

Diagnostic, bilan et techniques de réduction de la luxation antérieure aiguë de l'épaule



Christian Dumontier
SOS Mains Saint Antoine,
Paris



Les luxations ?

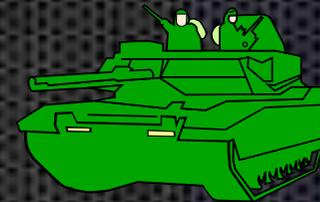
- ✦ Antérieure

- ✦ Sous-claviculaire ou intra-coracoïdienne

- ✦ Sous-coracoïdienne

- ✦ Extra-coracoïdienn

- ~~✦ Postérieure~~



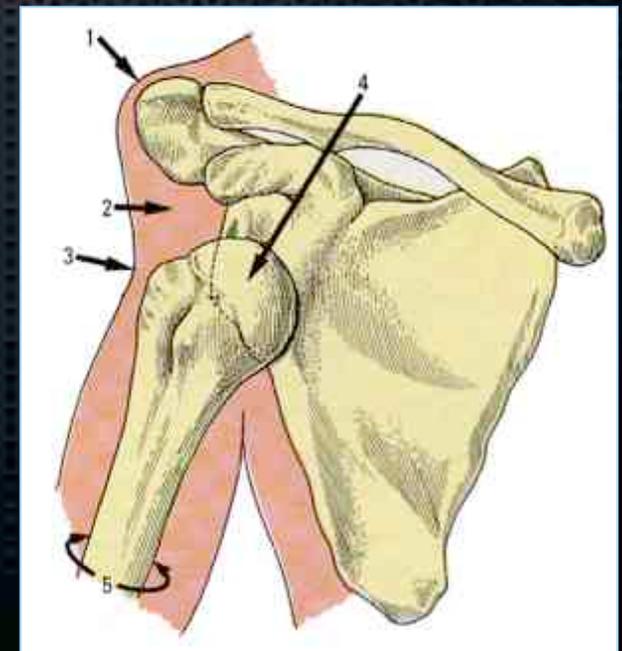
La luxation antéro-interne

- 45% de toutes les luxations
- Mécanisme
 - Mouvement d'abduction - rotation externe (chute sur la main)
 - Mouvement d'armé contrôlé
 - 27 / 100,000  22 / 100,000 



La luxation antéro-interne

- Douleur +++
- Impotence fonctionnelle
- Déformations



Inspection

- Comblement du sillon delto-pectoral



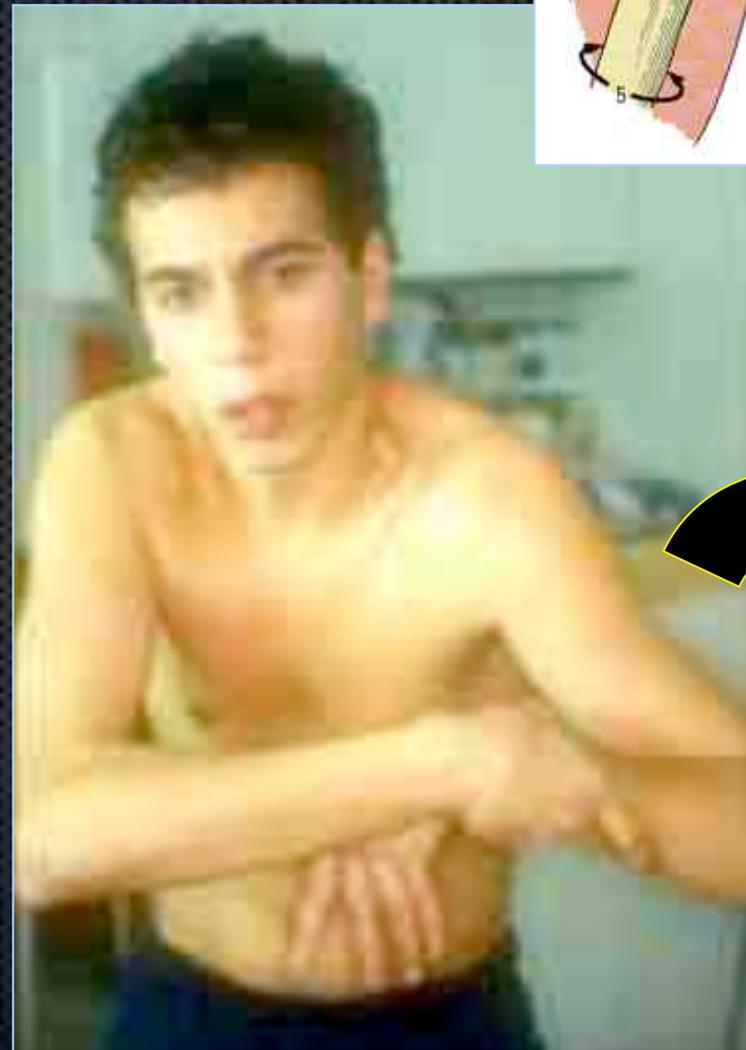
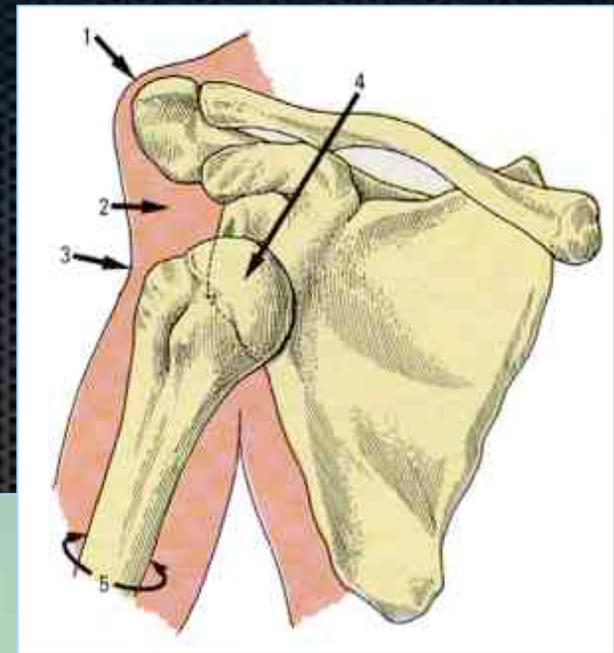
- Coup de hache externe



