



Guide pratique de traumatologie

Jacques Barsotti
Jean Cancel
Christian Robert

6^e édition



 **MASSON**

Guide pratique de traumatologie

Chapitre 7

Luxations scapulo-humérales

Ce que vous savez déjà

- Ce sont les luxations les plus banales et les plus fréquentes.
- Elles peuvent s'accompagner de fractures de l'extrémité proximale de l'humérus, mais aussi d'atteinte de la coiffe.
- Les complications vasculonerveuses sont rares mais doivent être systématiquement recherchées.
- Elles peuvent être à l'origine de luxations récidivantes.
- Leurs formes dorsales sont souvent méconnues.
- Il faut de plus se méfier des luxations volontaires (dorsales mais aussi ventrales).

Ce que nous pouvons préciser

Leur bilan lésionnel (figure 7.1)

- Reconnaître cliniquement et radiologiquement la variété de la luxation est banal, sauf pour les

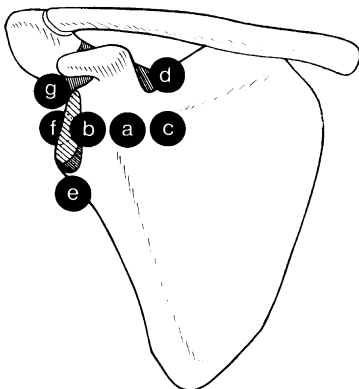


Fig. 7.1. Luxations scapulo-humérales.

a. Sub-coracoïdienne. b. Latéro-coracoïdienne. c. Médio-coracoïdienne. d. Infraclaviculaire. e. Distale (*erecta*). f. Dorsale. g. Proximale.

luxations dorsales où le mécanisme est souvent particulier (crises convulsives, électrochocs) et où la position du membre en rotation médiale fixée doit attirer l'attention. La radio de face risque d'être trompeuse. Le profil de la scapula ou mieux de Bloom et Obata est indispensable. Dans tous les cas, au moindre doute, le scanner doit être demandé. Il faut savoir qu'il s'agit d'un des diagnostics les plus souvent méconnus dans le cadre des urgences (figures 7.2 à 7.4 et voir figure 8.10).

Lésions associées

Reconnaître les lésions associées peut être plus difficile :

- arrachement parcellaire ou total du tubercule majeur, qui équivaut à une rupture de la coiffe et doit donc être particulièrement bien réduit ;

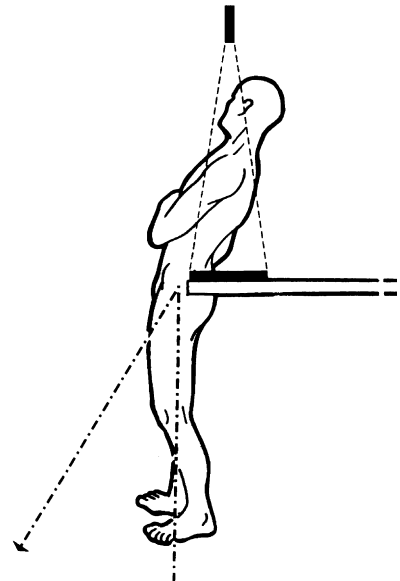


Fig. 7.2. Incidence de Bloom et Obata (luxation dorsale).

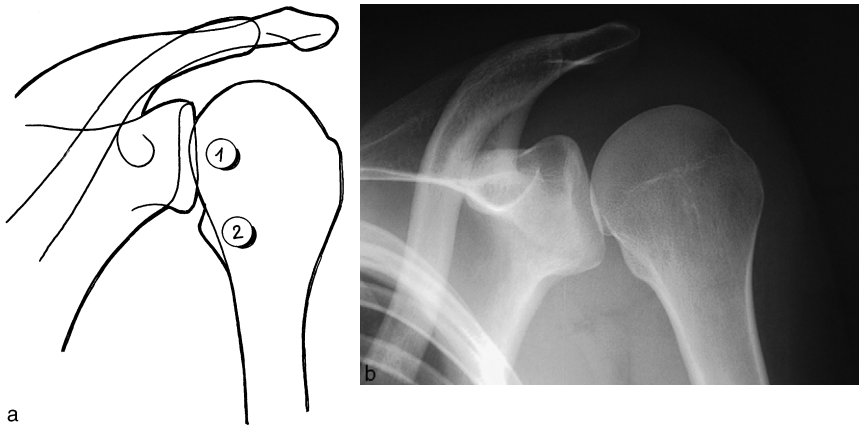


Fig. 7.3. a. Luxation dorsale.

