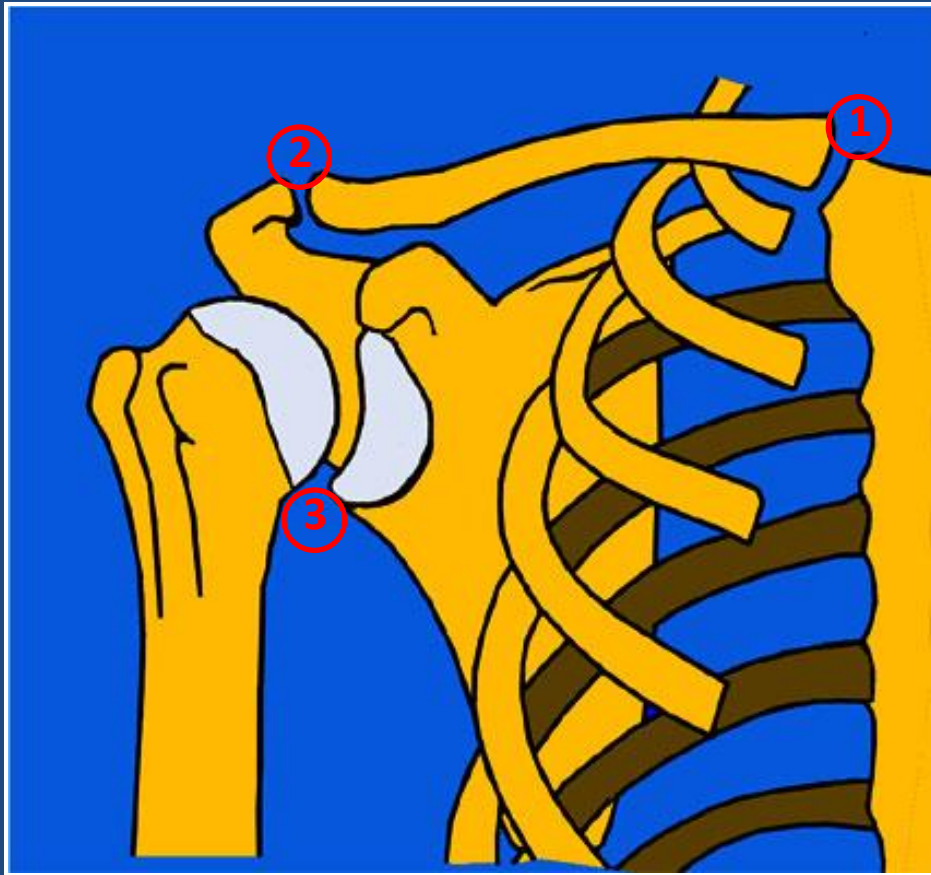


# Les luxations traumatiques de l'épaule

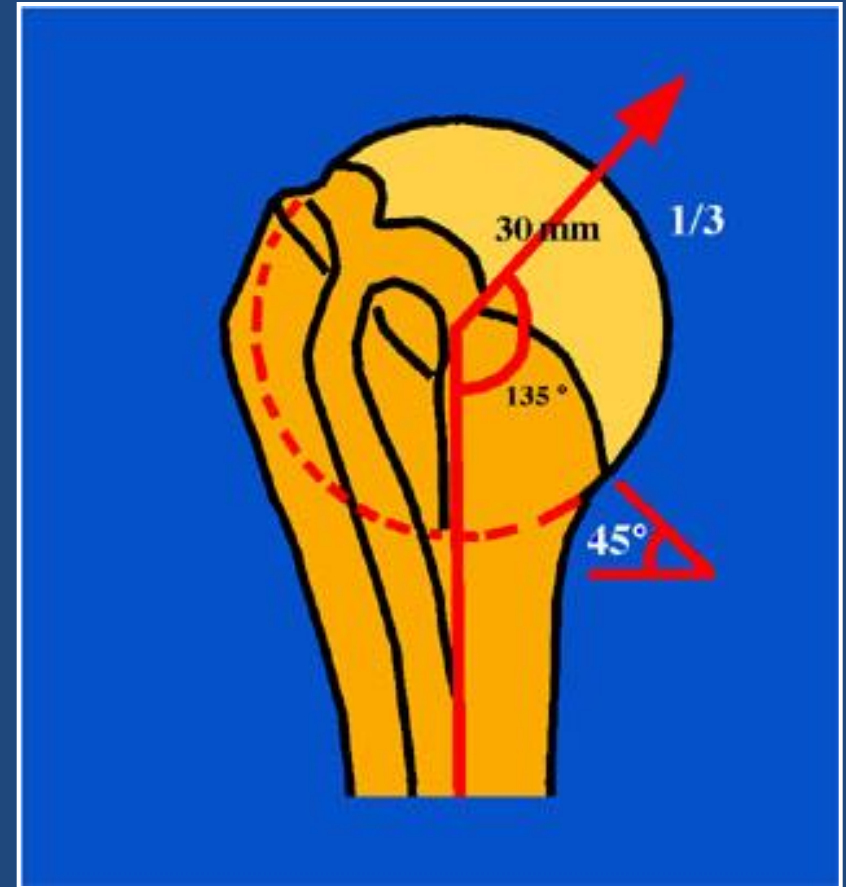
# Introduction

- Luxation scapulo-humérale = Perte du contact permanent entre la glène de l'omoplate et la tête humérale suite à un traumatisme
- Lésion fréquente touchant l'adulte jeune, sportif, rare chez le sujet âgé, exceptionnelle chez l'enfant
- Le traitement est essentiellement orthopédique
- L'évolution est dominée par la récurrence