- Signe de l'épaulette

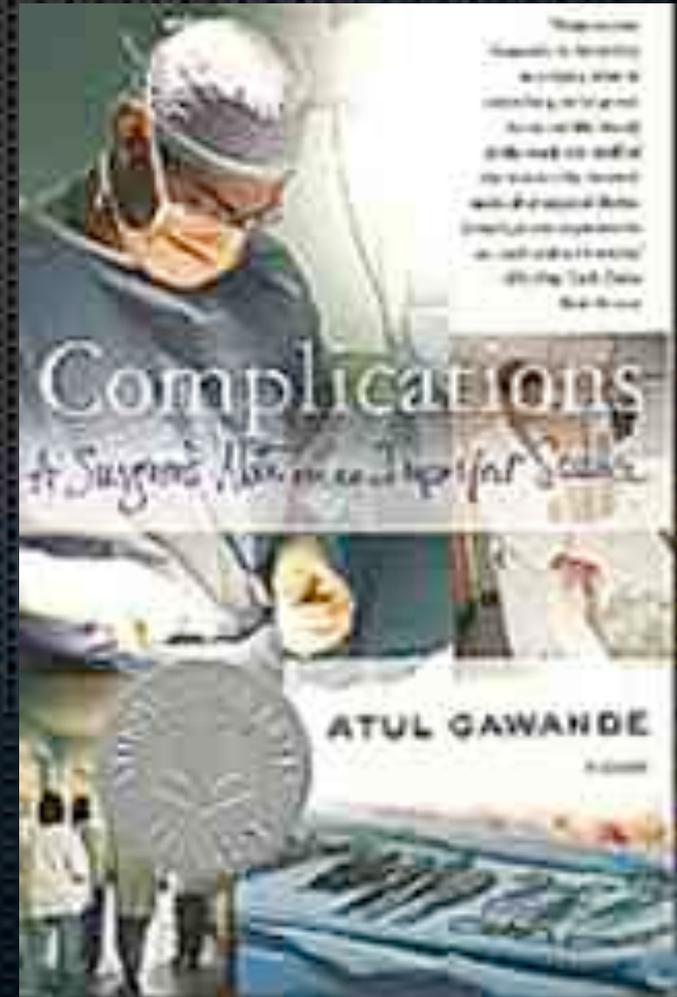
Palpation

- Abduction irréductible
- Vide sous acromial antérieur



Complications

- ✦ Vasculaires (rares)
- ✦ Neurologiques (fréquentes) +++
- ✦ Osseuses
- ✦ Tendineuses
- ✦ Iatrogènes !

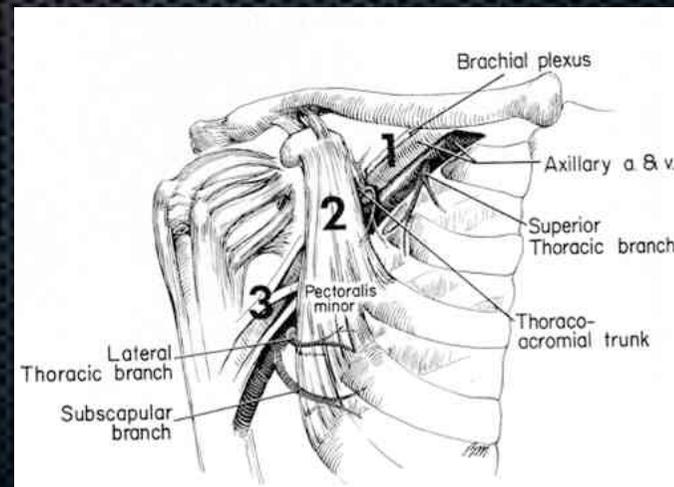




Bilan vasculaire



- ❖ Très rares, plus fréquentes chez les sujets âgés et dans les luxations erecta
- ❖ Le plus souvent compression simple avec récupération du pouls dès la réduction
- ❖ Sinon: Bilan artériel, 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 !

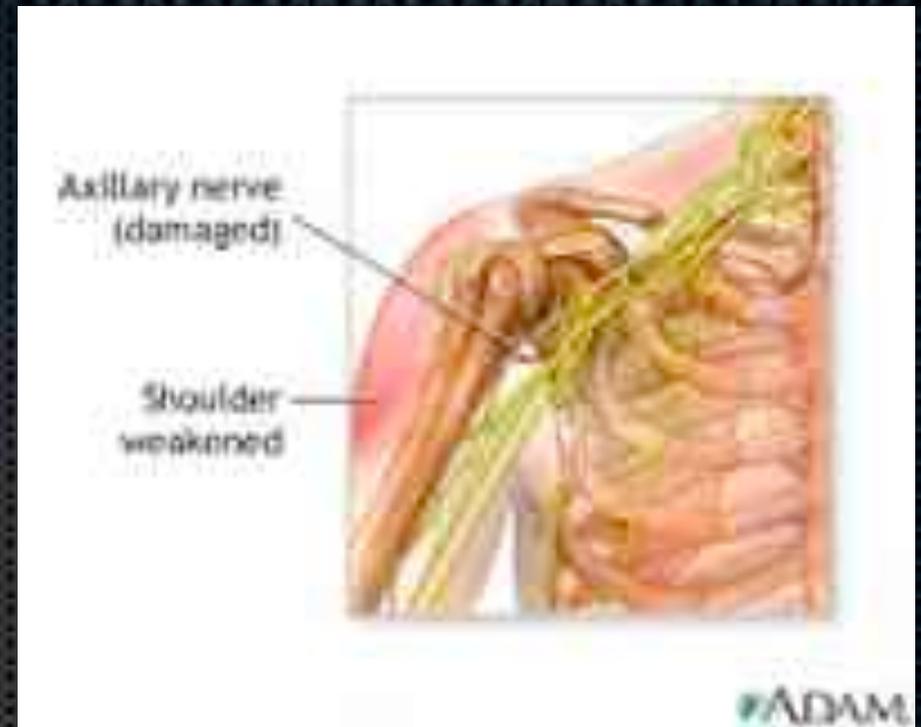


Diagnostic ?

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

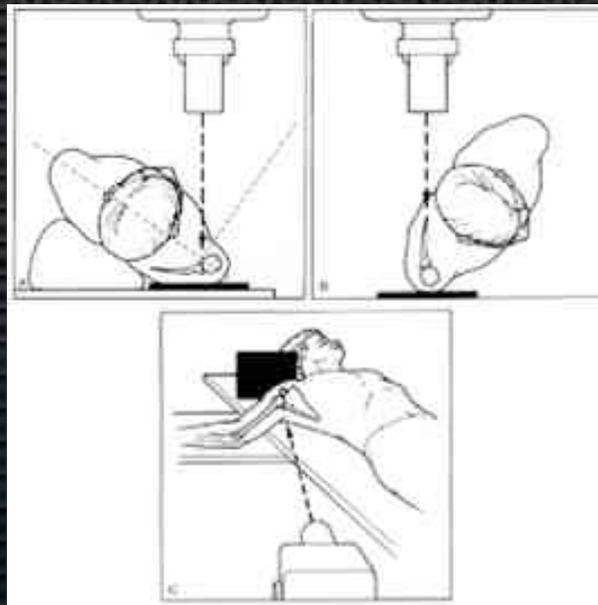
- ◎ La coiffe
 - ◎ 23% de lésions partielles dans les luxations des sujets de moins de 30 ans
 - ◎ 70% de lésions de la coiffe après 60 ans
(≈ population « normale » non traumatique)
- ◎ En pratique: Pas un problème, on s'en préoccupe si pas de récupération rapide

Les autres complications

- * La raideur post-traumatique (capsulite rétractile)
 - * Plus fréquente si immobilisation trop prolongée, sujet plus âgé, fracture associée
 - ➔ Pas d'immobilisation inutile +++

Quelles radios ?

