



# Petite traumatologie au cabinet médical: le membre thoracique

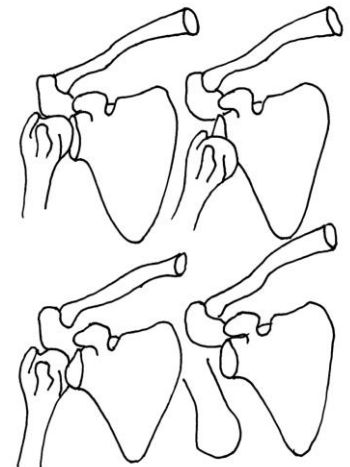
Docteur Richard FERRER

*Service des urgences hôpital Saint Joseph - Marseille*

# Luxation antéro-interne de l'épaule

## Epidémiologie et mécanisme

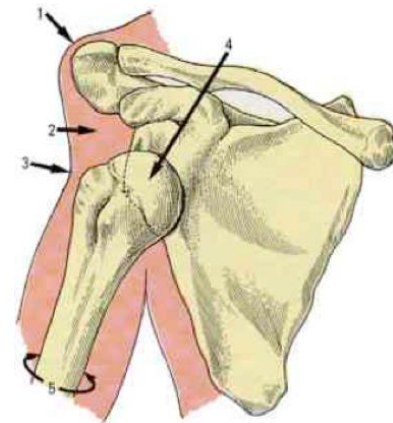
- C'est la plus fréquente des luxations articulaires
- C'est une urgence.
- Peut survenir chez toute tranche d'âge chez l'adulte.
- Mécanisme: direct (chute sur le moignon de l'épaule, choc postérieur) ou indirect (mouvement d'armé contré, traction sur le bras, abduction-rotation externe forcée).
- Plusieurs types: antérieure, postérieure et erecta.



# Luxation antéro-interne de l'épaule

## Diagnostic clinique

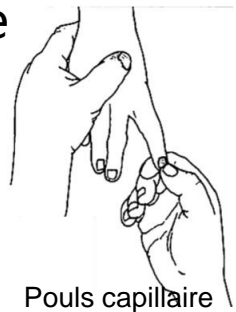
- Douleur vive au niveau de l'épaule.
- Impotence fonctionnelle.
- Attitude des traumatisés du membre supérieur.
- Signe de l'épaulette (1).
- Coup de hache externe (3).
- Abduction irréductible + rotation externe (5).
- Palpation vacuité de la glène (2).



# Luxation antéro-interne de l'épaule

## Recherche de complications immédiates

- Les lésions nerveuses :
  - lésion du nerf axillaire:
    - vérification sensibilité moignon de l'épaule (territoire sensitif du nerf axillaire) et contraction du deltoïde.
- Les lésions vasculaires :
  - Lésion artère axillaire:
    - Vérification systématique des pouls périphériques et recherche de signes ischémiques distaux (douleur, pâle refroidissement, hypoesthésie, paresthésie).

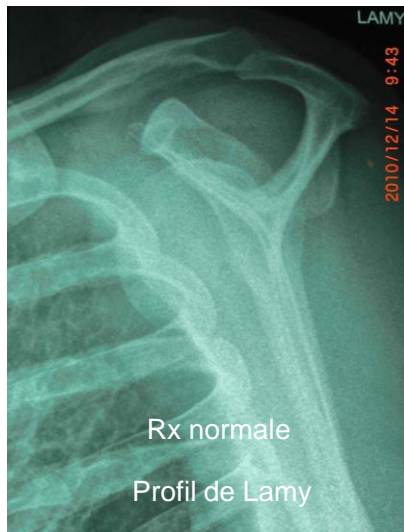


Pouls capillaire

# Luxation antéro-interne de l'épaule

## Diagnostic radiologique

- Incidence de face et profil de Lamy: objective le déplacement, élimine une fracture associée.



