

CHU BEB ELOUAD
SERVICE ORTHOPEDIE
PR YAHYA CHERIF
DR KHALDI FATMA ZOHRA

Luxation d'épaule



Introduction :

articulation: est une jonction permettant de relier des os et de leur donner une mobilité l'un par rapport à l'autre. Il existe trois types des articulations:

A- Synarthrose : immobile

B- amphiarthrose : semi mobile

C- énarthrose ou synoviale : mobile

Luxation: perte totale et permanente de contact des surfaces articulaires suite à un traumatisme .

Subluxation : perte partiel de contact des deux surfaces articulaires on peut dire luxation incomplète

.

luxation de l'épaule :

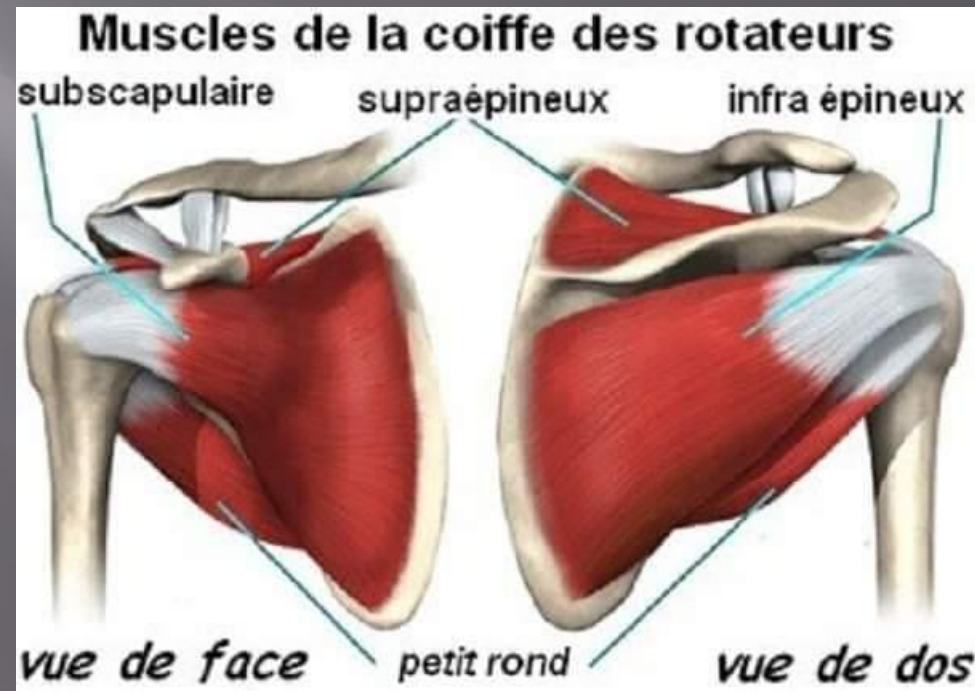
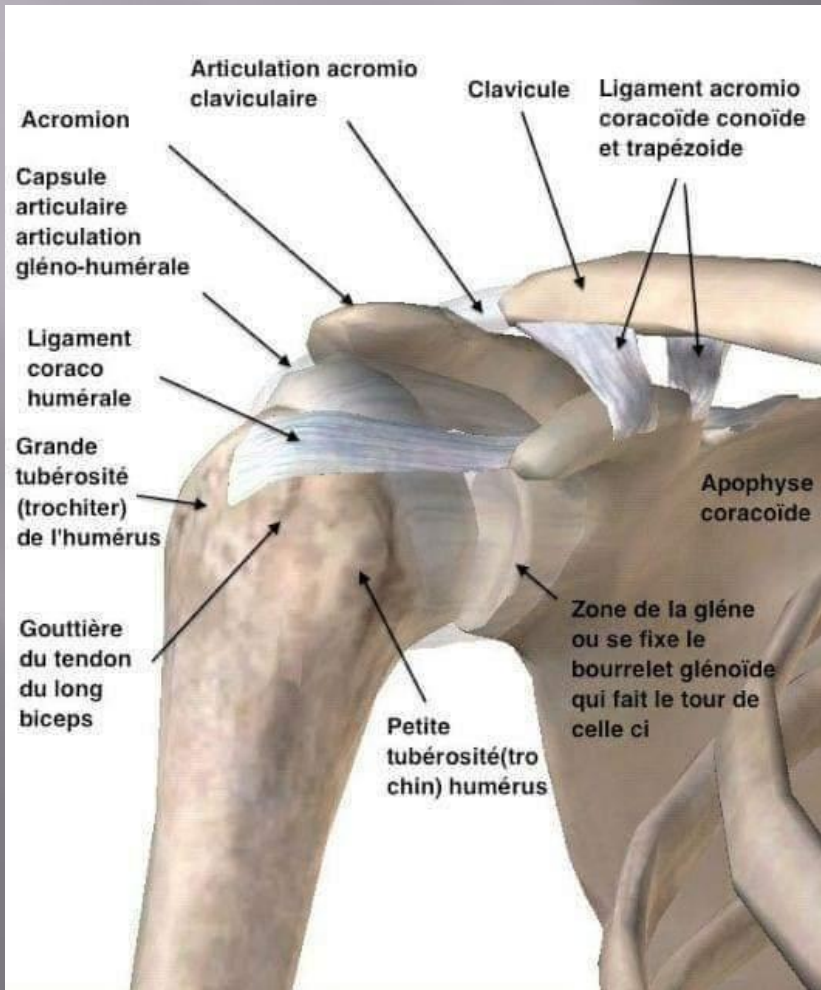
L articulation de l'épaule :