- ✦ Un cliché de face
- ✦ Au moins un profil
 - ✦ Garth OU Profil d'omoplate OU Profil axillaire couché



Que cherche t'on ?

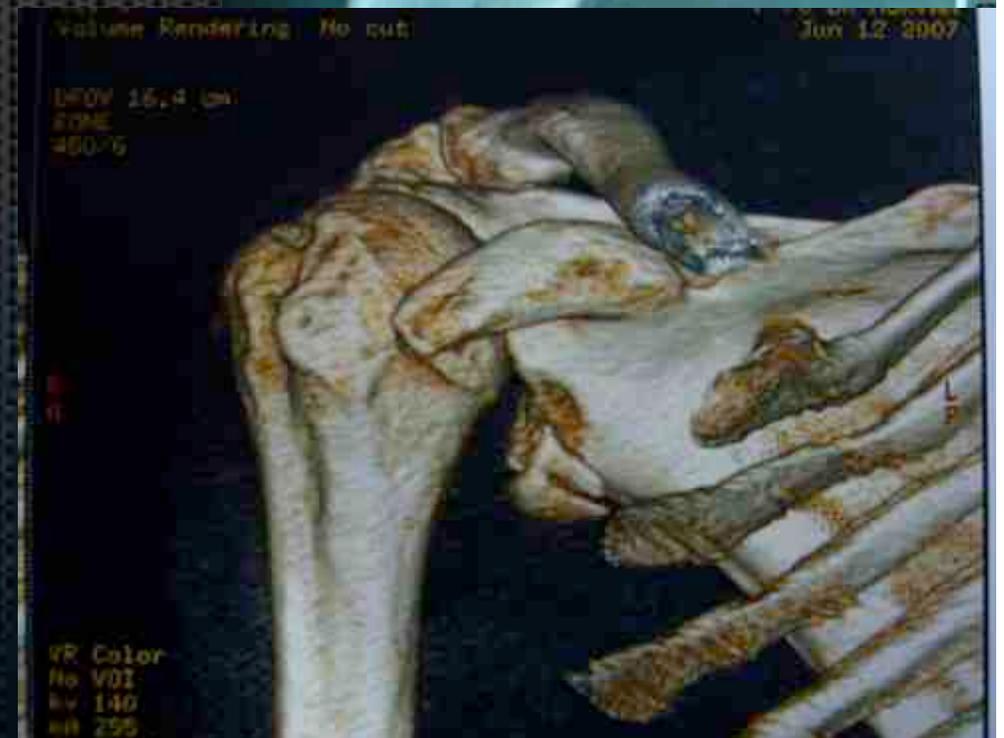


- Lésions de passage (Hill-Sachs)



Que cherche t'on ?

- ✦ Lésions de passage (Hill-Sachs)
- ✦ Lésions de la glène
- ✦ Fracture du trochiter
- ✦ Fracture de la tête ou du col



Que cherche t'on ?

- ✦ Lésions de passage (Hill-Sachs)
- ✦ Lésions de la glène
- ✦ Fracture du trochiter
 - ✦ Augmente le risque de raideur
 - ✦ Diminue le risque de récurrence
- ✦ Fracture de la tête ou du col



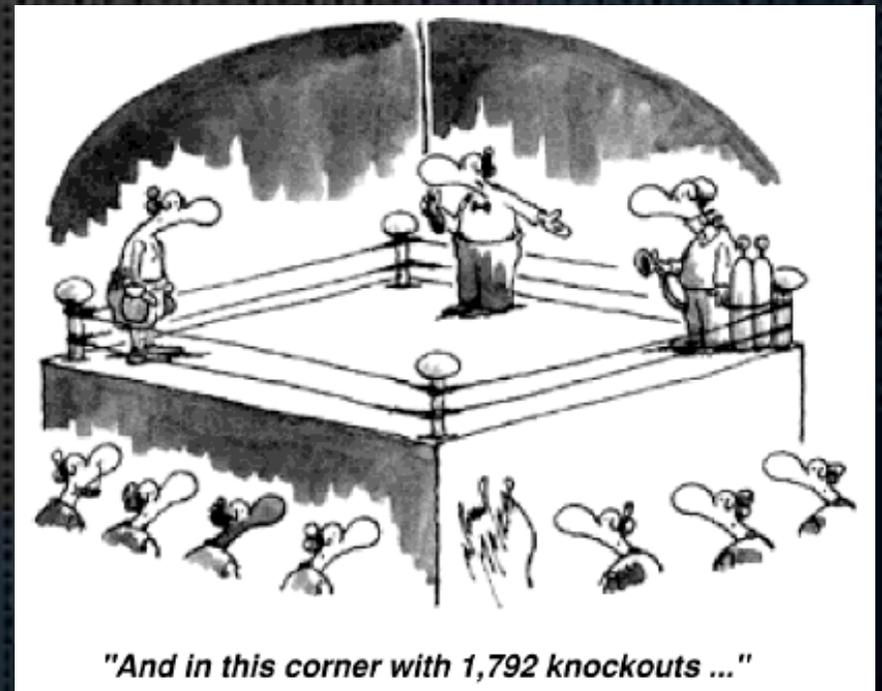
Que cherche t'on ?

- ✦ Lésions de passage (Hill-Sachs)
- ✦ Lésions de la glène
- ✦ Fracture du trochiter
- ✦ Fracture de la tête ou du col



Lesquelles sont réduites au bloc ?

- ✦ Si luxation > 24 heures
- ✦ Si luxation erecta
- ✦ Si fracture associée
- ✦ Si lésions vasculaires



Lesquelles sont réduites au bloc ?