# Luxation antéro-interne de l'épaule

## La réduction

- La réduction de la luxation doit être entreprise d'urgence.
- En général sans anesthésie ou cédation légère, de manière douce et progressive, si échec anesthésie générale.
- Plusieurs techniques:
  - Méthode d'Hippocrate.
  - Méthode de « traction-contretraction ».
  - Méthode de « la chaise ».
  - Méthode de Milch ou Berrehail.
  - Méthode de Kocher.
- Radiographie de contrôle après réduction.
- Vérification du pouls radial et examen neurologique après la

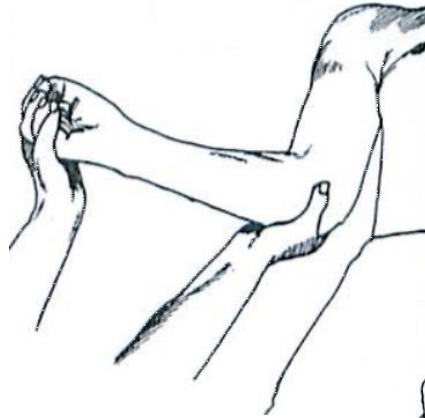
# Luxation antéro-interne de l'épaule

## Méthode de Kocher

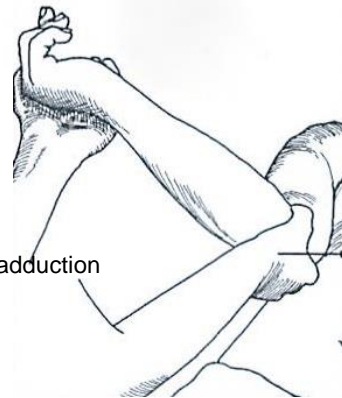
2. Tourner doucement en dehors jusqu'à 90°



1. Commencer par tirer sur le coude, le bras étant collé au corps

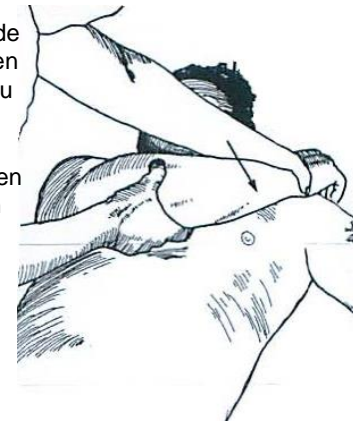


La réduction se fait avec un ressaut



Sinon - Mettre en adduction

Le coude passe en avant du thorax puis, mettre en rotation interne



# Luxation antéro-interne de l'épaule

Méthode de Kocher



# Luxation antéro-interne de l'épaule

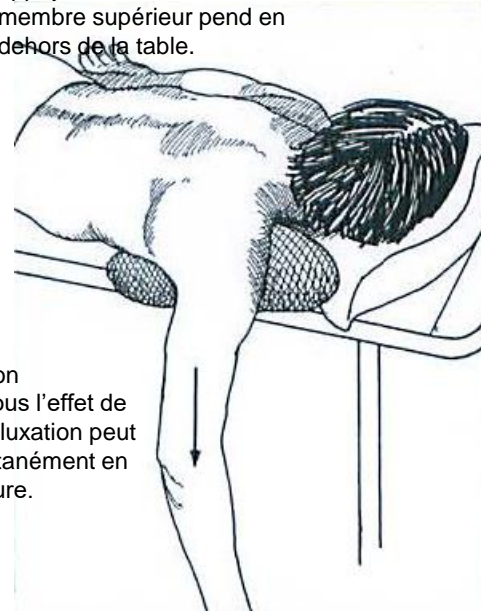
## Méthode d'Hippocrate



## Méthode par la pesanteur

Le patient sous analgésie est allongé sur le ventre, la clavicule appuyée sur un sac de sable, le membre supérieur pend en dehors de la table.

Avec la relaxation musculaire et sous l'effet de la pesanteur, la luxation peut se réduire spontanément en moins d'une heure.



