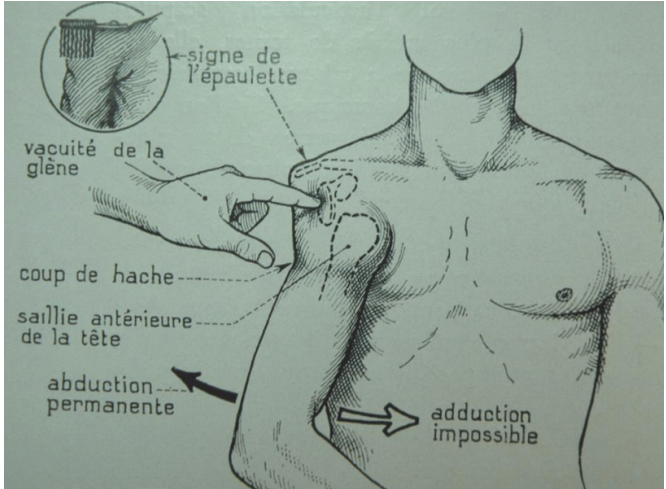
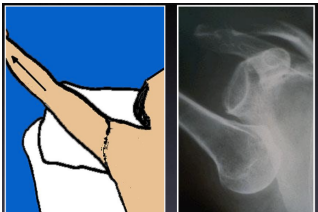
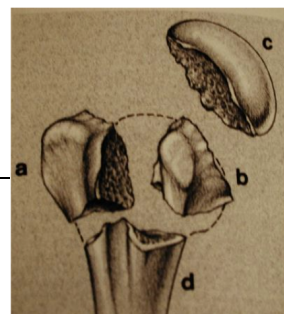


Sémiologie des traumatismes de l'épaule

Luxations de l'épaule	
Luxation antérieure (gléno-humérale antéro-interne)	
Inspection	- Attitude classique des traumatisés du mb sup - Signe de l'épaulette : perte du galbe arrondi ; deltoïde tombe verticalement sous saillie de l'acromion - Coup de hache externe : axe du bras forme â ouvert en dehors avec le deltoïde - Abduction du bras - Sillon delto-pectoral est comblé par saillie de la tête humérale
	
Palpation	- Vacuité de espace sous-acromial - Abduction irréductible (signe de Berger) - Tête humérale en position sous-coracoïdienne
Bilan clinique	• Nerveux : atteintes fréquentes (1/3 pour nerf axillaire) - Nerf axillaire : sensibilité du moignon de l'épaule, contraction isométrique du deltoïde - Autres branches du plexus brachial : sensibilité et mobilité de la main • Vasculaires : rares - Palpation pouls radial - Artère et veine axillaires • Osseuses : - Fractures de la grosse tubérosité - Fracture-luxation de la tête humérale : GRAVE - Danger +++ : méconnaître la fracture du col huméral non déplacée => séparation de la diaphyse et de la tête
Radiographie	- Cliché de face : tête en position basse sous-coracoïdienne - Cliché de profil : axillaire, d'omoplate (de Lamy), dit de Vielpeau (Bloom et Obata) : tête en avant de la glène
	Rechercher complication osseuse : Fracture de la grosse tubérosité (se remet en place par réduction de la luxation), fracture du col huméral, fracture de la glène
Radiographie NORMALE : - Visibilité de l'interligne - Ogive entre scapula et métaphyse humérale (cintre harmonieux) - Espace entre acromion et tête humérale	
Formes cliniques	▪ Luxation extra-coracoïdienne : tête à cheval sur bord ant de la glène ▪ Luxation sous-coracoïdienne : la + fréquente ; tête luxée est sous la coracoïde ▪ Luxation intra-coracoïdienne et sous-claviculaire : tête en de dans de la coracoïde Complications fréquentes : lésion du plexus brachial, lésion de artère axillaire ou sous-clavière, lésions cutanées, polyfractures
Luxation postérieure Plus rare et souvent méconnue	
Circonstances de survenue	- Choc direct sur face ant de l'épaule - Rotation interne forcée du bras - Circonstance typique : convulsions, électrocution
Inspection	- Attitude des traumatisés du mb supérieur - Rotation interne fixée de épaule - Saillie postérieure de la tête humérale (seulement chez les sujets maigres)
	