- ✦ Si luxation > 24 heures
- ✦ Si luxation erecta
- ✦ Si fracture associée
- ✦ Si lésions vasculaires



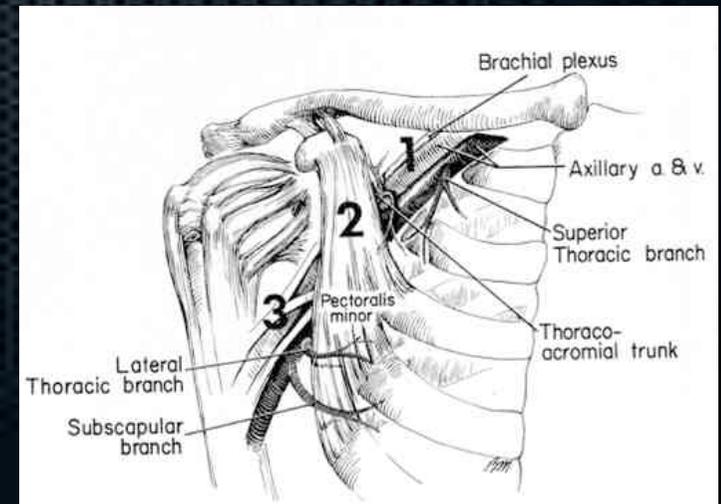
Lesquelles sont réduites au bloc ?

- ✦ Si luxation > 24 heures
- ✦ Si luxation erecta
- ✦ Si fracture associée (attention, bien regarder)
- ✦ Si lésions vasculaires



Lesquelles sont réduites au bloc ?

- ✦ Si luxation > 24 heures
- ✦ Si luxation erecta
- ✦ Si fracture associée
- ✦ Si lésions vasculaires



Techniques de réduction

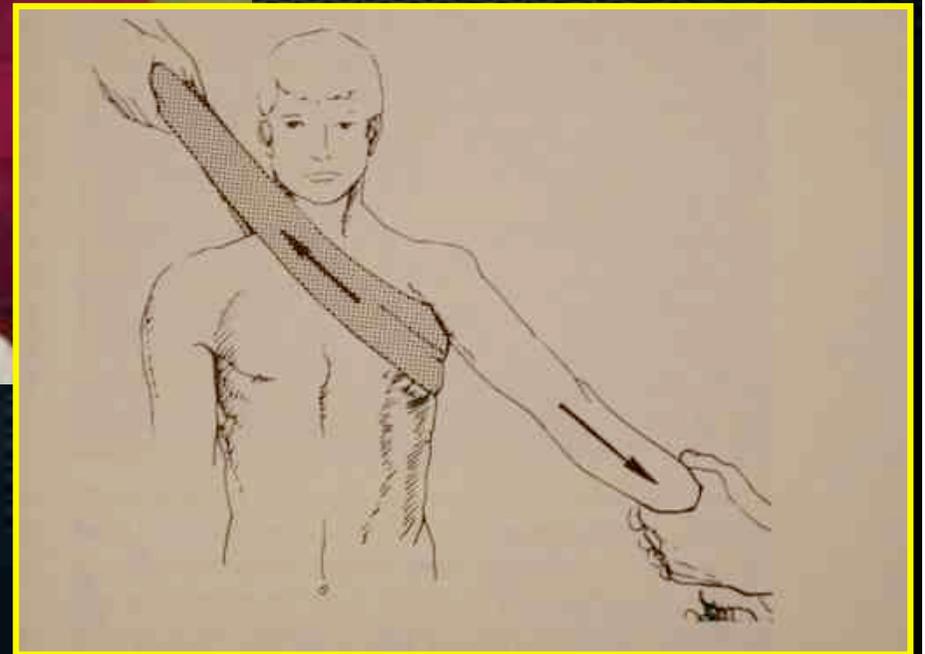
- Plusieurs décrites
 - Traction axiale
 - Mise du bras en abduction - rotation externe
 - Mobilisation de la scapula...
 - Rotation externe pure
- Toutes reposent sur le même principe: la douceur +++
- Un contrôle radiographique post-réductionnel est obligatoire

Techniques de réduction

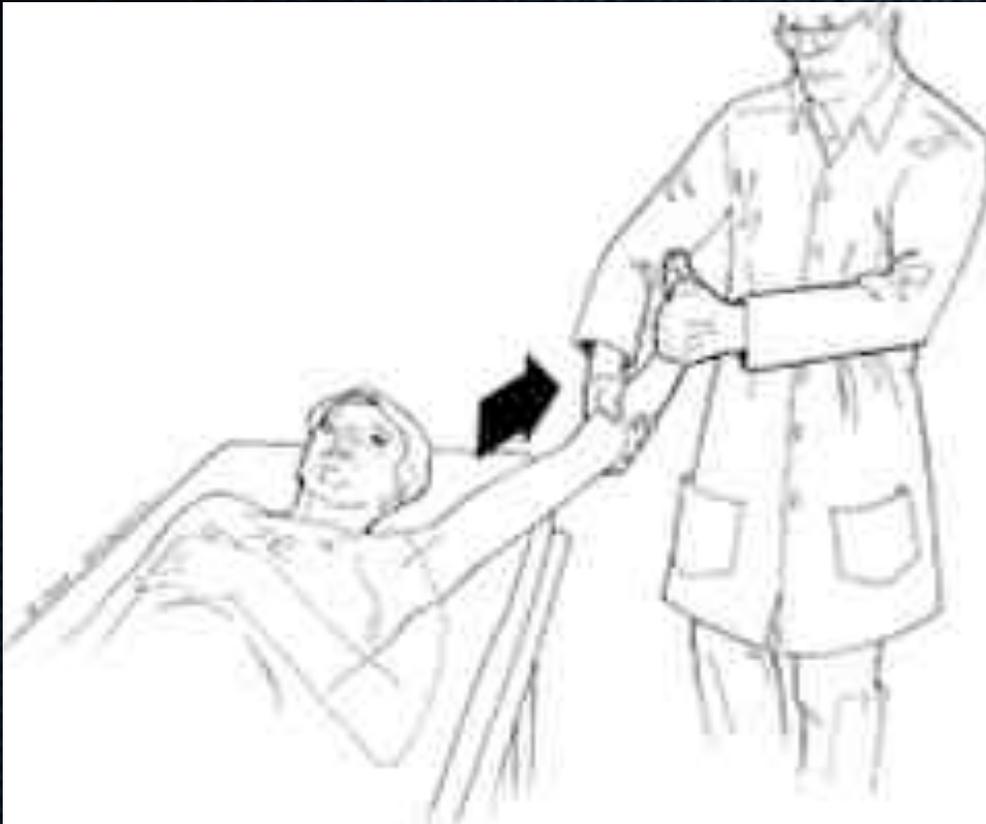
- ✦ L'anesthésie n'est pas nécessaire (vous n'êtes pas anesthésistes !)
- ✦ Il faut:
 - ✦ Une pièce calme (virer les urgentistes)
 - ✦ Parler au patient, lui expliquer ce qu'on va faire
 - ✦ Prendre au moins 15 minutes



Vieillot, brutal et un peu
douloureux
Fatigant pour votre postérieur



Milch



Stimson





Rotation externe



Manipulation
scapula

Manipulation de la scapula

- ✦ Mettre le patient en position proclive et tirer sur le bras
- ✦ Equivalent en double manipulation