1. Perte de l'interligne glénohuméral parfois très discret. Nécessité absolue de le visualiser sur de bons clichés. 2. Le tubercule mineur est bien visible, preuve d'une rotation médiane.

b. Radiographie d'une luxation dorsale.

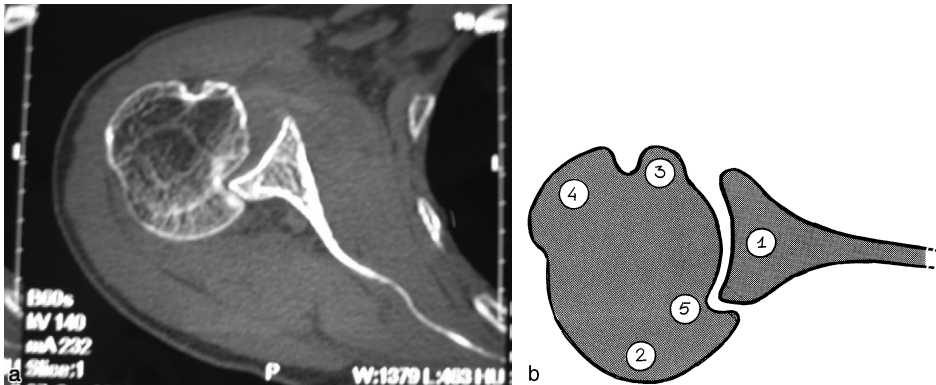


Fig. 7.4. TDM : image (a) et schéma (b).

1. Cavité glénoïde. 2. Tête humérale. 3. Tubercule mineur. 4. Tubercule majeur. 5. Encoche en zone articulaire, facteur de récidence si immobilisation coude au corps.

- fracture du rebord ventrocaudal de la glène, bien analysée sur le scanner ;
- fracture du col anatomique, la plus fréquente ;
- fracture du col chirurgical, assez rare, mais dont il faut toujours se méfier, surtout lorsqu'elle est non déplacée. Dans ce cas, elle est peu visible, le diagnostic est méconnu et la fracture se déplace lors de la tentative de réduction (figures 7.5 à 7.7) ;
- fracture issue de l'encoche (voir chapitre 8) ;
- rupture de la coiffe des rotateurs : c'est la complication la plus fréquente des luxations survenant au-delà de 40 ans. Le diagnostic ne peut être fait au moment de la luxation. Il doit être systématiquement évoqué en fonction de l'âge devant une perte de l'abduction active, le bras placé à l'horizon-

zontale, ou devant une diminution globale de l'abduction lors de la reprise de la mobilisation de l'épaule. Demander en urgence une échographie ou mieux un arthroscanner. Chez le sujet jeune, cette rupture rare est en plein tendon d'insertion et équivaut à un arrachement. Chez le sujet âgé, elle traduit en général l'aggravation d'une lésion dégénérative préexistante de la coiffe.

Complications vasculonerveuses (figure 7.8)

La recherche de l'intégrité du nerf axillaire (circumflexe) est un geste classique, mais il ne faut pas oublier de le faire également après la réduction

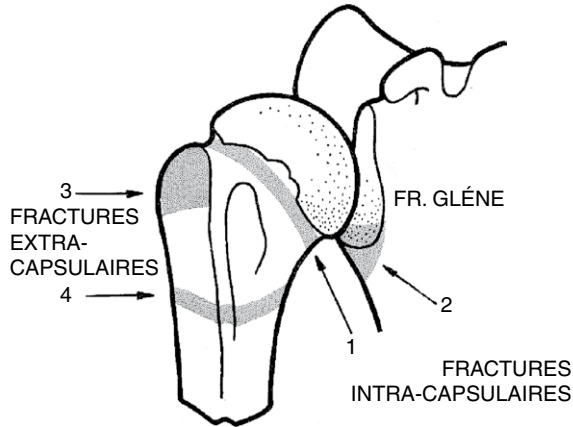


Fig. 7.5. Lésions osseuses associées.

