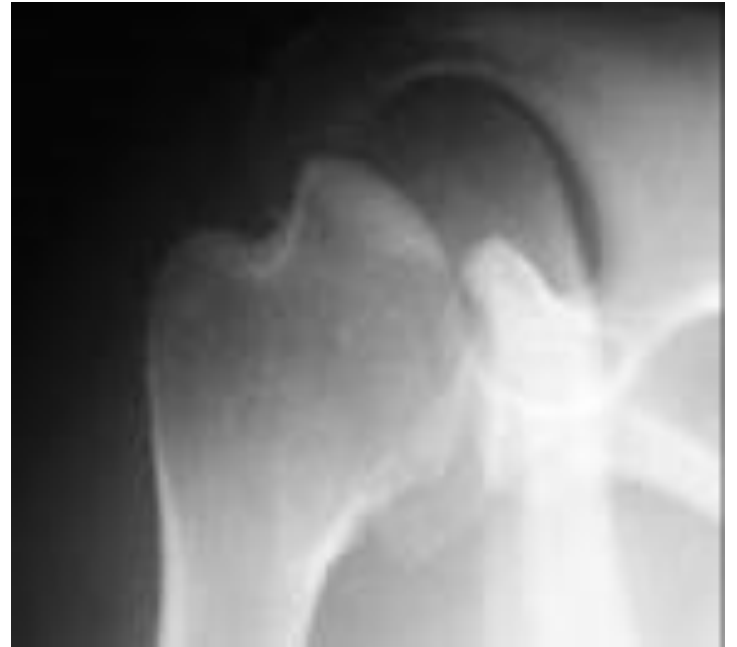
RADIO

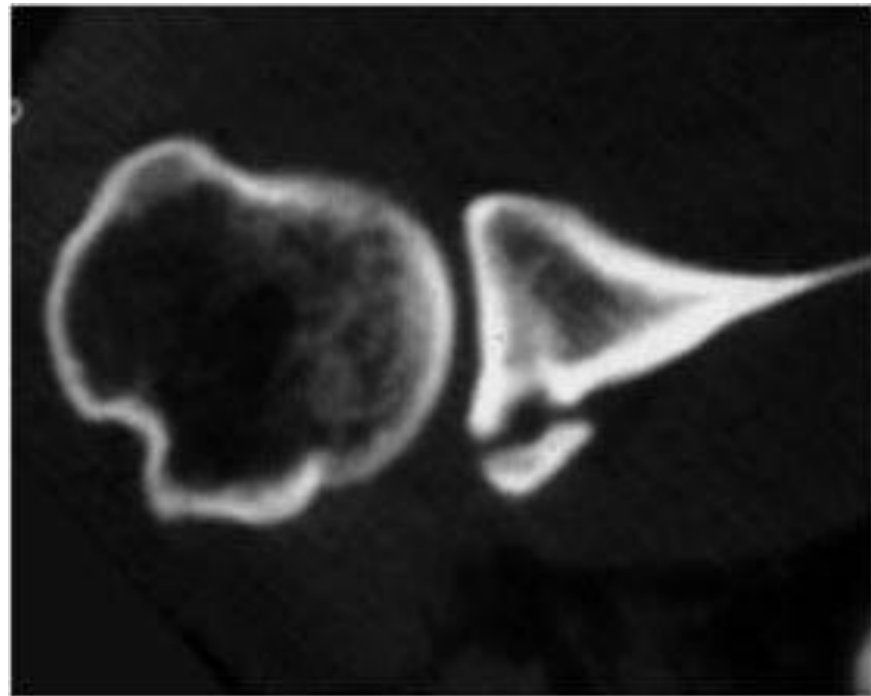
- De face : elle montre la tête en dedans et l'importance du déplacement. En effet, la tête peut être devant la glène, sous la coracoïde, ou encore plus en dedans.