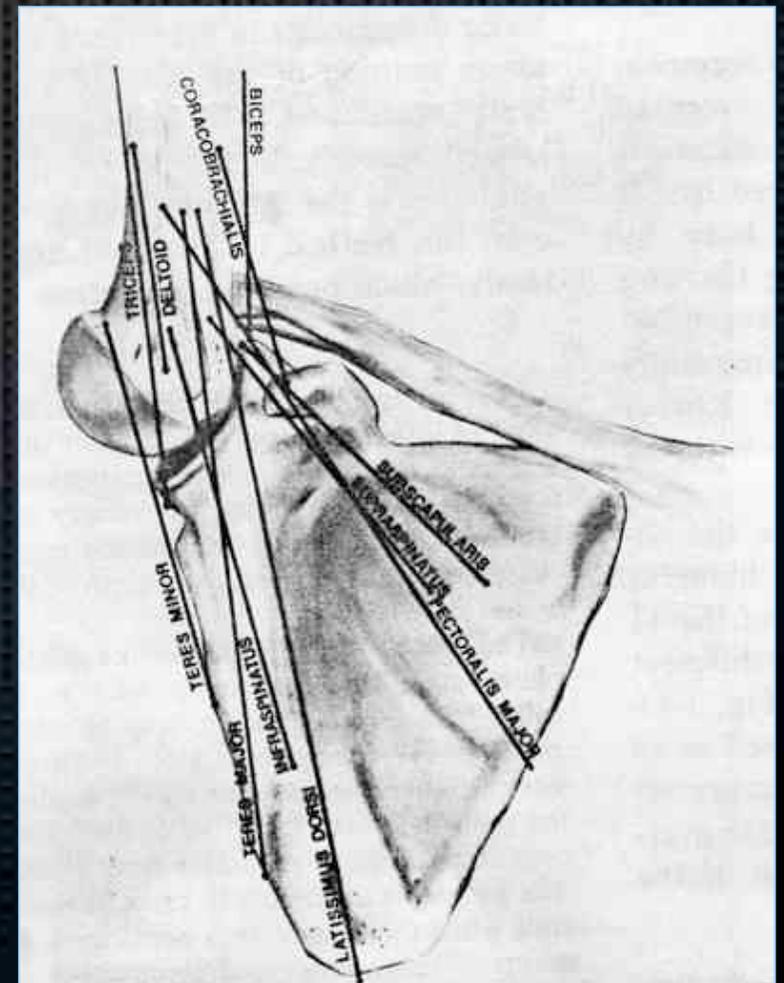
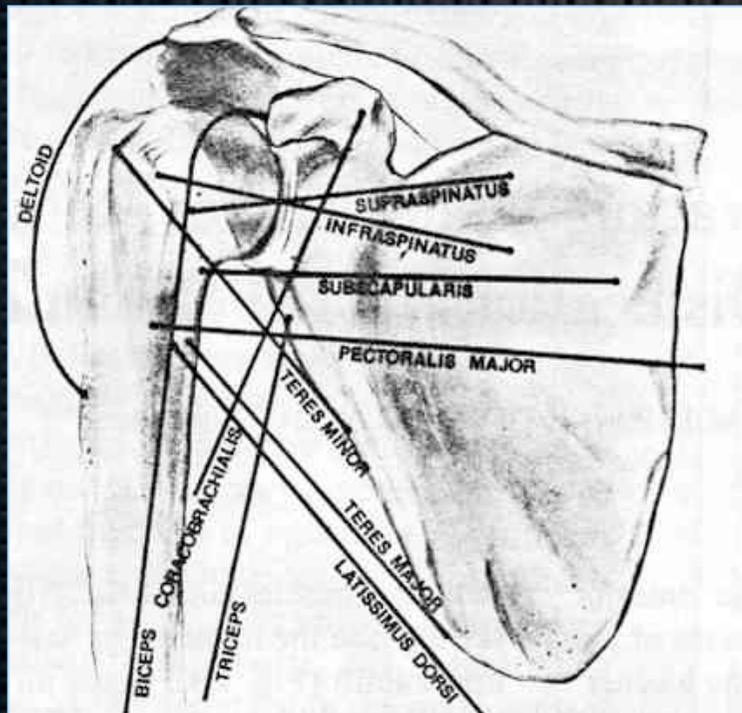
Technique d'Astley-Cooper +++ (19ème siècle)



Porter, tout doucement le bras en élévation, puis en abduction et en rotation externe
A ce moment, avec votre autre main, poussez sur la tête qui est dans l'aisselle

Principes = Saha “0 position”

- Amener les muscles de l'épaule dans une position d'équilibre où les forces agonistes-antagonistes s'annulent



Les échecs de réduction

- Irréductibilité
 - Patient qui ne décontracte pas
 - Manoeuvre inadaptée
 - Luxation erecta
 - effet « phimosis »
- Incoercibilité
 - Fracture associée (notamment glène)
 - Sujet âgé (coiffe)



Immobilisation et Conduite à tenir (1ère luxation)

- La durée d'immobilisation n'est pas un facteur important dans la prévention de la récurrence
- Il faut immobiliser au moins 1 semaine
 - Pas plus chez les sujets de plus de 30 ans
 - 3 semaines est un délai classique
 - La cicatrisation ligamentaire est de 6 semaines

Immobilisation et Conduite à tenir (Après la 1ère luxation)

- Pas d'immobilisation (1 semaines)
- Vous n'espérez plus une quelconque cicatrisation
- Le problème maintenant est celui de l'indication (chirurgicale ou non) de son instabilité

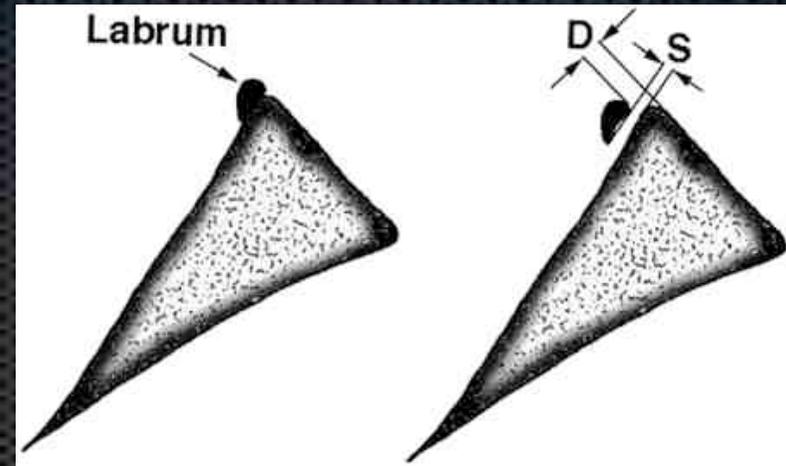
Dans quelle position ?

