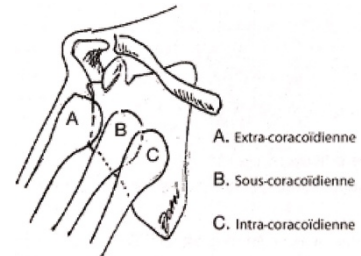


Item 357 – Lésions péri-articulaires de l'épaule

Luxations gléno-humérales			
	Luxations antérieures	Luxations antéro-inférieures récidivantes	Luxations postérieures
Terrain	Homme jeune Lors activité sportive +/- hyperlaxité constitutionnelle	Age jeune lors 1^{er} incident Sport à risque Sport de haut niveau	
Mécanismes	Indirect +++ : chute sur paume ou coude (abduction, RE, rétropulsion) Direct : choc au niveau postéro-ext du moignon	Luxations récidivantes + en + fréquentes pour des traumatismes de – en - importants	Flexion-adduction-RI +++ : crises convulsives, électrocution, crise de délirium Choc direct violent antéro-post : AVP, sport de contact
Physiopathologie	▪ Tête se retrouve en avant de scapula ▪ Lésions capsulo-ligamentaires antérieures ▪ Labrum glénoïdien lésé en antéro-inf ▪ +/- décollement capsulo-périosté de Broca et Hartman (en avant de scapula)	<u>FdR</u> : ▪ Lésions anatomiques (désinsertion labrum glénoïdien = lésion de Bankart, fracture rebord glénoïdien antéro-in, décollement capsulo-périosté de Broca et Harman, encoche de Malgaigne profonde, emoussement ant de glène, atteinte coiffe) ▪ Non-cicatrisation des structures capsulo-labiales ▪ Elongation globale des structures ligamentaires	
Diagnostic	▪ Douleur intense, impotence fonctionnelle ▪ Attitude des trauma du MS ▪ Bras en abduction, RE ▪ Coup de hache externe ▪ Signe de épaulette ▪ Comblement du sillon delto-pectoral ▪ Vacuité de espace sous-acromial ▪ Elargissement du profil ▪ Signe de Berger : irréductibilité de abduction-RE	▪ Amplitudes articulaires normales ▪ Tests cliniques : tiroir antérieur manœuvre d'appréhension, hyperabduction (signe de Gagey), signe de réduction (relocation sign), test du sillon (sulcus sign) ▪ Recherche de signes d'hyperlaxité	▪ Attitude du trauma du MS ▪ Rétropulsion, adduction RI ▪ Proéminence du processus coracoïde ▪ Bomblement région sous-acromiale externe ▪ Peu de déformation de épaule ▪ Tête humérale peu déplacée ▪ Disparition vide sous-acromial post ▪ Attitude irréductible du bras en RI ▪ Perte RE passive et active ▪ Signe de l'aumône
Complications aiguës	▪ <u>Osseuses</u> : ○ Fractures de glène : eculement du bord antéro-inf => instabilité chronique => Tt chir ○ Fractures humérales : encoche de Malgaigne (lésion de Hill-Sachs du bord post de tête humérale), fractures tubercule majeur (avulsion des tendons de coiffe), fractures tête humérale ▪ <u>Neurologiques</u> : nerf axillaire +++, nerf radial, plexus brachial (luxation intra-coracoïdienne) ▪ <u>Vasculaires</u> : exceptionnelles => réduction immédiate nécessaire		

	▪ <u>Musculo-tendineuses</u> : rupture coiffe rotateurs (supra-épineux++), rupture/luxation tendon du long biceps	
Complications secondaires et tardives	▪ Instabilité antérieure / luxations récidivantes ▪ Algodystrophie et raideur : épaule pseudo-paralytique (2aire à rupture de coiffe), capsulite rétractile. + sd épaule-main	▪ Luxation postérieure invétérée ▪ Subluxation récidivante rare
Imagerie	Radios F/P +/- incidence de Garth ▪ Disparition interligne articulaire ▪ Vacuité de glène ▪ Diaphyse humérale en abduction, projection dans axe de coracoïde 	▪ <u>Radios F/P</u> : – Encoche visible – Perte de condensation glénoïdienne antéro-inf – Fracture de glène – + profil de bernageau (incidence de Garth) : écoulement glénoïdien antéro-inf ▪ <u>Arthroscanner</u> ++++ ou arthro-IRM : – Evaluation des structures ostéo-capsulo-labiales antéro-inf ++ et de encoche céphalique post – Rarement : désinsertion capsulaire du côté huméral : HAGL lésion
Formes	▪ Luxation sous coracoïdienne ++ ▪ Luxation intra-  coracoïdienne : lésions vasculo-nerveuses fréquentes ▪ Luxations extra-coracoïdiennes ▪ Luxation ancienne ou invétérée : appariation 3 semaines, sujets grabataires, SDF, polytrau	▪ Forme sous-acromiale (subluxation post) +++ ▪ Forme sous-épieuse (luxation postéro-inf)
Evolution	▪ Favorable 95%	▪ Aggravation progressive ▪ Incidents de + en + fréquents ▪ Sensation insécurité, sensation de bras mort
		▪ Vers luxation postérieure invétérée