1. Fracture du col anatomique. 2. Fracture de la glène. 3. Arrachement du tubercule majeur. 4. Fracture du col chirurgical.

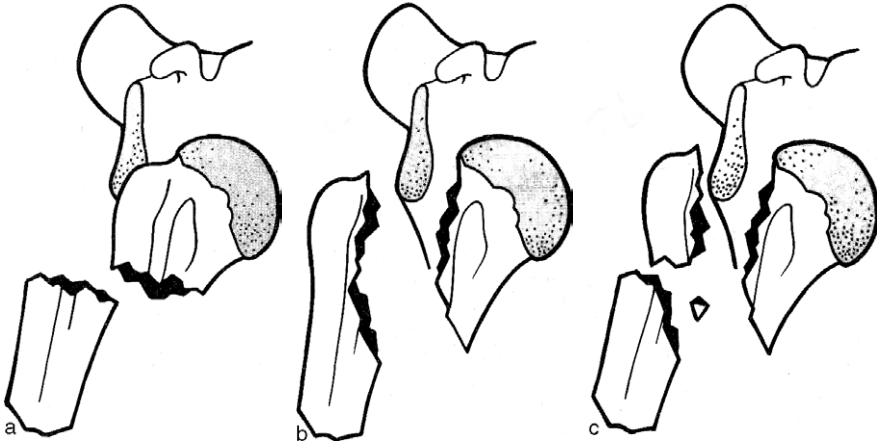


Fig. 7.6. Fractures-luxations extracapsulaires de l'extrémité proximale de l'humérus (classification de Duparc).

a. Fracture sub-tubérositaire, non engrenée. b. Fracture verticale. c. Fracture mixte.

(valeur clinique et médico-légale) : beaucoup de parésies parcellaires d'un ou deux faisceaux du deltoïde passent inaperçues et elles expliquent certainement les lenteurs de récupération de quelques épaules. Penser aux EMG de contrôle dans ces cas (à 1 et 3 mois).

Un gros hématome axillaire comblant le sillon deltopectoral et s'accompagnant d'un lacis veineux superficiel doit rappeler qu'il existe, de temps en temps, des ruptures des veines axillaires avec hématome, thrombose et œdème du membre thoracique. Un écho-Doppler confirme le diagnostic.

La prise du pouls radial est aussi un geste classique qu'il ne faut pas négliger, car une rupture de l'ar-

tère axillaire, quoique rare, peut passer inaperçue, du fait d'une dissection sous-adventicielle première (rupture par étirement) et d'un réseau collatéral aux suppléances rapides ou par la constitution progressive d'un faux anévrisme.

Les formes intracapsulaires ont à distance un risque de nécrose osseuse important.

Leur traitement

Les manœuvres de réduction sont bien connues et échouent rarement. Une seule précaution : user plutôt d'une anesthésie générale, même légère et de courte durée, elle évitera des réductions

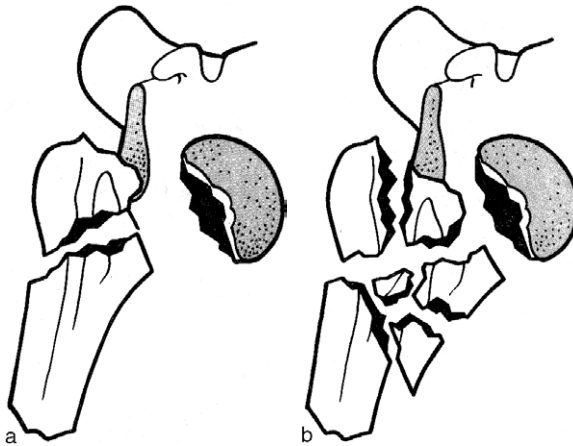


Fig. 7.7. Fractures-luxations intracapsulaires de l'extrémité proximale de l'humérus (classification de Duparc).
a. Céphalo-tubérositaire. b. Comminutives.