# Luxation antéro-interne de l'épaule

## Méthode de Milch

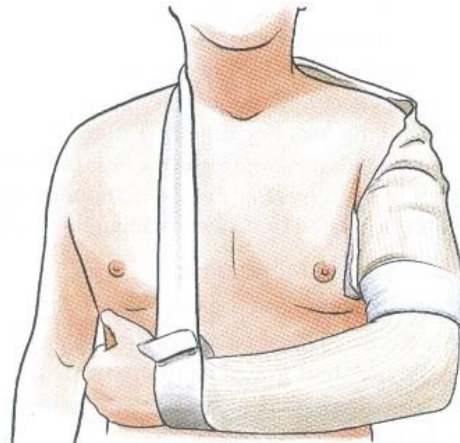


1. Le patient est en décubitus dorsal. L'opérateur placé à côté du blessé, soutient le membre luxé en légère traction, dans l'axe du corps.
2. Il faut rassurer et décontracter le patient. Il ne s'agit pas d'un bras de fer entre le patient et l'opérateur. La réduction ne doit pas être douloureuse.
3. Une fois le patient mis en confiance, amener progressivement et lentement (5 à 10mn) le bras en élévation puis en arrière. le coude passe en arc de cercle par le zénith vers le sommet du crâne. La main se trouve alors derrière la tête, dans la position dite de "*prisonnier de guerre*".
4. Un petit ressaut, rarement perceptible, peut indiquer la réduction qui se produit entre 90° et 100°. Sinon, réaliser une traction douce vers le haut et le dehors durant 5 mn. Un aide peut faciliter la réduction en appuyant sur la tête au niveau de l'aisselle avec sa main.
5. Ramener le membre en rotation interne, coude au corps, avant-bras fléchi sur l'abdomen. La palpation confirme la réduction.

# Luxation antéro-interne de l'épaule

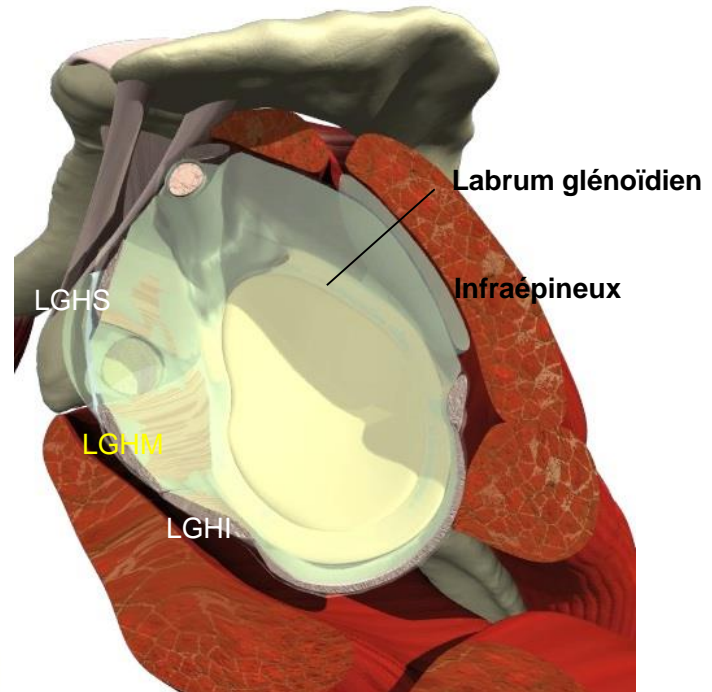
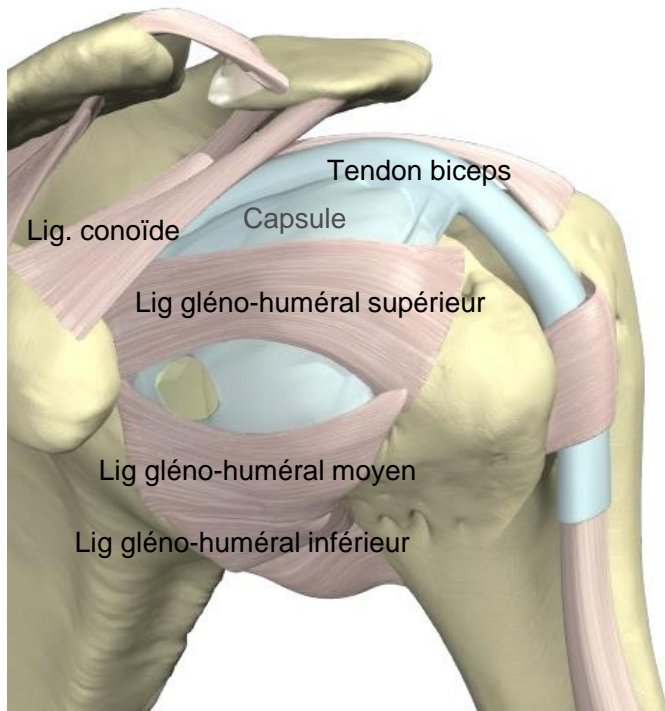
## Les suites après la réduction