# Rappel anatomique

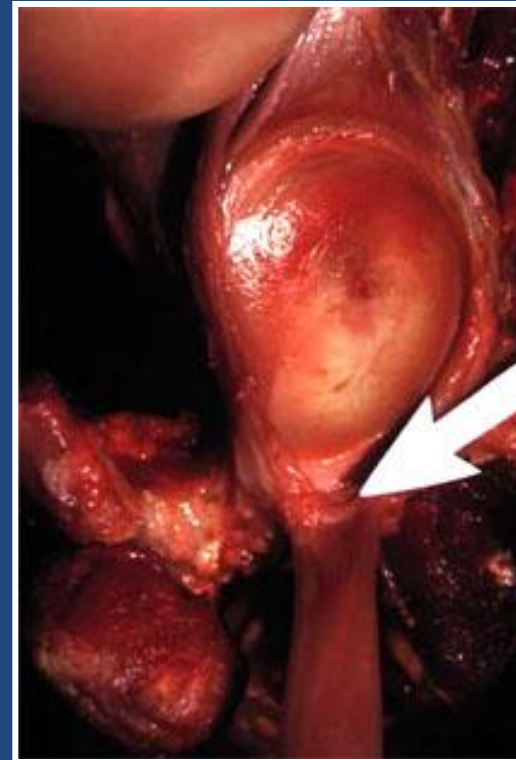
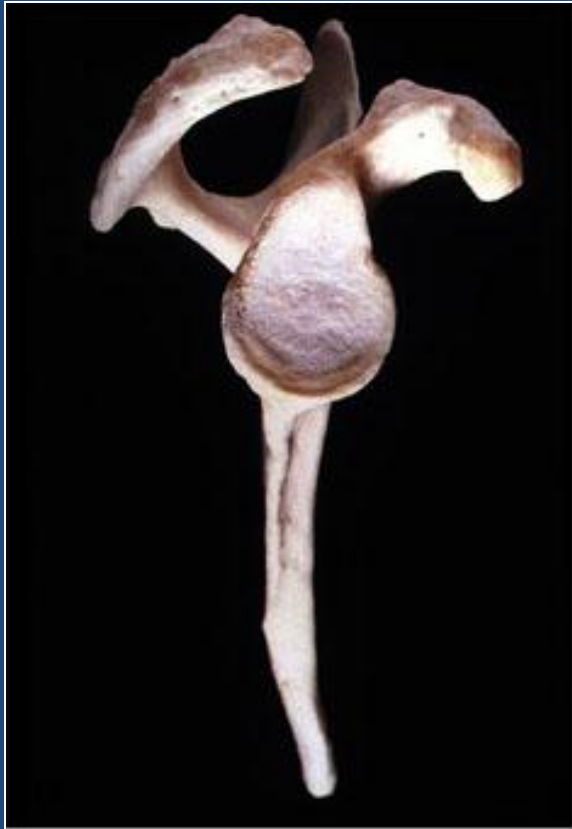


Épaule = Complexe articulaire unissant  
omoplate, clavicule et humérus



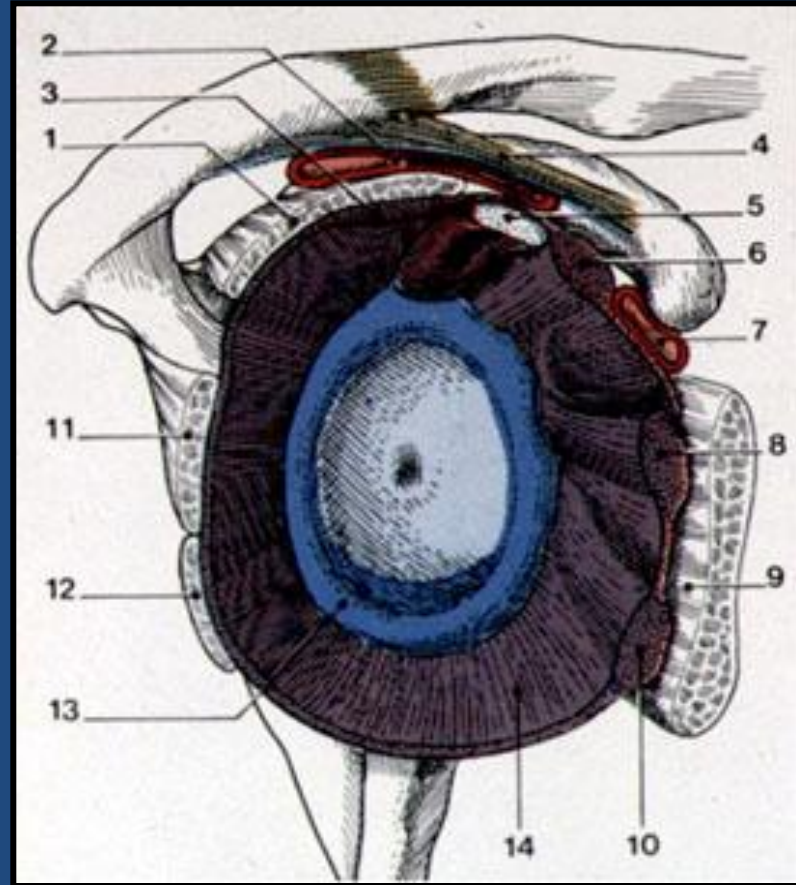
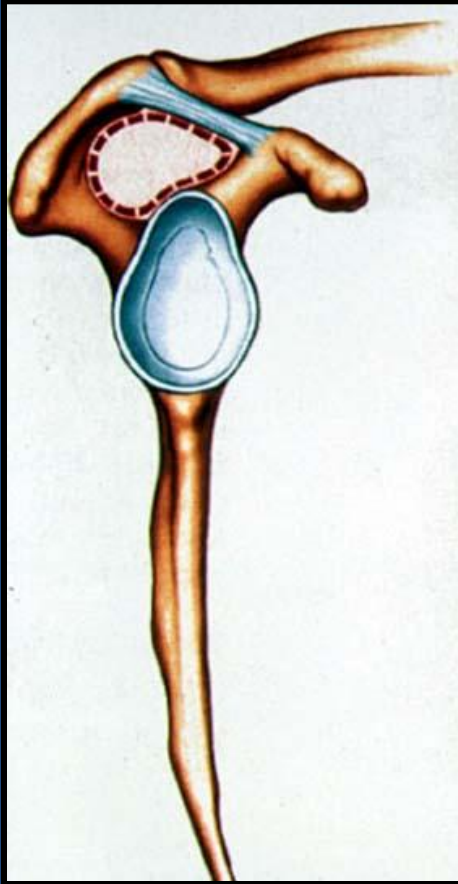
Extrémité supérieure = tête  
+ massif des tubérosités

# Rappel anatomique



La glène est plate, sa concavité est augmentée grâce au bourrelet glénoïdien.