Radiographie	• Face : - Empiètement entre tête humérale et glène - Interligne gléno-huméral n'est PAS LIBRE • Profil : - Tête en arrière de la glène - Souvent, encoche traumatique à la partie ant de la tête		
Luxation inférieure			
- Rare - Chute de cheval ++ - Forme typique : luxation erecta : blessé a le bras en l'air - Abduction irréductible - Lésions de la coiffe constantes - Lésions neurologiques fréquentes			
Complications			
Immédiates	Osseuses	<u>Fracture de la glène</u> → Gros fragment détaché : source d'instabilité. => Réparation chirurgicale → Fracture parcellaire du bor antéro-inf de la glène : + fréquent ; facteur favorisant d'instabilité chronique <u>Fracture-enfoncement du bord postérieur de la glène</u> ⇔ Encoche de Malgaigne (Hill-Sachs lesion) → Très fréquente → Si encoche notable, elle peut favoriser luxation récidivante → Encoches majeures réalisent déformation en hachette de la tête humérale <u>Fracture du trochiter</u> ⇔ Arrachement d'une zone d'insertion de la coiffe des rotateurs → Réduction de la fracture grâce à la réduction de la luxation → Si persistance d'un déplacement => réduction et ostéosynthèse <u>Fracture de la tête humérale</u> → Réalise la fracture-luxation de la tête humérale → Rare et grave → Sujet âgé +++	
	Rupture de la coiffe des rotateurs	→ Guérissent en général avec l'immobilisation → Séquelles au moment de la rééducation : → Rééducation anormalement longue et douloureuse → Rarement : déficit d'abduction active, déficit de rotation externe active → Diagnostic et traitement précisés par : arthrographie et IRM	
Secondaires	Algodystrophie	→ Douleurs d'allure inflammatoire avec souffrance nocturne → Atteinte de la main (syndrome épaule-main) → Installation progressive de la raideur quand la douleur disparaît	
		→ Radiographie : ostéoporose diffuse « mouchetée » ; interligne articulaire intact → Scintigraphie : hyperfixation → Arthrographie opaque : réduction de la capacité articulaire	
		Raideur de l'épaule → Fréquente → Est la conséquence de : immobilisation trop prolongée, rééducation négligée, syndrome algodystrophique, souffrance de la coiffe non traitée	
	Instabilité post-traumatique de l'épaule	→ Complication évolutive majeure → Luxation récidivante antérieure : de + en + facilement et de + en + fréquemment → Mouvement luxant = abduction et rotation externe => test d'appréhension → Tiroir antérieur → Attention : luxation récidivantes # luxations par instabilité constitutionnelle	

Fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus	
Fractures parcellaires	- 2 fragments - ⇔ fractures tubérositaires - Accompagnent les luxations d'épaule : ○ Trochiter (grosse tubérosité): luxations antérieures ○ Trochin (petite tubérosité) : luxations postérieures
Fractures extra-articulaires	- 2 fragments : extrémité supérieure et diaphyse humérale - ⇔ fractures sous-tubérositaires ou fractures du col chirurgical - Fréquentes - Engrenées ou non : ○ Engrenées : télescopage +/- important de extrémité sup => instabilité ○ Non engrenées : perte de contact entre diaphyse et épiphyse => mouvements imprimés au bras ne sont pas transmis à l'ESH
Fractures articulaires	- 3-4 fragments - ⇔ fractures céphalo-tubérositaires - Menacent la vascularisation de la tête humérale
Fractures-luxations	- Rares - Antérieure ou postérieure - Peut concerner fracture extra-articulaire ou fracture articulaire
Radiologie : - Face stricte - Profil : axillaire ou omoplate (Lamy)	
Complications	
Immédiates : - Rares - Trauma à haute NRJ ++	<i>Ouverture : exceptionnelle</i> <i>Atteinte neurologique :</i> → Nerf axillaire → Plexus brachial <i>Lésions vasculaires :</i> → Artère ou veine axillaire => abolition des pouls distaux ou volumineux hématome du creux axillaire
Secondaires : Consolidation en 6 semaines	<i>Déplacement ?</i> → Réduction instable → Immobilisation inefficace → Ostéosynthèse précaire <i>Infection : rare</i> <i>Syndrome algodystrophique</i>
Tardives	<i>Cal vicieux : fréquent mais souvent bien toléré</i> <i>Raideur de l'épaule : fréquente ; 2 causes :</i> → Rétraction des parties molles : favorisée par ▪ Complexité de la fracture ▪ Durée de l'immobilisation ▪ Survenue d'une algodystrophie ▪ Absence de rééducation <i>Combattue par mobilisation précoce et rééducation prolongée</i> → Atteinte de la coiffe des rotateurs → Soit déchirures de la coiffe, soit défaut de reposition des tubérosités +++ <i>Pseudarthrose : rare ; tête vivante mais non consolidée à la diaphyse</i> <i>Nécrose de la tête humérale</i> <i>Arthrose omo-humérale : à très long terme (ostéophytes, géode sous chondrale et pincement)</i>
Fractures de la clavicule	
Examen clinique	- Mécanismes : indirect (chute sur le moignon de l'épaule ou sur le bras en abduction) ou direct (choc sur la clavicule) - Conséquences immédiates : douleur et impotence fonctionnelle - Blessé dans attitude des traumatisés du mb supérieur - Moignon de épaule est abaissé - Déformation apparente/gonflement localisé au milieu de la clavicule