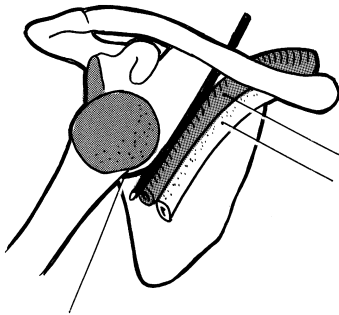


Fig. 7.8. Luxation ventromédiane.
Proximité du paquet vasculonerveux. Nerf axillaire +++.

brutales et plus ou moins « orthodoxes » (figures 7.9 et 7.10) [*].

Malgré les travaux de Rowe, qui préconise une immobilisation de 21 jours chez le jeune et de 15 jours après 50 ans pour diminuer le risque de récurrence, l'expérience montre que cette durée peut être raccourcie sans inconvénient (10 à 15 jours pour nous) (figures 7.11 à 7.13). En fait, aucune étude n'a fait la preuve qu'une immobilisation prolongée prévenait le risque de récurrence. Ce risque est d'autant plus important que la première luxation survient avant 20 ans.

La réduction des luxations dorsales doit se faire systématiquement sous anesthésie générale. L'encoche est souvent très importante et constitue une zone

de fragilité à partir de laquelle une tentative de réduction un peu violente peut conduire à une fracture de la tête humérale. Le patient doit donc être endormi, parfaitement relâché et les manœuvres de réduction doivent être très douces. Une fois la réduction obtenue, l'immobilisation coude au corps est proscrite. En effet, dans cette position, le risque que la tête se luxé à nouveau en dorsal est important. Il faut donc immobiliser ces patients en rotation neutre ou légèrement latérale et abduction sur coussin pour 3 à 6 semaines (adapté au volume de l'encoche).

Conduite à tenir devant des lésions associées

Fracture du tubercule majeur

Elle se réduit en général facilement, en même temps que la luxation. Il faut alors apprécier la qualité de la réduction. Rechercher un déplacement en proximal visible sur la radiographie de face, ou en dorsal, plus difficile à voir. Dans ce cas, il faut demander un scanner pour l'apprécier. S'il persiste un déplacement en proximal ou en dorsal de 1 cm au plus, c'est l'indication pour une réduction et une fixation chirurgicale. Il faut alors tester la stabilité de la réduction sous amplificateur de brillance. Dans la plupart des cas, il suffit d'un léger coussin d'abduction, associé à l'immobilisation en écharpe, pour la maintenir. Plus rarement,

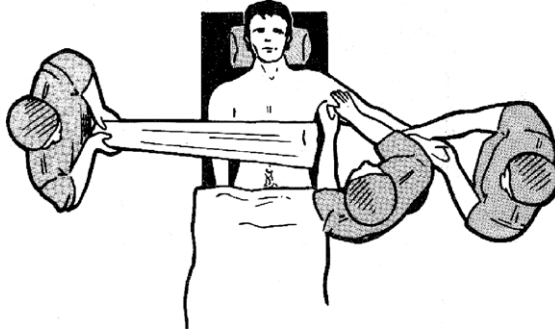


Fig. 7.9. Méthode de Mothe.



Fig. 7.10. Luxation dorsale : réduction. Traction, pulsion, rotation latérale prudente.

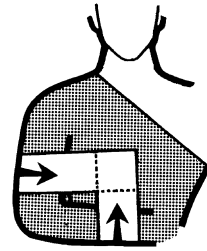


Fig. 7.12. Principe de l'immobilisation «Dujarrier».

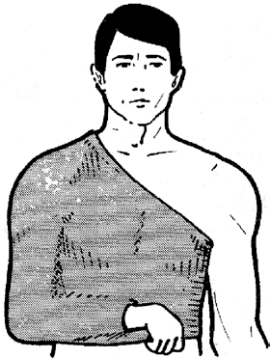


Fig. 7.11. Dujarrier.