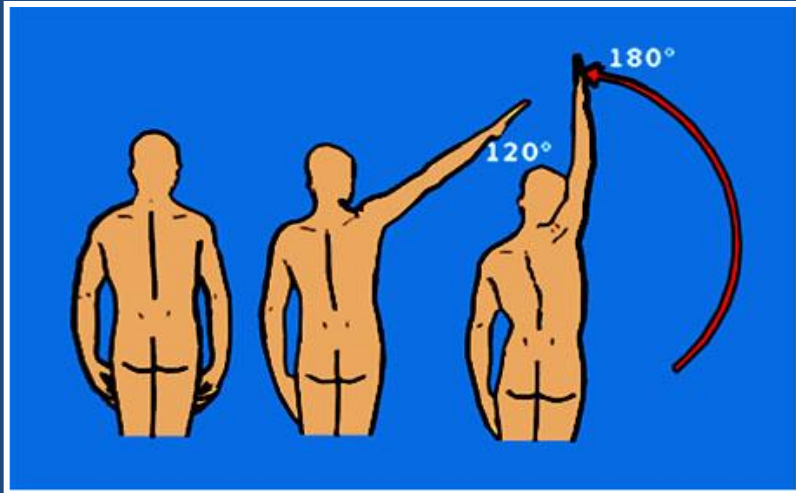
# Rappel anatomique



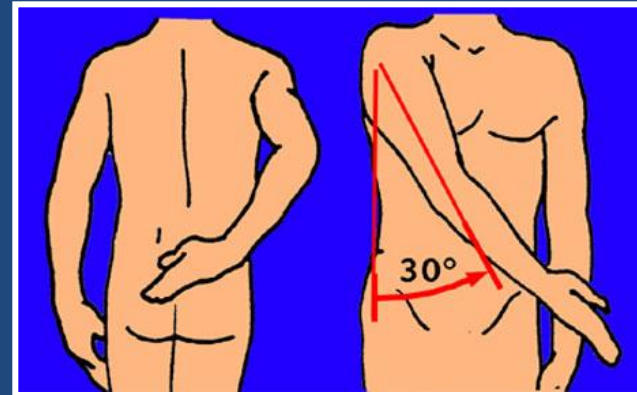
Articulation très lâche, sa stabilité est médiocre

Elle assurée par la capsule, les ligaments et les muscles péri-articulaires

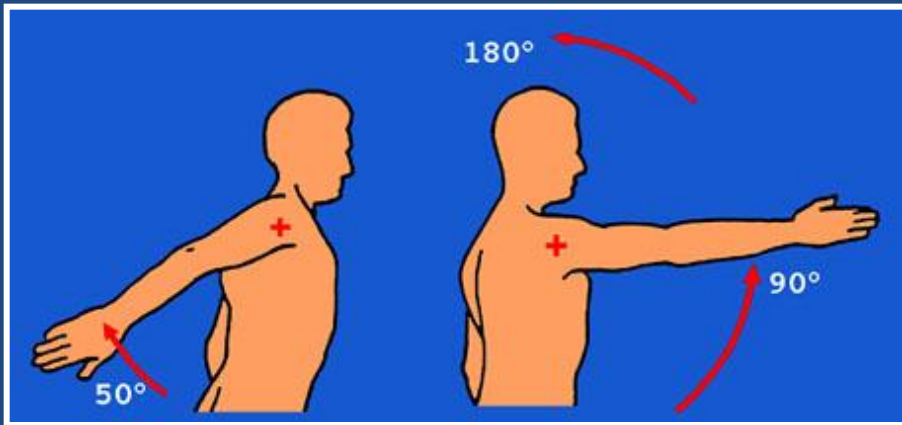
# Mobilité de l'épaule



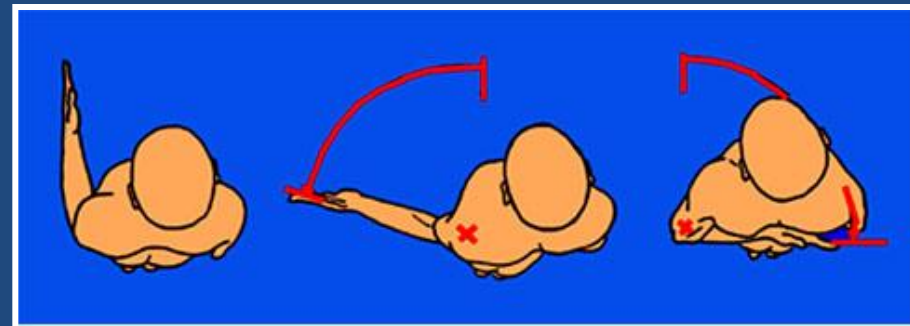
Abduction



Adduction



Rétropulsion / Antépulsion

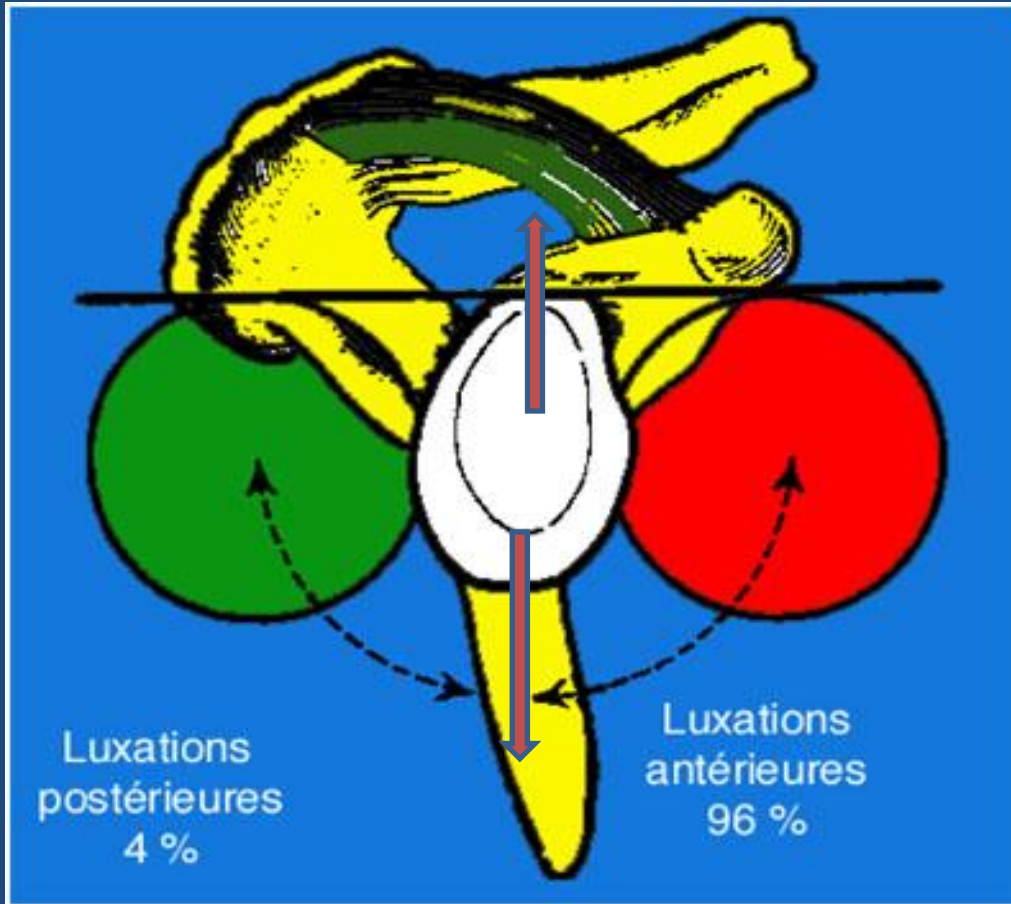


Rotations: Externe Interne

**Rotation complète = CIRCOMBDUCTION**



# Anatomie Pathologique



La tête humérale peut se déplacer:

Vers le haut

Vers le bas

EXCEPTIONNELLES

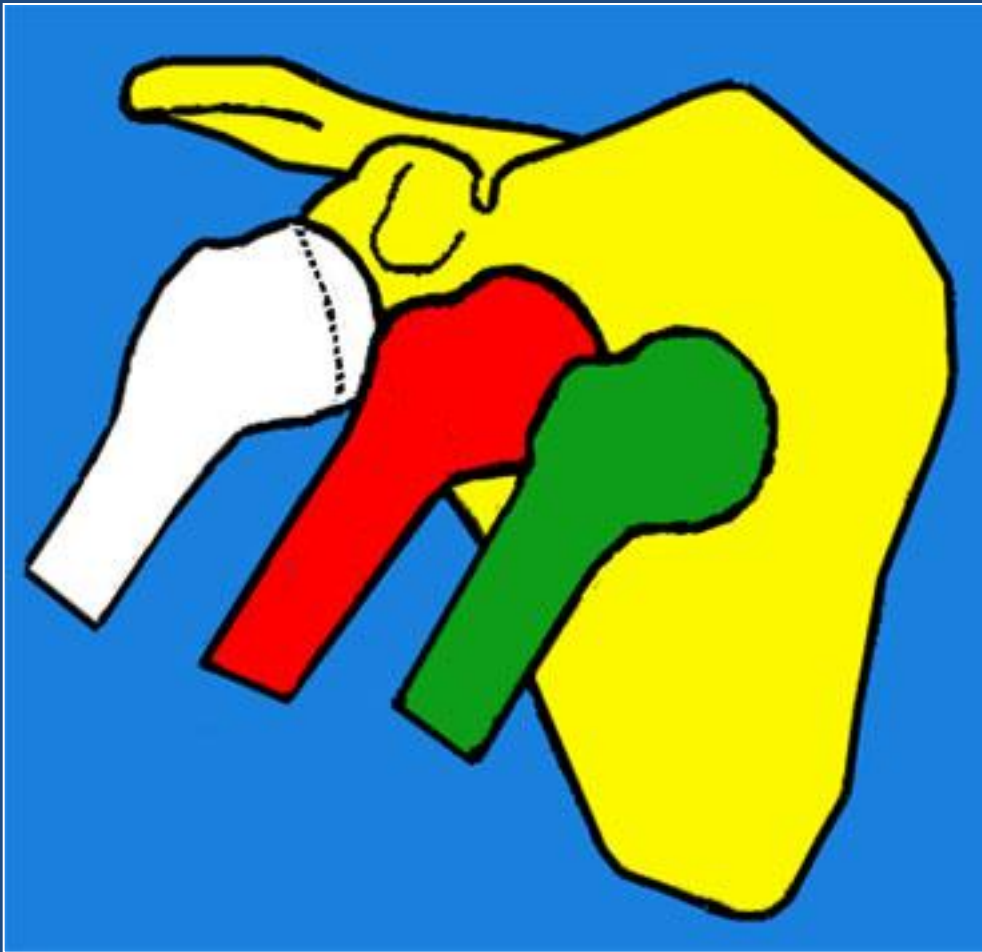
En avant

TRES FREQUENTES

En arrière

RARES

# Luxations antérieures de l'épaule



96 %

4 variétés selon la position de la tête humérale/ à l'apophyse coracoïde:

- Extra-coracoidienne
- Sous-coracoidienne +++
- Intra-coracoidienne
- Sous-claviculaire



# Lésions lors de la luxation Ant-int

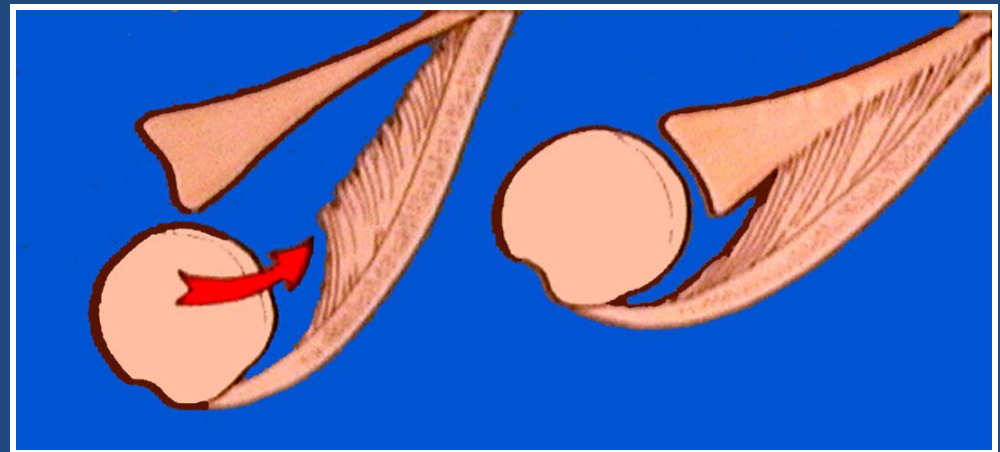
## Lésions constantes

- Rupture de la capsule ligamentaire
  - soit déchirure à son insertion
  - soit décollement avec le périoste de l'omoplate
- Lésion du bourrelet



## Lésions associées

- Fract. du rebord de la glène
- Encoche céphalique
- Rupture de la coiffe
- Fracture du trochiter



# Luxations antéro-internes

## Mécanismes

- Chute sur la main ou le coude (Rotation externe + abduction + rétro-pulsion)