- Gilet d'immobilisation scapulo-huméral durant 3 semaines chez le sujet de moins de 40 ans et 15 jours au maximum pour les plus de 40 ans.
- Rééducation après immobilisation.



# Luxation antéro-interne de l'épaule

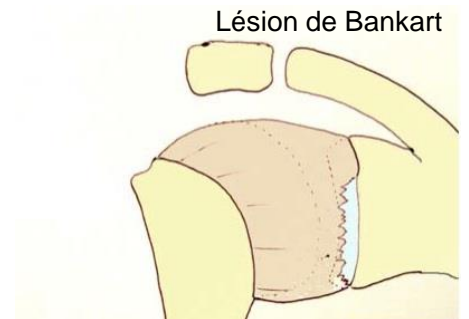
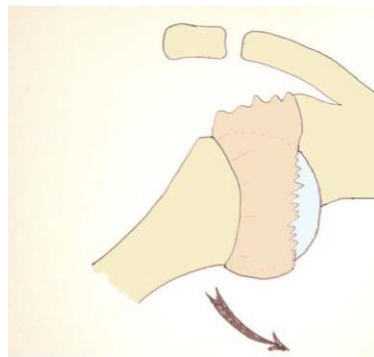
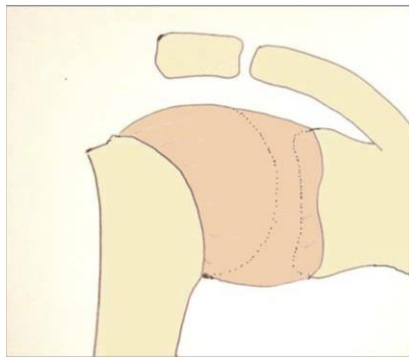
Pour comprendre: rappel  
anatomique



# Luxation antéro-interne de l'épaule

## Conséquences

- Un premier épisode de luxation n'est jamais sans conséquences anatomo-pathologiques: lésions du labrum, lésions capsulaires, tendineuses et osseuses.
- La non cicatrisation de ces lésions est le principal facteur de récurrence.

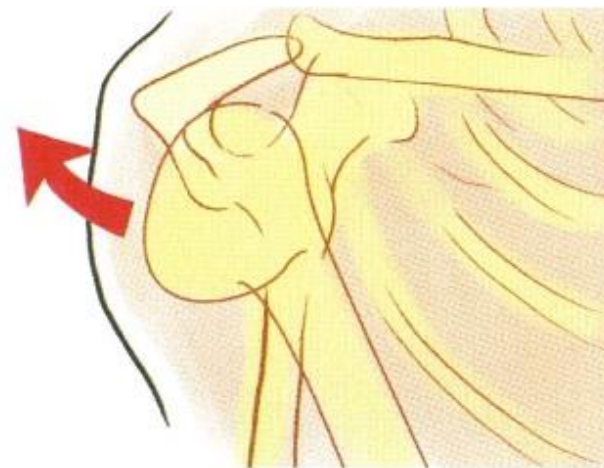


Désinsertion du labrum, LGHI et LGHM

# Luxation postérieure de l'épaule

## Diagnostic clinique

- Diagnostic difficile (peu passée inaperçue).
- Mécanisme:
  - chute sur la main en hyperextension épaule en rotation interne,
  - choc direct contre la face antérieure de l'épaule,
  - Crise convulsive: antépulsion, rotation interne.
- A l'examen: absence de rotation externe passive de l'épaule.