- ✦ Traditionnellement en rotation interne
- ✦ Quelques travaux récents laissent penser qu'une immobilisation en rotation externe serait plus logique et plus efficace



Étude cadavérique

Itoi et al, JBJS, 1999

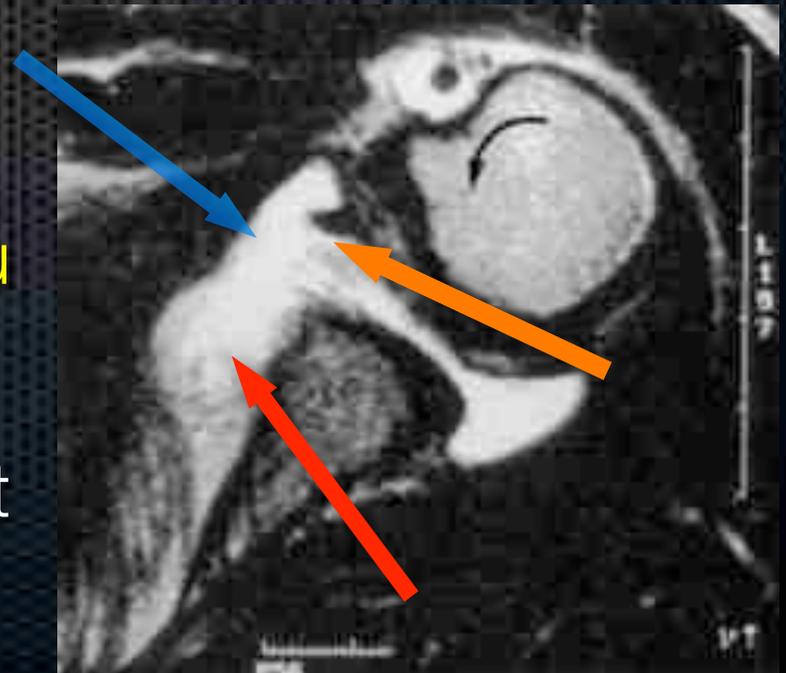
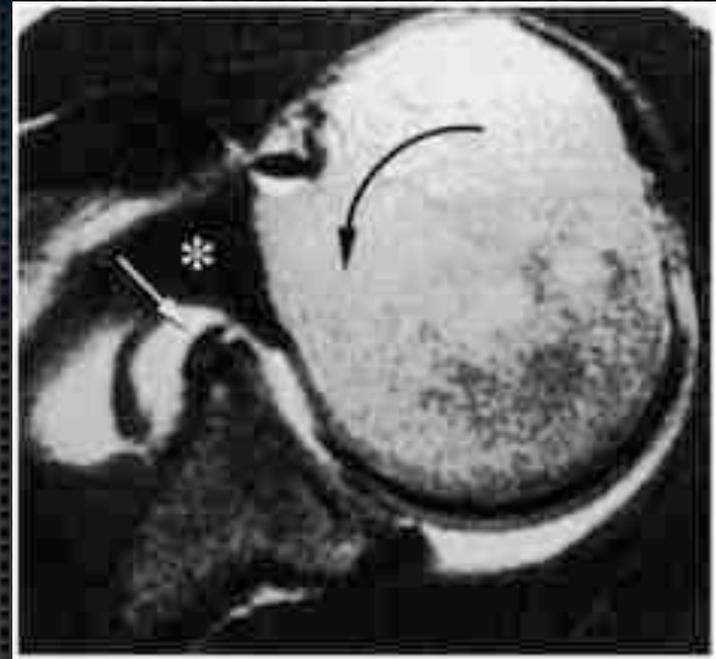


- Position d'immobilisation conventionnelle après luxation de l'épaule en adduction et RI avant-bras au corps
- Réduction du labrum
 - en adduction coude au corps de la RI à 30° de RE
 - à 30° de flexion et abduction en RO et RI
 - jamais réduit à 45° de flexion et abduction en RO et RI

Étude IRM

Itoi et al, JBJS, 2001

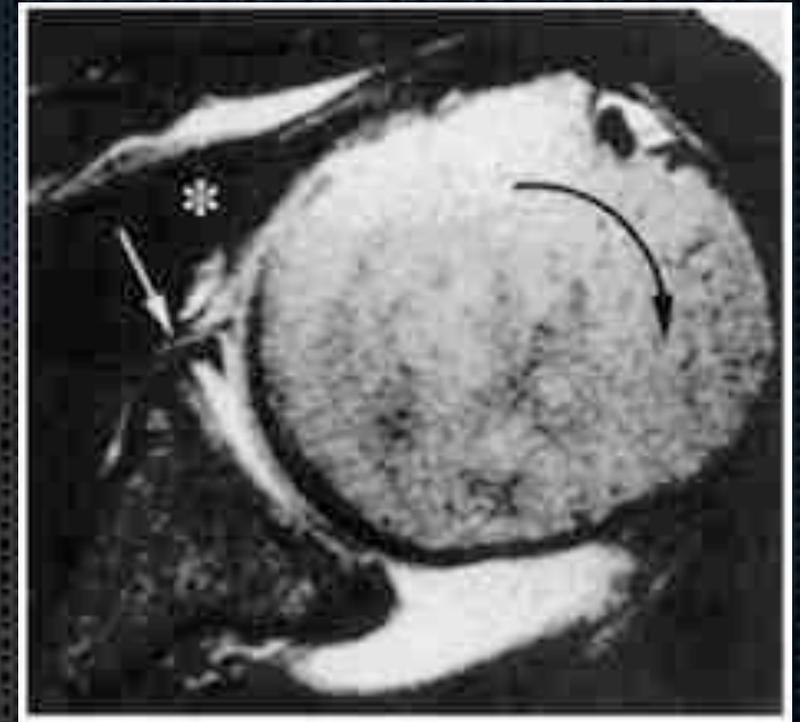
- En rotation interne avant-bras sur l'abdomen
 - La cavité en avant de la glène est ouverte
 - « laxité » capsulaire qui laisse le labrum se décoller et s'éloigner du bord antérieur de la glène
 - L'hémarthrose se collecte en avant et repousse les structures antérieures



Étude IRM

Itoi et al, JBJS, 2001

- En rotation externe (=> « inconfort »)
 - La cavité antérieure s'efface et le labrum revient au contact de la glène
 - L'hémarthrose se déplace dans la partie postérieure de l'articulation
- Mesures statistiquement significatives



Étude IRM

Seybold et al, Chirur, 2006

- ✦ 10 patients, premier épisode
- IRM Post-trauma en RI et à 10-20° de RE, et entre 6 et 12 mois post-trauma
- ✦ 10 à 20° de rotation externe pendant 3 semaines
- Déplacement du labrum moins important en rotation externe
- Effacement des lésions de Bankart en 3 semaines
- Lésions cicatrisées à 6 mois