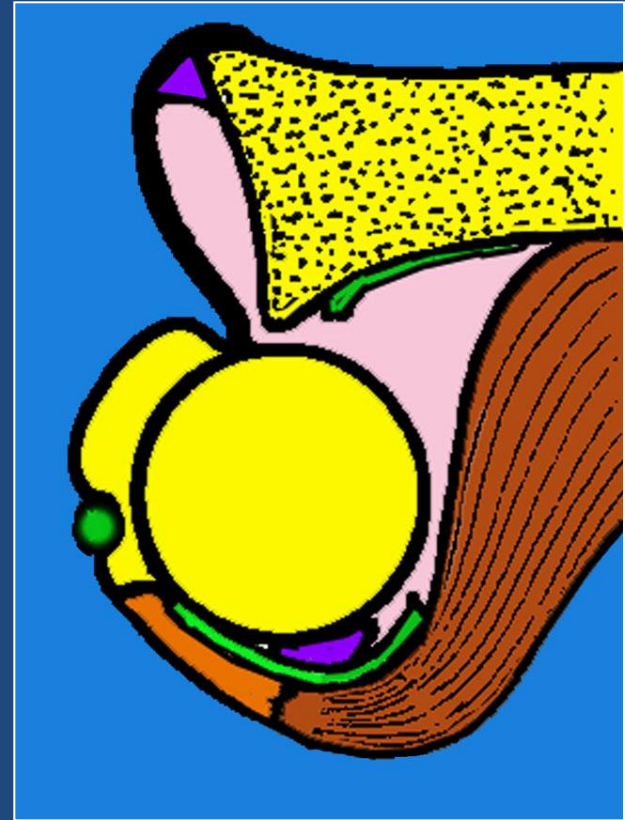
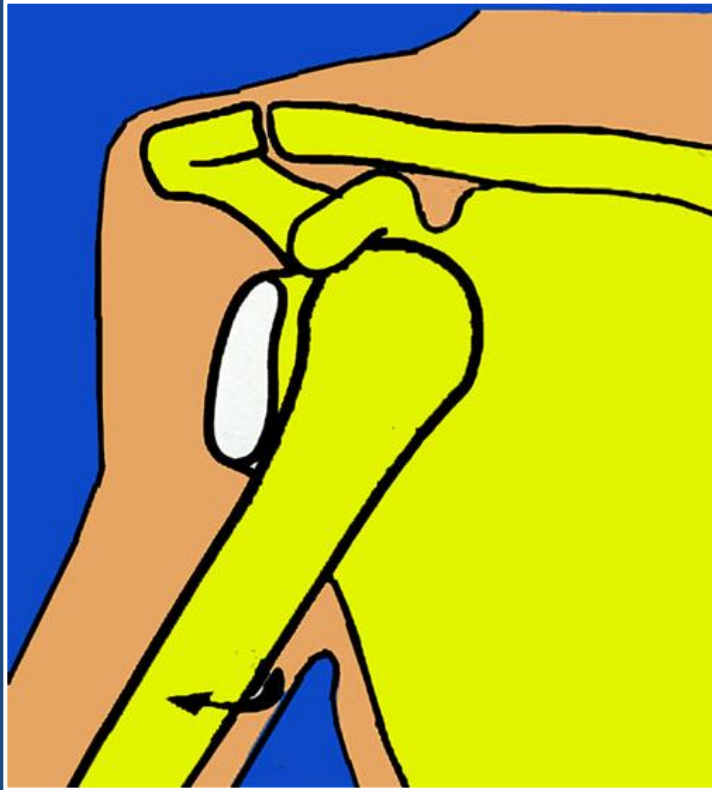


Parfois choc direct au niveau de l'épaule

Rareté chez l'enfant



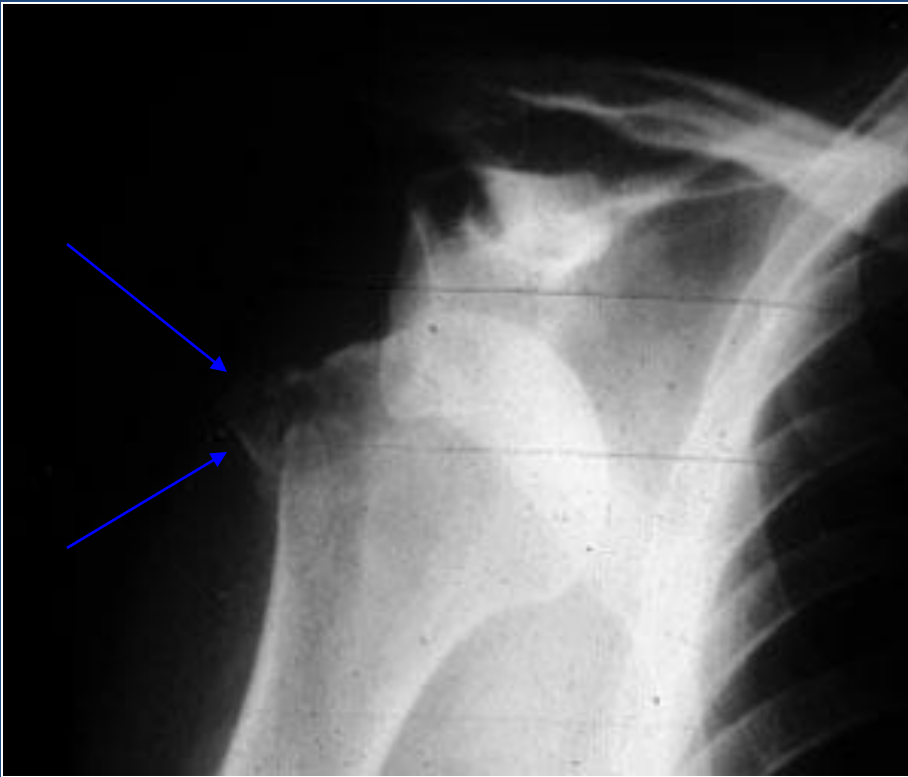
# Examen Clinique



Déformation caractéristique à l'inspection et à la palpation

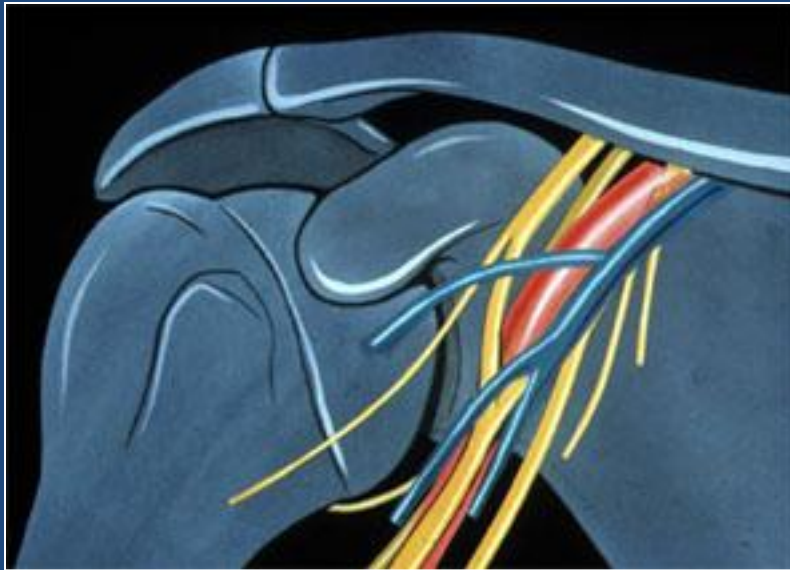
- Tête humérale en avant
- Saillie de l'acromion en dehors (signe de l'épaulette)
- Vacuité de la glène
- Bras en Abduction et en RE