# Luxation postérieure de l'épaule

## Diagnostic radiologique

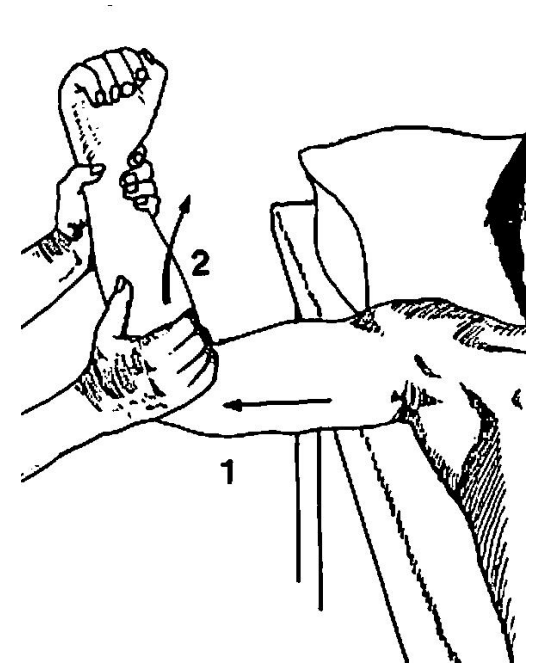
- Incidence de face et profil de Lamy.
- Diagnostic difficile.



# Luxation postérieure de l'épaule

## Traitement: réduction

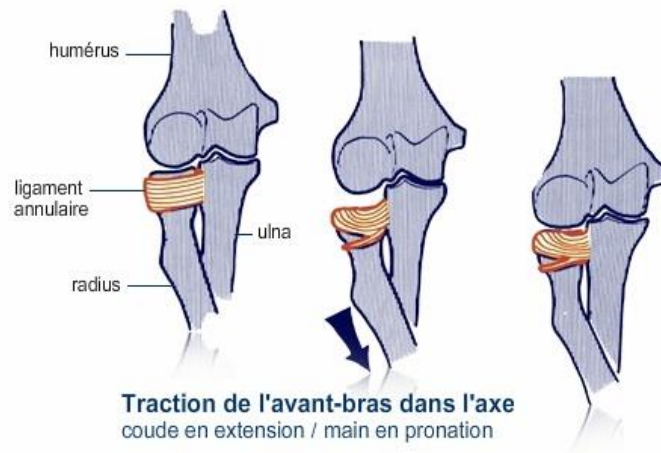
- Tirer sur le bras à 90° d'abduction (1) puis en mettant l'épaule en rotation externe (2).
- Radiographie de contrôle après la réduction.
- Puis gilet d'immobilisation scapulo-huméral 4 semaines.



# Pronation douloureuse

## Epidémiologie et mécanisme

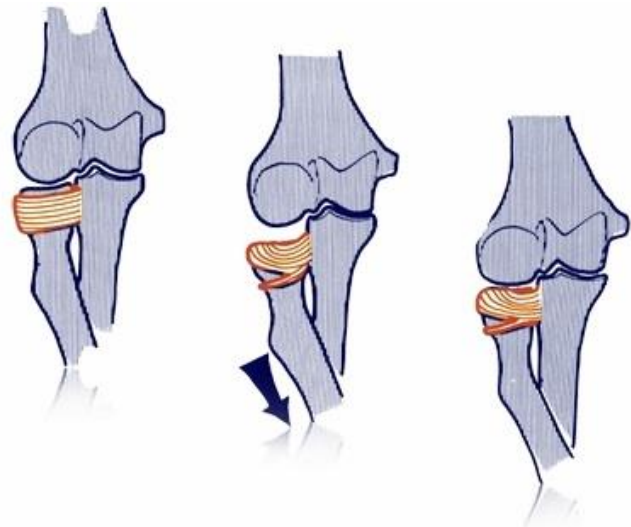
- Lésion spécifique à l'enfant de moins de 6 ans.
- Traitement simple.
- Mécanisme: traction de l'avant-bras dans l'axe, coude en extension et main en pronation.