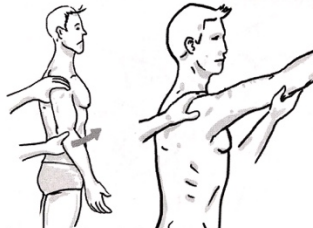
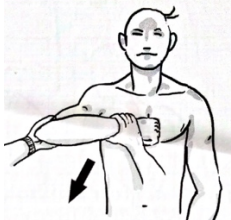
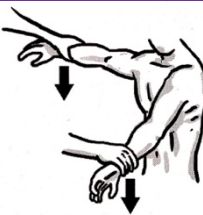
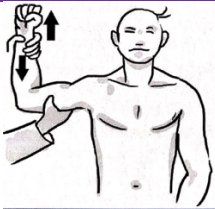
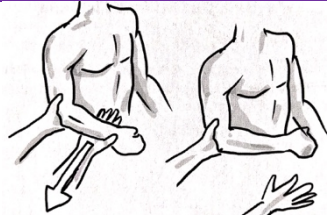
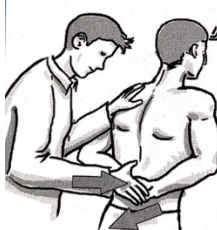
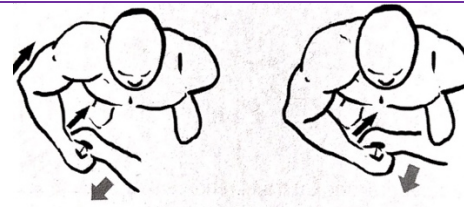
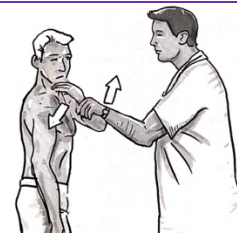
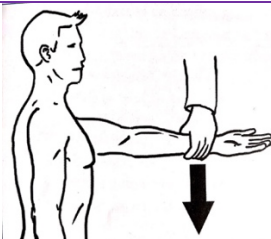
Traitement	▪ <u>Orthopédique</u> : → Réduction en urgence (manœuvre de Milch ou manœuvre de Kocher) +/- sous AG → Examen neuro-vasc + bilan radio → Immobilisation (Dujarrier ou Mayo Clinic) : 3 semaines (âge mûr) ou 6 semaines (jeunes et sportifs) → Antalgiques, surveillance, rééducation dès ablation ▪ <u>Chirurgie</u> : si luxation irréductible, fracture/luxation ▪ REEDUCATION	Chirurgie : ▪ Remise en tension capsulo-ligamentaire : intervention de Bankart, capsulorraphie ant ▪ Butée osseuse (intervention de Latarjet) coracoïdienne	▪ Réduction en urgence ▪ Immobilisation 3 semaines ▪ Kiné + rééducation
-------------------	--	---	---

Autres luxations gléno-humérales :

- **Luxation inférieure (ERECTA)** :
 - Rare, **trauma violent** en **abduction** forcée
 - 2 formes cliniques : **luxation sous-glénoïdienne**, **luxation erecta** (risque maximal de lésion plexus brachial et vaisseaux axillaires)
 - Diagnostic : **attitude irréductible** en **abduction** excessive et **RE**
 - **Lésion capsulo-ligamentaire antéro-inf ++**
 - **Risque vasculo-nerveux ++**
 - Tt : **réduction** en urgence sous AG, contrôle vasculaire post-réductionnel
 - Risque de **récidive ++**
- **Luxation supérieure** : exceptionnelle, systématiquement associée à fracture de la voûte acromio-claviculaire