# Radio de face

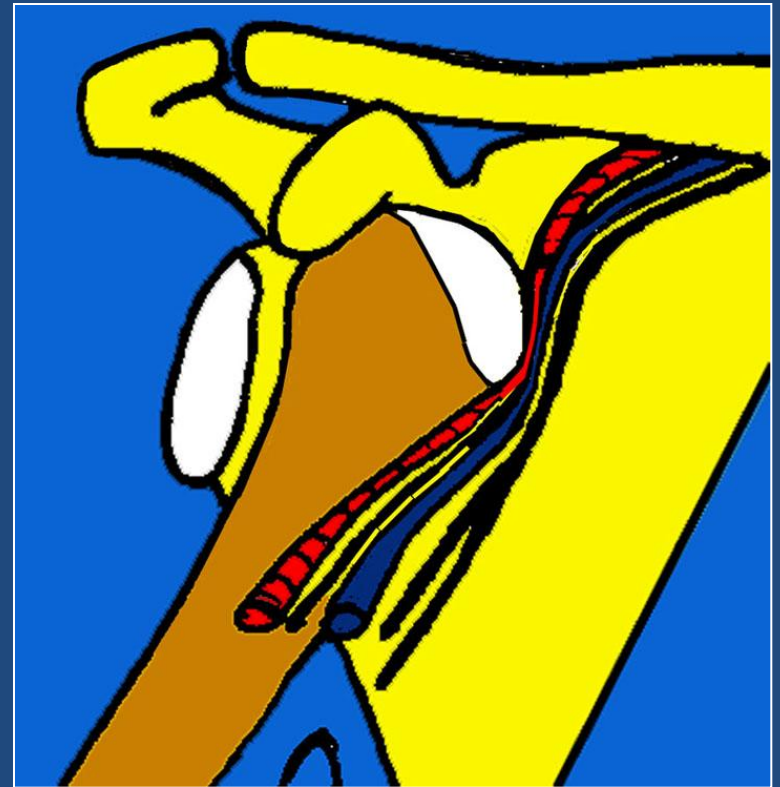


- La tête n'est pas en face de la glène
- Elle se projette en avant ou en dessous
- Dépister une lésion associée: fracture du trochiter et encoche sur la tête

# Complications précoces



Paralysie circonflexe



Lésions vasculaires axillaires

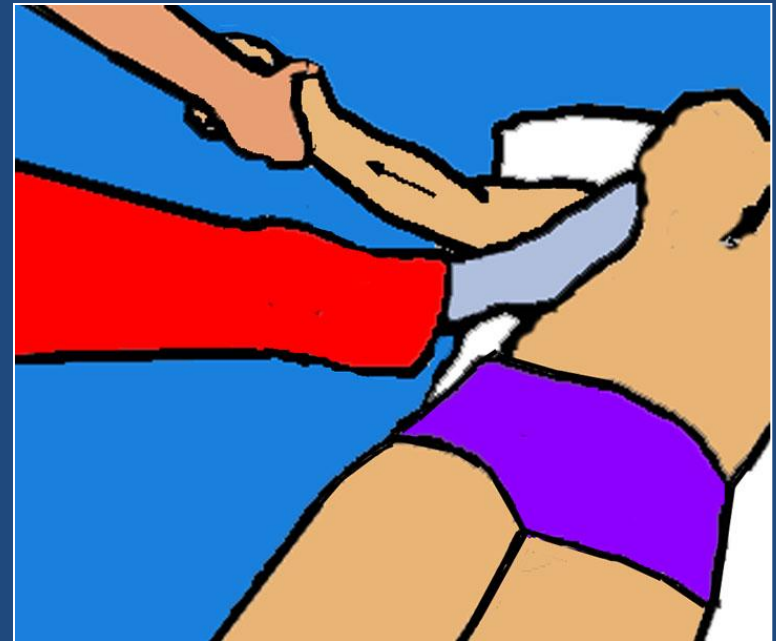
Plexus brachial



# Traitement des luxations antéro-internes

## En urgence :

- Réduction sous AG
- Traction dans l'axe du membre avec contre-appui dans l'aisselle (avec un aide de préférence)



La réduction peut être instable si fracture de la glène





**Faire toujours une radio de contrôle après réduction**

## Traitement des luxations antéro-internes

Confection d'un bandage coude au corps type Dujarrier



Durée d'immobilisation : 3 semaines

Puis rééducation douce et progressive

# Traitement des lésions associées

## 1/ Fractures du trochiter



Luxation + fracture du trochiter

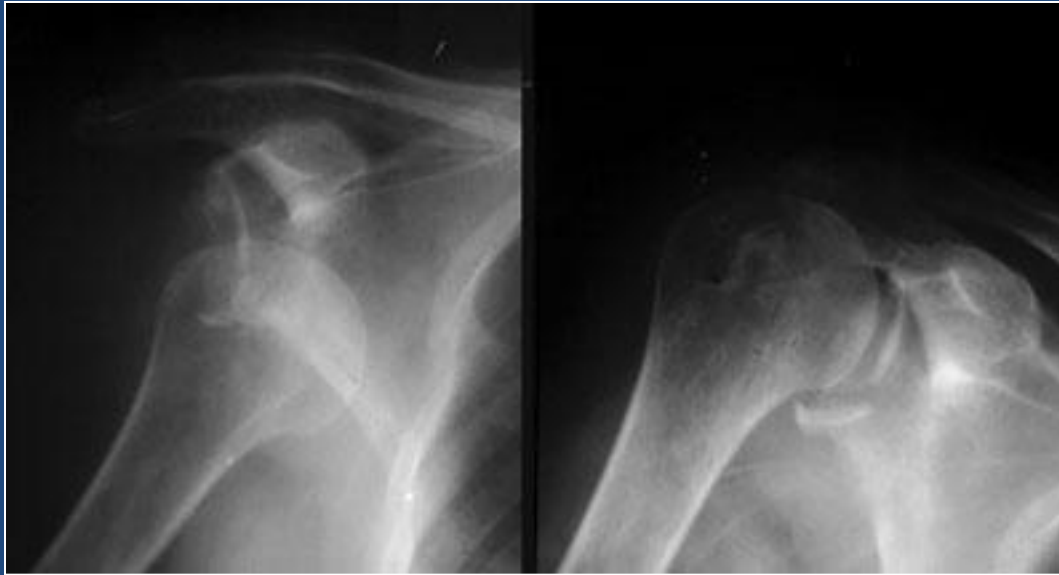


Après réduction vérifier le trochiter:

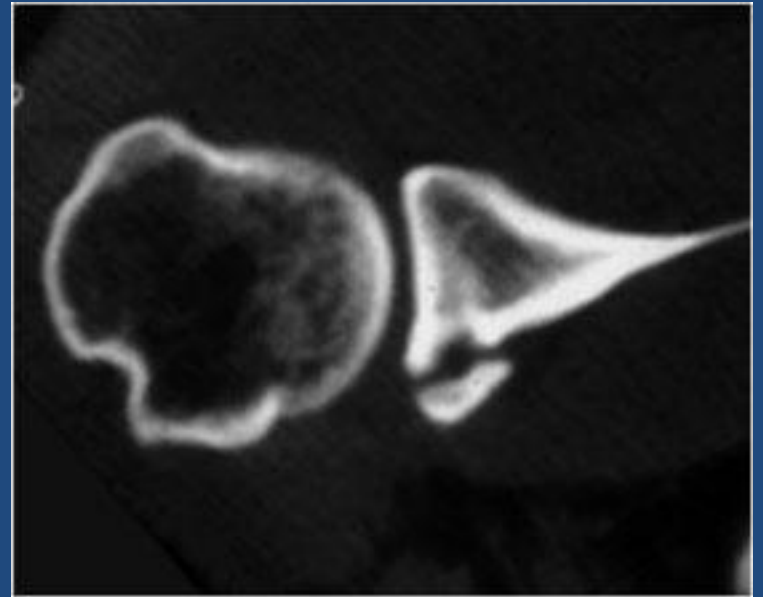
- Trochiter en place = TO
- Trochiter déplacé = TC



## 2/ Fracture antérieure de la glène



Le fragment de la glène reste déplacé après réduction de la luxation



Intérêt du scanner

**Traitement chirurgical**

### 3/ Encoche céphalique

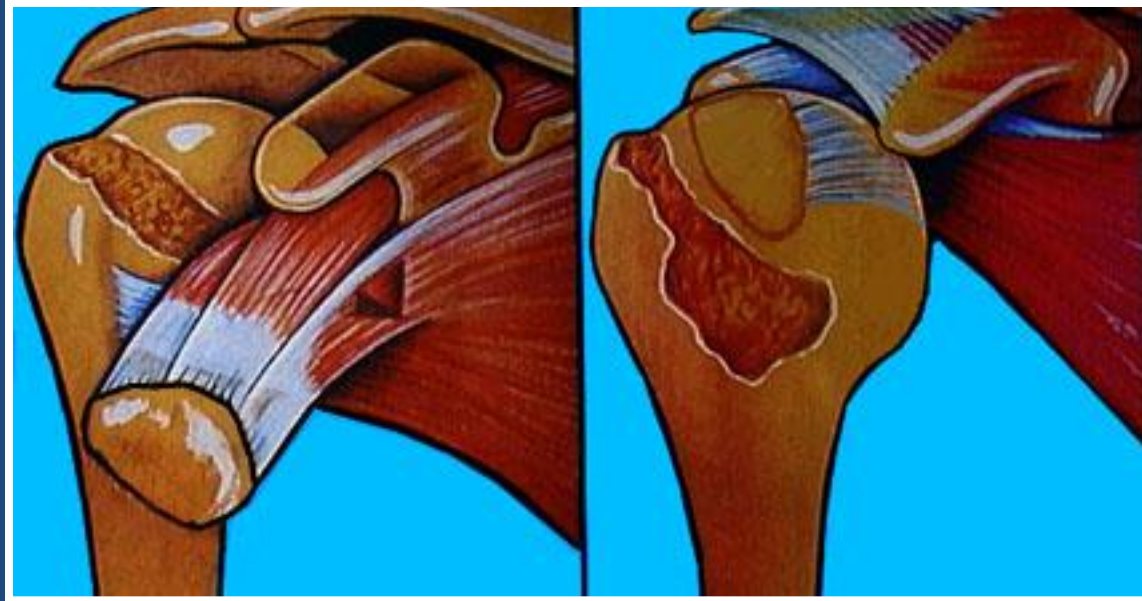


Après la réduction, l'encoche est visible sur une radio de face en RI

Ou sur un scanner

L'encoche céphalique peut faciliter les récurrences et s'aggraver lors des récurrences

## 4/ Fracture du trochin



Arrachement rare du trochin  
(sous-scapulaire)

**Traitement chirurgical (fixation du fragment)**

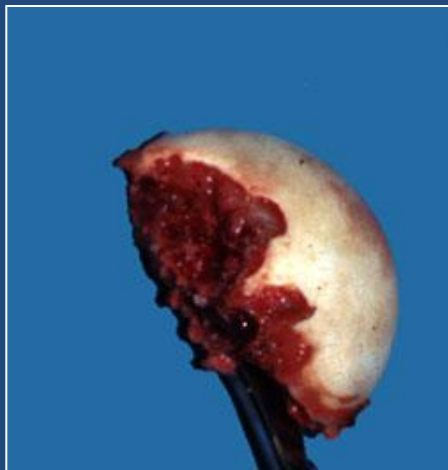
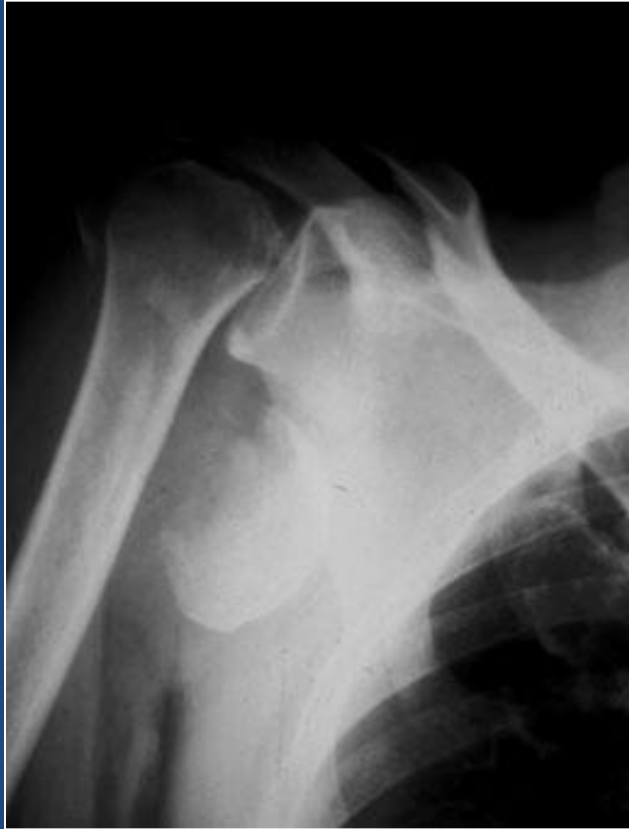