# Pronation douloureuse

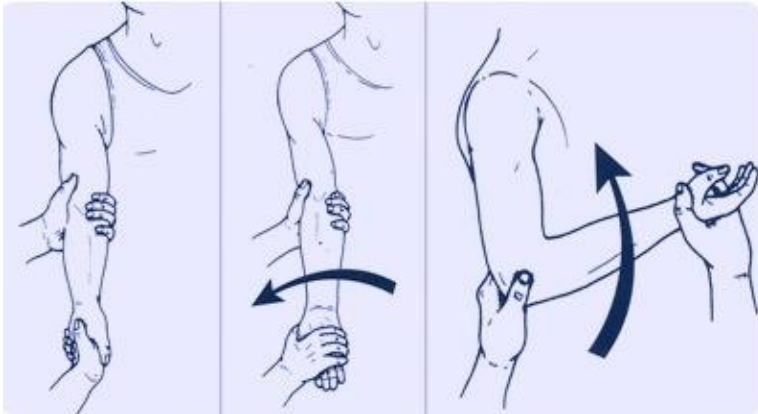
## Diagnostic

- Il se fait sur le mécanisme.
- Douleur au moment de l'incident.
- Enfant gardant son bras en extension le long du corps.
- Pas de douleur en dehors de toute manipulation.
- L'enfant redoute la mobilisation.



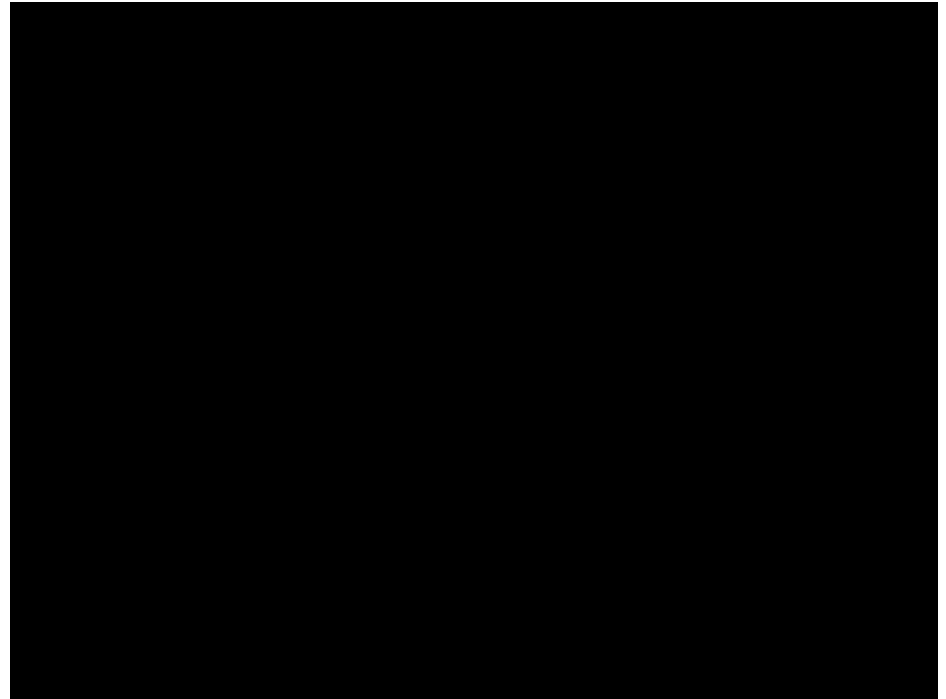
# Pronation douloureuse

## Manœuvre de Broca



Il faut prendre la main de l'enfant d'une main, et de l'autre placer ses doigts en regard de la tête radiale. La main est en pronation et on la porte progressivement en supination. C'est le premier temps de la réduction et c'est parfois suffisant pour ressentir un ressaut au niveau de la tête radiale qui correspond en fait au ligament annulaire qui se remet en place.

La manœuvre se poursuit par une mise en flexion du coude et c'est parfois seulement à ce moment que l'on perçoit le ressaut.



# Pronation douloureuse

## Après la réduction

- Très rapidement l'enfant remobilise son membre supérieur normalement.
- Aucune immobilisation n'est indispensable.
- Prévenir les parents des risques de récurrence.
- Leur expliquer les mouvements à éviter.

Merci de votre attention