Etude IRM : Pennekamp, Rofo, 2006

- 10 patients, première luxation
- ✦ IRM Post-trauma en RI et 10° de RE et Après 6 semaines d'immobilisation

Séparation

RI 0.44 +/- 0.27 mm

RE 0.01 +/- 0.19 mm

luxation médiale

0.47 +/- 0.33 mm

0.08 +/- 0.28 mm

- Cicatrisation des lésions plus anatomiques en RE +++ prouvée par les études IRM
- ✦ Contrôle IRM de la réduction du labrum indispensable

Étude arthroscopique

Hart et Kelly, JSES, 2005

- Arthroscopie après première luxation et étude de la position du labrum
 - ✦ 25 patients
 - ✦ Première luxation
 - ✦ 10 jours après la luxation
- ***Dans 92% des cas réduction des lésions en RE***

Immobilisation

- ✦ En rotation externe
- ✦ Chez un sujet cortiqué
- ✦ Qui accepte la gêne +++



Les facteurs de récurrence

- L'âge +++
 - **La durée d'immobilisation**
 - La prescription de rééducation
 - Les lésions anatomiques (La lésion de Hill-Sachs, La fracture du bord antéro-inférieure de la glène, Les lésions capsulo-ligamentaires (Bankart, Perthes, Broca-Hartman,...))

N'ont pas d'importance, ou pas démontrable de façon certaine

Taux de récurrence après traitement conservateur

- ✦ Rowe (JBJS, 1957). 324 patients
 - ✦ 94% récurrences si < 20 ans
 - ✦ 62% récurrences si < 30 ans
 - ✦ 14% récurrences si > 40 ans
- ✦ Burkhead & Rockwood: 40 patients traité par rééducation
 - ✦ 16% bons et excellents résultats

Récidive de la luxation

de Slaa et al, JBJS, 2004

- ✦ Devenir des premières luxations
- ✦ 105 patients, 107 luxations, suivi moyen 71 mois

– Récidive globale 26%

– Age facteur le plus significatif

– 60% en dessous de 20 ans

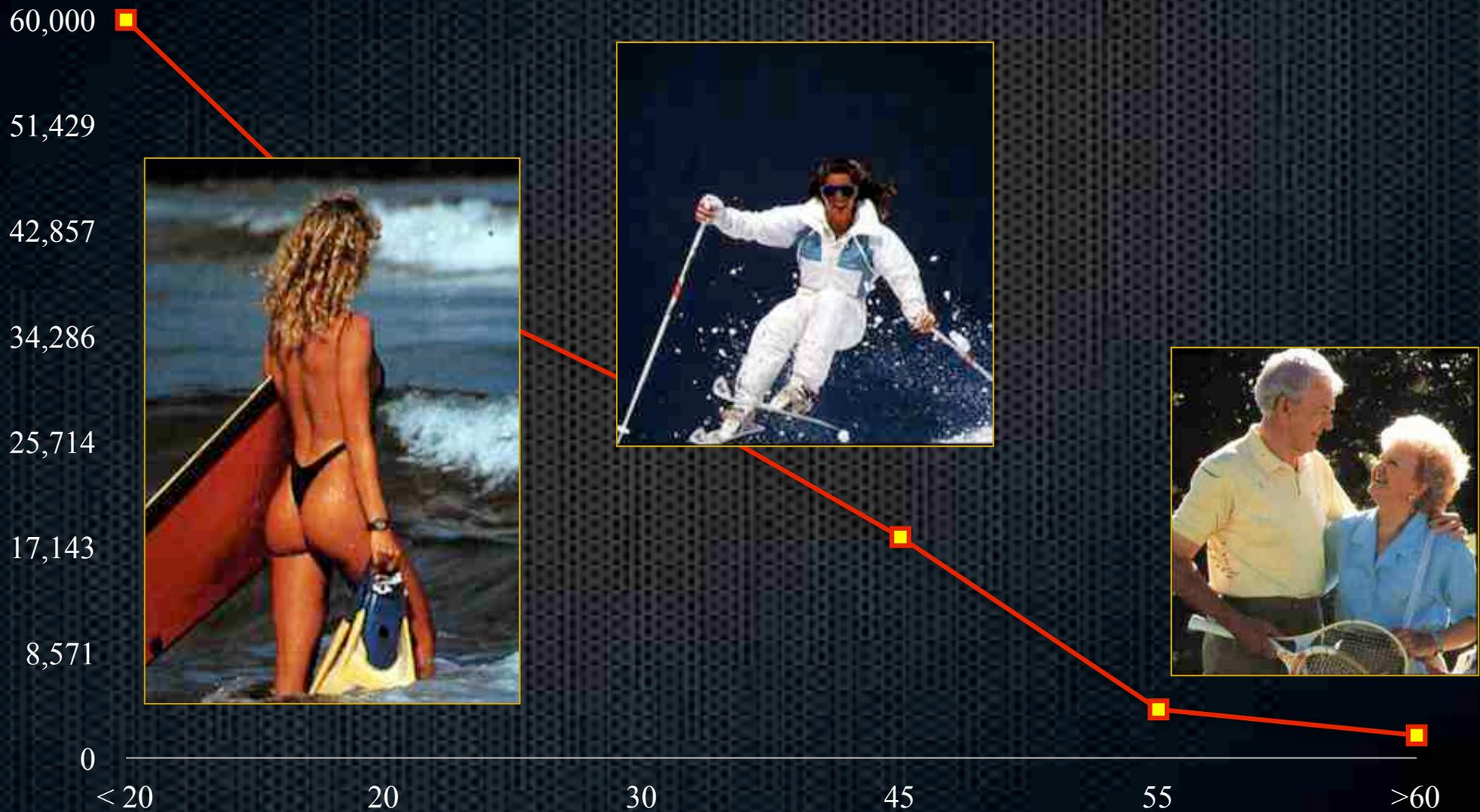
– 6% au delà de 40 ans



Taux de récidive (< 20 ans)