- De profil : l'incidence classique est impossible lorsque l'épaule est luxée, car la mise en abduction est très douloureuse. L'incidence de profil trans-thoracique est facile à réaliser mais elle difficile à interpréter en raison de nombreuses superpositions. L'incidence de Bloom et Obata est possible même quand le bras est solidarisé au thorax et elle convient bien à ces situations propres aux luxations antérieures et surtout postérieures.
- La radiographie permet surtout de rechercher les fractures associées : fracture du trochiter, fracture
- du rebord de la glène, encoche de la tête et parfois fracture du col huméral.
- Ces lésions sont à rechercher sur les clichés faits avant et après réduction





TRAITEMENT

- La réduction de la luxation doit être entreprise d'urgence. 2 méthodes sont possibles :
- - La méthode progressive : elle peut être tentée sans anesthésie générale (après simple administration de calmants) et pourra réussir si elle est tentée précocement.
- - Commencer par tirer sur le coude, le bras étant collé au corps (1)
- - Tourner doucement en dehors jusqu'à 90° (2). La réduction se fait avec un déclic, sinon Mettre en adduction, le coude passe en avant du thorax (3) puis, Mettre en rotation interne (4).





- La réduction sous anesthésie générale. En cas d'échec de la méthode, on doit réduire sous A G.
- Il suffit de tirer en légère abduction avec une contre-extension sur le thorax fournie par un aide ou en faisant soi-même cette contre-extension avec son talon mis dans le creux axillaire



- - L'immobilisation se fait en position de rotation interne - coude au corps - avec une écharpe qui soutient le bras et un bandage de VELPEAU qui maintient le bras et l'avant-bras. La durée est de 15 jours à 3 semaines (Il faut "capitonner" le creux axillaire).
- La radiographie de contrôle après réduction doit être faite après la confection du bandage.
- L'évolution est le plus souvent simple avec une rééducation banale de l'épaule.



2- La luxation erecta

- Forme rare de luxation de l'épaule survenant au cours d'un traumatisme en abduction. La tête est sous la glène et le bras est en abduction (risque de compression des vaisseaux axillaires et des nerfs du plexus brachial). Réduction (très urgente) obtenue sous AG, en tirant le bras dans l'axe puis en adduction. Immobilisation avec un bandage de Velpeau, pendant 3 semaines.



3- Luxation postérieure de l'épaule

- Le traumatisme est habituellement une chute sur la main, le bras étant en rotation interne, ou un choc direct antérieur sur l'humérus. Les luxations postérieures peuvent survenir dans des circonstances particulières : électrocution ou lors de crises comitiales (ou des électrochocs).
- La tête humérale est déplacée en arrière, la mobilisation est impossible et très douloureuse.
- La palpation montre un creux antérieur et la saillie de la tête en arrière, avec un examen comparatif.
- La radiographie de face est très souvent difficile à interpréter et il faut savoir que la luxation postérieure constitue un des pièges les plus classiques du diagnostic radiologique. La tête peut en effet, donner l'impression d'avoir des rapports normaux avec la glène si on analyse mal les projections des rebords antérieur et postérieur de la glène et l'ombre de la tête humérale avec en plus l'ombre de l'encoche céphalique, qui est fréquente en avant de la tête. Tout peut dépendre de l'inclinaison des rayons par rapport à l'interligne articulaire (comme le montrent les différents schémas). Pour faire un profil sans abduction, on peut utiliser l'incidence de BLOOM-OBATA.



- Les lésions associées les plus fréquentes sont des encoches céphaliques antérieures et des fractures
- du rebord postérieur de la glène.



- La réduction est obtenue par une traction à 90° d'abduction en rotation externe et l'on peut s'aider d'une pression postérieure sur la tête. Si la stabilité est bonne, il suffit d'une immobilisation en simple bandage (Velpeau). Si la tête est instable, il faut immobiliser avec un appareil thoracobrachial en abduction de 60° + RE pendant 4 semaines (appareil plâtré ou préfabriqué et réglable).
- Attention à ne pas fracturer la tête ou le col, lors de la réduction



L'évolution des luxations postérieures se fait assez souvent vers la récurrence qui est facilitée par l'action des muscles rotateurs (en particulier le grand rond) et aussi par l'existence d'une encoche céphalique.