	- Raccourcissement de la distance acromio-sternale - Saillie douloureuse du fragment interne - Mobilisation passive de l'épaule est possible				
Radiographie	- Cliché épaule de face - Cliché en défilé : pour les formes non déplacées				
Formes cliniques	Selon le siège	- Forme typique : fracture du tiers moyen - Fractures du tiers externe : Attention aux lésions des ligaments coraco-claviculaires : - o Rompus => ascension du fragment interne de la clavicule - o Intacts => fracture peu ou pas déplacée			
	Selon l'âge	Fractures de l'enfant : - Très fréquentes - Fractures en « bois vert » - Consolident en 3 semaines avec cal vicieux qui se remodèle à la croissance	Fractures obstétricales : - A l'accouchement, lors du dégagement des épaules - Bénignes et passent souvent inaperçues - Consolident en 2 semaines		
Complications					
<i>Immédiates</i>	<i>Rares</i> <i>Surtout dans cas de polytraumatisme</i> <i>Cutanées :</i> → Embrochage cutané <i>Vasculaires :</i> → Artère sous-clavière : → Hématome supraclaviculaire → Abolition du pouls distal → Artériographie d'urgence <i>Nerveuses :</i> → Lésions du plexus brachial : paralysie +/- importante du mb sup (poignet et main) → Pleuro-pulmonaires : emphysème sous-cutané, exceptionnelles				
<i>Secondaires</i>	<i>Vasculaires :</i> → Rares → Anévrismes de la sous-clavière → Thrombose → Fistules artério-veineuses <i>Cal vicieux</i>				
Lésions acromio-claviculaires					
Inspection	- Tuméfaction au niveau acromio-claviculaire - Saillie franche de l'extrémité externe de la clavicule - Mouvements actifs du bras sont possibles mais limités par la douleur				
Palpation	- Touche de piano : abaissement par la pression du doigt de l'examineur, de la saillie de l'extrémité externe de la clavicule ; mobilité anormale de haut en bas - Tiroir claviculaire : existence d'une mobilité anormale antéro-postérieure				
Radiologie	- Cliché de face de l'acromio-claviculaire - Cliché de profil axillaire - Eventuellement cliché dynamique				
Stades		Stade I	Stade II	Stade III	Stade IV - Pareil que stade III - Perforation de la sangle musculo-aponévrotique trapézo-deltaïdienne
	<i>Douleur</i>	+	++	+++	
	<i>Lésion</i>	- Partielle des lgts acromio-claviculaires	- Rupture des lgts acromio-claviculaires	- Rupture des lgts acromio-claviculaires ET coraco-claviculaires	
		- Aucune mobilité anormale - Bilan radio normal	- Tuméfaction locale - Touche de piano - Pas de tiroir - Radio : subluxation claviculaire	- Saillie sous la peau - Touche de piano ET tiroir - Radio : dislocation acromio-claviculaire	