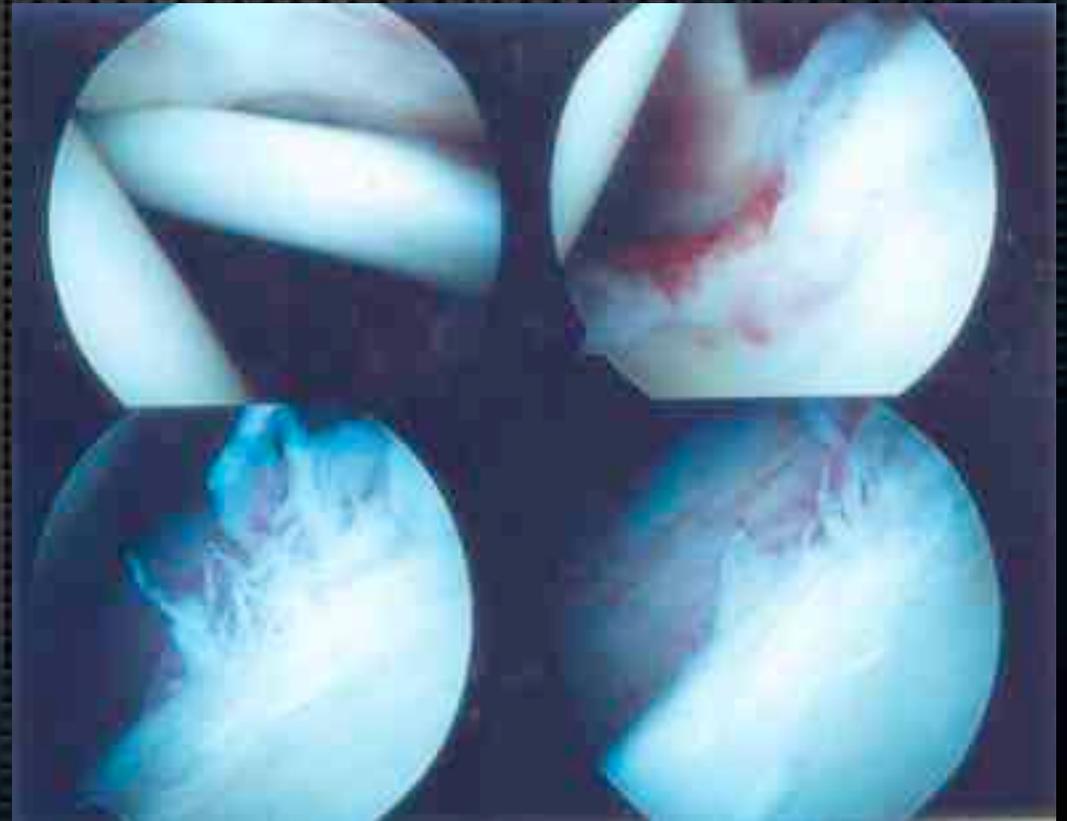
McLaughlin (1950)	95%	
Rowe (1961)	94%	
Hovellius (1978)	90%	joueurs de Hockey
Henry (1982)	90%	
Simonnet (1984)	66%	82 % (athlètes)

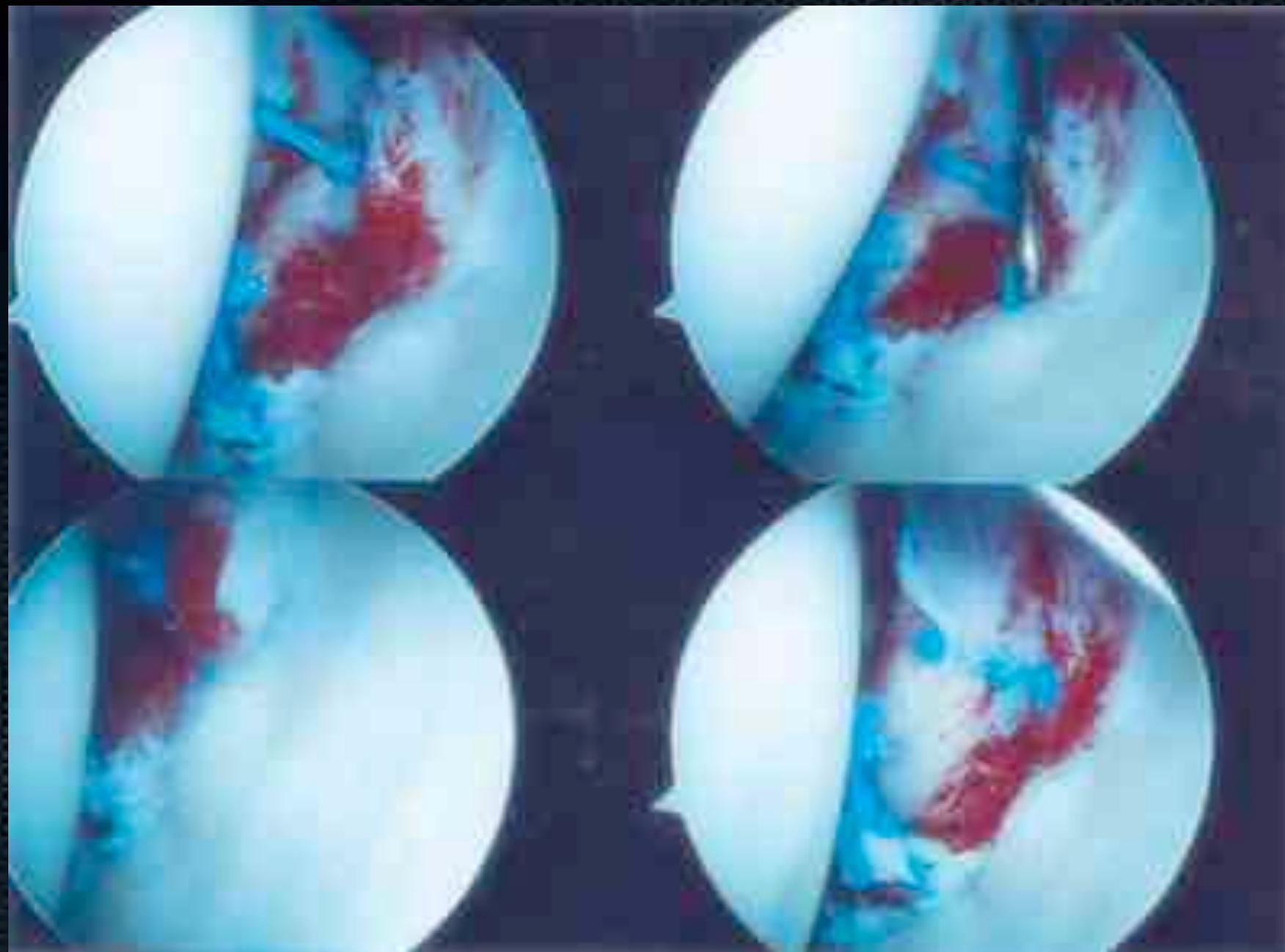
Influence de l'âge sur la récidive



Faut-il opérer en urgence ?

- ✦ Chez les JEUNES ATHLETES le taux de récurrence dépasse 80%
- ✦ Taux de récurrences après TTT arthroscopique entre 10 et 20% dans cette population
- ✦ Lors de la 1ère luxation il n'y a pas encore de déformations plastiques





Cicatrization anatomique possible ?

Conclusion

- ✦ Bilan clinique
- ✦ Bilan radiographique
- ✦ Techniques de réduction
- ✦ Position d'immobilisation ?