- ❑ c est une articulation mobile faite d une jonction des trois os :
- ❑ La tête humérale
- ❑ la glène de scapula
- ❑ L extrémité externe du clavicule .

Sont relies entre eux par :

- les ligaments
- la capsule (éléments passifs de stabilité)
- les muscles (éléments actifs) : **la coiffe des rotateurs** .

Luxation de l'épaule



Luxation de l'épaule

- ▣ **la vascularisation:** ce fait par l'artère axillaire .
- ▣ **L'innervation :** par les branches de plexus brachial
- ▣ **Les mouvements :** sur les trois plans:
 - Plan frontal: adduction ,abduction
 - Plan sagittal : antépulsion, rétropulsion
 - Plan transversal: rotation externe , rotation interne .

LUXATION DE PAULE :

▣ Le mécanisme :

Direct : traumatisme direct sur l'épaule ex e: accident de voie publique .

Indirect : le plus fréquent chute sur la paume de la main ou le coude en positions:

A- luxation antéro-inferieure: bras en abduction et rotation externe ou impact postéro-externe sur le moignon de l'épaule .

B-luxation postérieur : bras en adduction rotation interne ou impact antéro-externe sur l'épaule se voit surtout chez les épileptiques

C-luxation inferieure : sous glénoïdienne .

D-luxation supérieure : sus glénoïdienne .

Luxation de l'épaule



**Anatomie
normale**



**Luxation
antérieure**



**Luxation
postérieure**

Luxation antéro-interne :



Luxation antéro-inferieure :

- C est la plus fréquente 95% suite souvent le mécanisme indirect .
- Selon le déplacement de la tête humérale on distingue :

Luxation sous coracoïde : la plus commune

Luxation extra coracoïde :(subluxation)

Luxation Intra coracoïde : rare suite d un traumatisme important

Luxation sous claviculaire

Luxation antéro-inferieur :







LUXATION ANTERO INTERNE sous coracoïdienne

■ A L EXAMEN CLINIQUE :

Douleur importante avec impotence fonctionnelle .

Attitude du traumatisé de membre supérieur : le membre fléchi au coude soutenu par la main du membre controlatéral



ATTITUDE DE

DESSAULT .