## 5 / Fractures-luxations



Réduction IMPOSSIBLE EST DANGEREUSE  
Chirurgie d'emblée

## 6/ÉNUCLEATION



Traitement chirurgical  
Réduction + Fixation des fragments

# Évolution des luxations antérieures

## Les luxations récidivantes sont fréquentes

- Intervalle libre variable
- Traumatismes parfois minimes ou simple RE et abduction
- Parfois luxations multiples réduites spontanément par le patient lui-même
- Leur traitement est chirurgical

# Les luxations postérieures

- Rares et souvent méconnues
- Terrain particulier(épilepsie- éthylysme..)
- Parfois bilatérales

# Luxation postérieure

## Mécanismes

Chute sur la main, bras en RI

Choc direct antérieur sur l'épaule

Crises comitiales, électrocution

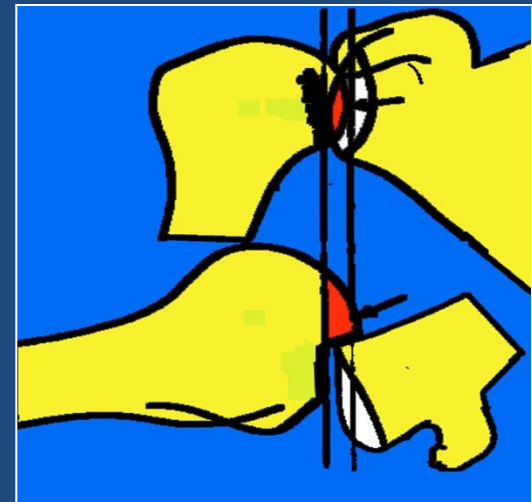


## Examen

La tête humérale est perçue en arrière

Il y a un creux en avant

Mobilisation en rotation externe: IMPOSSIBLE



# Luxation postérieure



Rx face: Double contour



Rx profil: difficile à faire

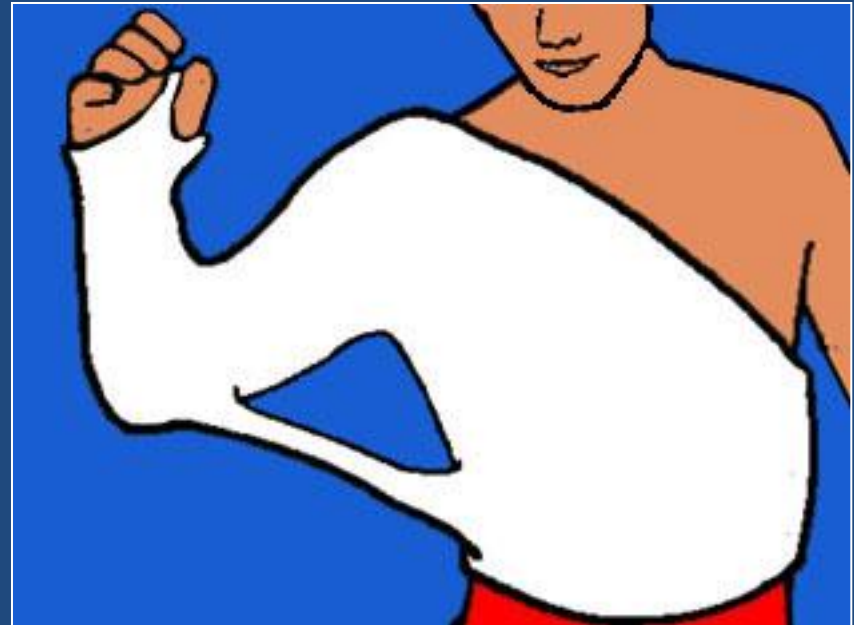
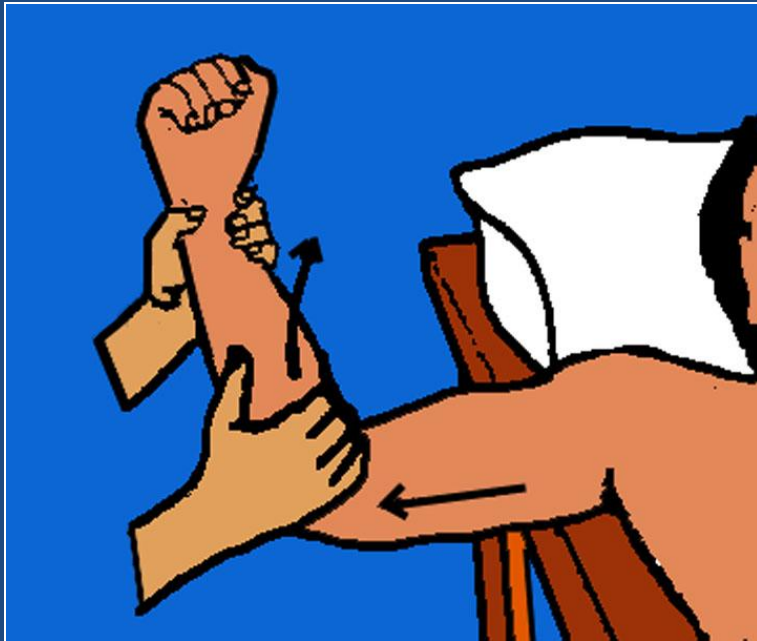


# Luxation postérieure



Encoche en avant de la tête

# Réduction de la luxation postérieure



TO

Réduction sous AG en urgence

Traction en abduction puis rotation externe

Immobilisation en légère abduction, antépulsion et légère rotation externe

TC: Réduction sanglante + Contention (luxation négligée)

# Conclusion

- Luxation antéro-interne scapulo-humérale = lésion fréquente de diagnostic aisé et de traitement facile
- Son danger réside dans son passage à l'instabilité chronique avec handicap fonctionnel
- La luxation postérieure est rare et son danger réside dans sa méconnaissance