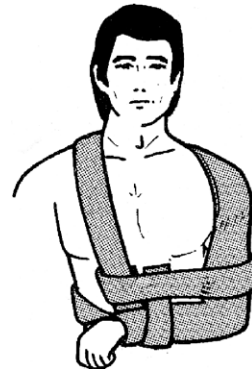


Fig. 7.13. Immobilisation avec un Jersey tubulé.

le thoraco-brachial est nécessaire. Les réductions incomplètes nécessitent un abord sous-acromial limité avec vissage [*] [**].

Trois à quatre semaines d'immobilisation sont suffisantes car l'association luxation-fracture du tubercule majeur est enraidissante. Une surveillance périodique d'un éventuel déplacement

est nécessaire en cas de traitement orthopédique. Devant un déplacement négligé, une réduction tardive chirurgicale est toujours difficile, du fait de la rétraction des muscles de la coiffe et notamment du supraépineux. On peut disséquer largement le pourtour du tubercule majeur et des muscles de la coiffe, par voie sub-acromiale, et

effectuer un vissage ou une ostéosuture en abduction.

Fracture du rebord glénoïdien

Elle est à fixer si le fragment volumineux et déplacé est à risque de créer une instabilité.

Fracture intracapsulaire

- Essai de réduction orthopédique de la luxation et de la fracture : souvent difficile [**].
- Écharpe pendant 3 semaines, rééducation dès le 3^e jour, en évitant les rotations jusqu'au 20^e jour.
- En cas d'échec : essayer par un abord deltopectoral limité (Mestdagh) de remettre au doigt la tête sans arthrotomie, puis effectuer la synthèse de préférence par embrochage. La minceur du fragment céphalique la rend souvent difficile (fils, vis, intérêt des plaques à vis verrouillées). En cas d'irréductibilité, élargir l'abord et effectuer une arthrotomie.
- Chez le sujet âgé, nous avons opté pour la prothèse humérale traumatique. Les résultats sont modestes mais rapidement acquis et suffisants pour les gestes usuels de la vie courante [***].

Fracture extracapsulaire

- Même essai de réduction orthopédique. Elle est souvent plus facile que dans le cas précédent. Si la réduction est stable, thoraco-brachial pendant 45 jours. Si elle est instable, ou si l'on veut éviter une immobilisation prolongée de l'épaule, c'est une bonne indication de l'embrochage fasciculé type Hacketal [**].
- En cas d'irréductibilité, abord chirurgical et synthèse à la demande, plus facile que dans le cas précédent (embrochage fasciculé par le V deltoïdien) [***].
- Rupture de la coiffe des rotateurs : si le diagnostic est précoce, et il doit l'être, deux attitudes sont possibles [***] :
 - chez le sujet jeune : réparation précoce (en règle à la 3^e semaine car le diagnostic est rarement posé avant). Effectuer une suture ou une réinsertion osseuse ;
 - chez le sujet âgé : s'il n'y a pas au scanner de dégénérescence graisseuse musculaire (stades 0, 1 et 2), il faut proposer une réparation précoce ; en revanche, en cas de dégénérescence graisseuse

avancée (stades 3 et 4), même attitude que pour les ruptures dégénératives de la coiffe : attelle d'abduction pendant 4 semaines, 4 à 6 mois de rééducation et physiothérapie avant de proposer un traitement chirurgical (acromioplastie, prothèse inversée).

Complications vasculonerveuses

(voir figure 7.8)

- L'atteinte du nerf axillaire (circonflexe) se faisant par étirement, elle est souvent incomplète et des récupérations partielles sont possibles. La rupture complète doit actuellement pousser à une exploration chirurgicale par double voie d'abord, ventrale et dorsale, qui permet l'interposition d'une greffe fasciculée si les lésions laissent subsister un moignon distal suffisant (ce qui a toujours été le cas dans notre expérience). Les résultats sont bons mais un échec et une paralysie définitive posent un problème orthopédique encore mal résolu (arthrodèse, réanimation?).
- Les ruptures veineuses et les thromboses peuvent nécessiter un geste d'hémostase et d'évacuation de l'hématome. La continuité veineuse n'est généralement pas rétablie. La circulation collatérale est quasiment toujours de bonne qualité [**].
- Les ruptures artérielles axillaires nécessitent, après artériographie, une réparation par greffe veineuse ou *matériel prothétique* [**].