Disjonction sterno-claviculaire

- Fréquence : rare
- Mécanisme : **traumatisme violent en compression sur le moignon + lésions thoraciques ++**
- Déplacement : antérieur (bien toléré), postérieur (+ grave, risques vasculaires ++)
- Diagnostic : difficile : **TDM** > Rx
- Tt : **orthopédique +/- chirurgical**

Pathologie de la coiffe des rotateurs						
Généralités	▪ Fréquent ++ chez > 40 ans ▪ Après traumatisme sur tendons ayant déjà des lésions dégénératives					
Classifications	▪ <i>Selon type de lésion</i> : – Tendinopathie non rompue calcifiante – Rupture partielle – Rupture transfixiante ▪ <i>Selon mécanisme de rupture</i> : – Sujet jeune et mécanisme en traction (subscapulaire ++) – Aggravant une lésion dégénérative sous-jacente (sujet d'âge mûr) – Micro-traumatisme			Clinique	▪ Douleur permanente, à recrudescence nocturne, insomniante, majorée à effort et élévation du bras ▪ Crise hyperalgique ▪ Sensation de craquement, accrochage douloureux +/- amyotrophie fosse supra- et infra-épineuse, asymétrie, déformation moignon épaule, signe de Popeye	
Tests	Conflit sous-acromial	Manœuvre de Neer	Manœuvre de Yocum		Manœuvre de Hawkins	Cross Arm
		Conflit antéro-supérieur	Conflit antéro-interne			
						
	Rupture d'un tendon de la coiffe	Manœuvre de Jobe	Manœuvre de Patte		Signe du clairon	Test du portillon
		Supra-épineux	Infra-épineux			
						
		Test de Gerber / Lift Off Test	Press Belly Test		Bear Hug test	Palm-Up (signe de Gilcreest)
		Subscapulaire				Chef long du biceps
						

Tests subjectifs	DASH, SSV
Tableaux cliniques	▪ Epaule raide => capsulite rétractile ▪ Épaule fonctionnelle mais douloureuse => conflit simple ou calcification chronique ou rupture peu étendue ▪ Epaule déficitaire => rupture de coiffe ▪ Epaule pseudo-paralytique (impotence sévère sur épaule souple) => rupture massive de coiffe ▪ Epaule hyperalgique => tendinopathie calcifiante avec résorption spontanée
Diagnostic différentiel	▪ Névralgie cervico-brachiale ▪ Parsonnage et Turner ▪ Paralysie du trapèze ▪ Syndrome du défilé
Examens complémentaires	▪ Radios +++ : ○ Eliminer pathologie osseuse ou articulaire ○ Signes indirects de conflits et de lésion de la coiffe : → Pincement sous-acromial < 7 mm (amincissement de la coiffe) → Remaniement (densification/condensation avec géodes du tubercule majeur, face int de acromion) → Omarthrose excentrée secondaire à rupture massive de coiffe+++ +/- néoarticulation acromio-humérale ++ → Calcifications +++ → Acromion pourvoyeur de conflit sous-acromial : acromion crochu → Arthropathie acromio-claviculaire ▪ Echographie +++ : rech épachement, rupture transfixiante de la coiffe, étude du biceps, anomalie tendineuse ▪ Arthroscanner 2^{ème} intention ▪ IRM : 2^{nde} intention : rupture superficielle ou intratendineuse, rupture transfixiante, bursite sous-acromiale, épanchement articulaire, amyotrophie, lésion associée de articulation acromio-claviculaire
Traitement	<u>Médical :</u> ▪ Antalgiques, AINS , corticoïdes ▪ Repos relatif ▪ Infiltrations corticoïdes ▪ Rééducation et auto-rééducation : physiothérapie douloureuse, restauration souplesse articulaire, décoaptation, renforcement des abaisseurs de la tête humérale <u>Chirurgical / arthroscopie :</u> ▪ Exérèse d'une calcification ▪ Acromioplastie (si conflit sous-acromial) ▪ Ténotomie +/- ténodèse du biceps ▪ Réparation de la coiffe : suture ou réinsertion trans-osseuse ou lambeau musculaire + immobilisation 4-6 semaines