Quelques chiffres pour informer le malade et son médecin

- *Hospitalisation* (variable selon le contexte lésionnel) :
 - au moins 6 heures après une luxation simple pour un réveil complet et une vérification nerf axillaire-coiffe ;
 - 2 à 6 jours si acte chirurgical majeur.
- *Immobilisation* :
 - 3 semaines si luxation simple chez le sujet jeune ;
 - 2 semaines si luxation simple chez le sujet âgé ;
 - 4 à 6 semaines en cas de fracture associée.

- *Rééducation* :
 - 20 séances si luxation simple chez le sujet jeune (stabilisation musculaire et prévention du risque de récurrence);
 - longue en cas :
 - d'atteinte de la coiffe;
 - de paralysie du deltoïde;
 - de capsulite rétractile.
- *Arrêt de travail* (travailleur manuel) :
 - 4 à 6 semaines si luxation simple;
 - 10 jours si luxation récidivante (avec le conseil de se faire opérer);
 - 2 à 3 mois si fracture associée;
 - indéterminé si paralysie du nerf axillaire ou capsulite.
- *AIPP* (difficile à chiffrer vu l'éventail lésionnel) :
 - en AT : 5 à 35 % à droite, 10 à 30 % à gauche;
 - en DC : 5 à 25 % à droite, 5 à 20 % à gauche;
 - la luxation banale n'entraîne, en général, pas de séquelle, les luxations compliquées ayant un taux d'IPP proportionnel aux lésions tendineuses associées et à une éventuelle paralysie (une luxation récidivante non opérée entre dans les mêmes limites que celles précédemment énoncées).

Bibliographie

- Bernageau J, Patte D. Diagnostic radiologique des luxations postérieures de l'épaule. *Rev Chir Orthop* 1979; 65 : 101-7.
- Duparc J, Largier A. Les luxations-fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus. *Rev Chir Orthop* 1976; 62 : 91-110.
- Gerber C. L'instabilité postérieure de l'épaule. Cahier d'enseignement de la SOFCOT, n° 40, Expansion scientifique française, Paris, 1991. p. 223-45.
- Hovellius L. Anterior dislocation of the shoulder in teenagers and young adults. Five years prognosis. *J Bone Joint Surg* 1987; 69A : 393-9.
- Mansat M, Cofield RH. L'épaule douloureuse chirurgicale. Rupture aiguë de la coiffe des rotateurs. Cahier d'enseignement de la SOFCOT, n° 33. Expansion scientifique française, Paris, 1988. p. 92.
- Mansat M, Apoil A *et al.* L'épaule douloureuse chirurgicale. Traitement chirurgical des lésions dégénératives de la coiffe des rotateurs. Cahier d'enseignement de la SOFCOT, n° 33. Expansion scientifique française, Paris, 1988. p. 99-111.
- Mestdagh H *et al.* Résultats à long terme du traitement des fractures-luxations de l'extrémité supérieure de l'humérus (à propos de 64 cas). *Rev Chir Orthop* 1986; 72 (Suppl. II) : 132-5.
- Molé L *et al.* Luxation d'épaule et fracture de la glène chez les patients de plus de 50 ans. À propos de 30 cas. *Rev Chir Orthop* 1993; 79 (Suppl. I) : 151.
- Neer CS *et al.* Remplacement de la tête humérale et de la coiffe dans les fractures déplaçées à 4 fragments. Résultats actuels et techniques. *Rev Chir Orthop* 1988; 74 (Suppl. II) : 31-40.
- Rowe CR, Sakellariades HT. Factors related to recurrences of anterior dislocations of the shoulder. *Clin Orthop* 1961; 20 : 40-7.
- Sirveaux F, Mole D, Walch G. Instabilités et luxations gléno-humérales. *Encycl Med Chir (Paris), Appareil locomoteur, T2, 14037-A10, 2002.*
- Vichard P, Arnould P. Les luxations postérieures de l'épaule. *Rev Chir Orthop* 1981; 67 : 71-7.
- Vichard P. Luxations-Fractures de l'épaule. Cahier d'enseignement de la SOFCOT, n° 31. Expansion scientifique française, Paris, 1988. p. 179-93.