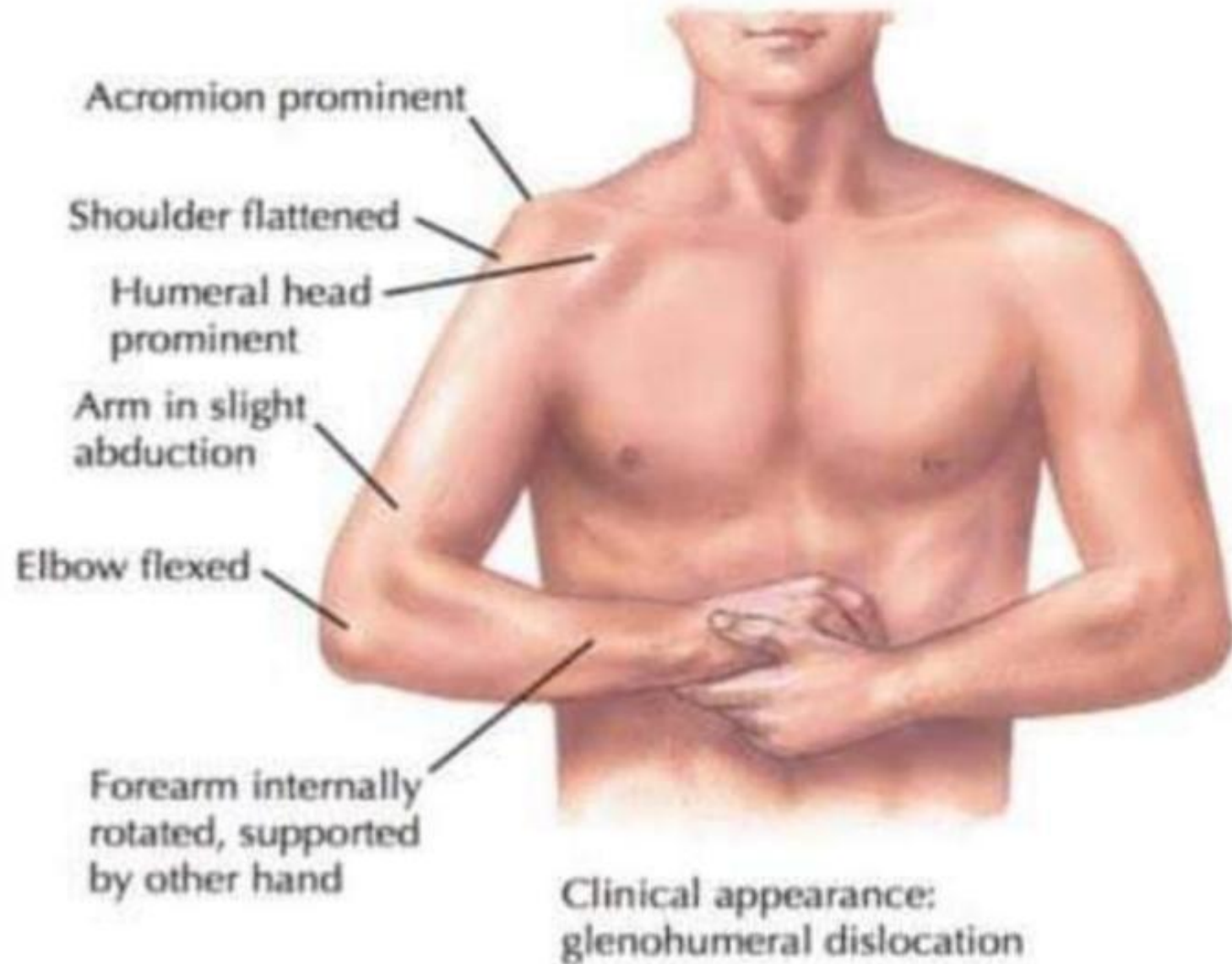
Les déformations caractéristiques de l'épaule luxé :

Signe de berger : abduction irréductible et en rotation externe ou adduction impossible

Signe de l'épaulette : saillie de l'acromion en dehors vacuité de la cavité glénoïdale

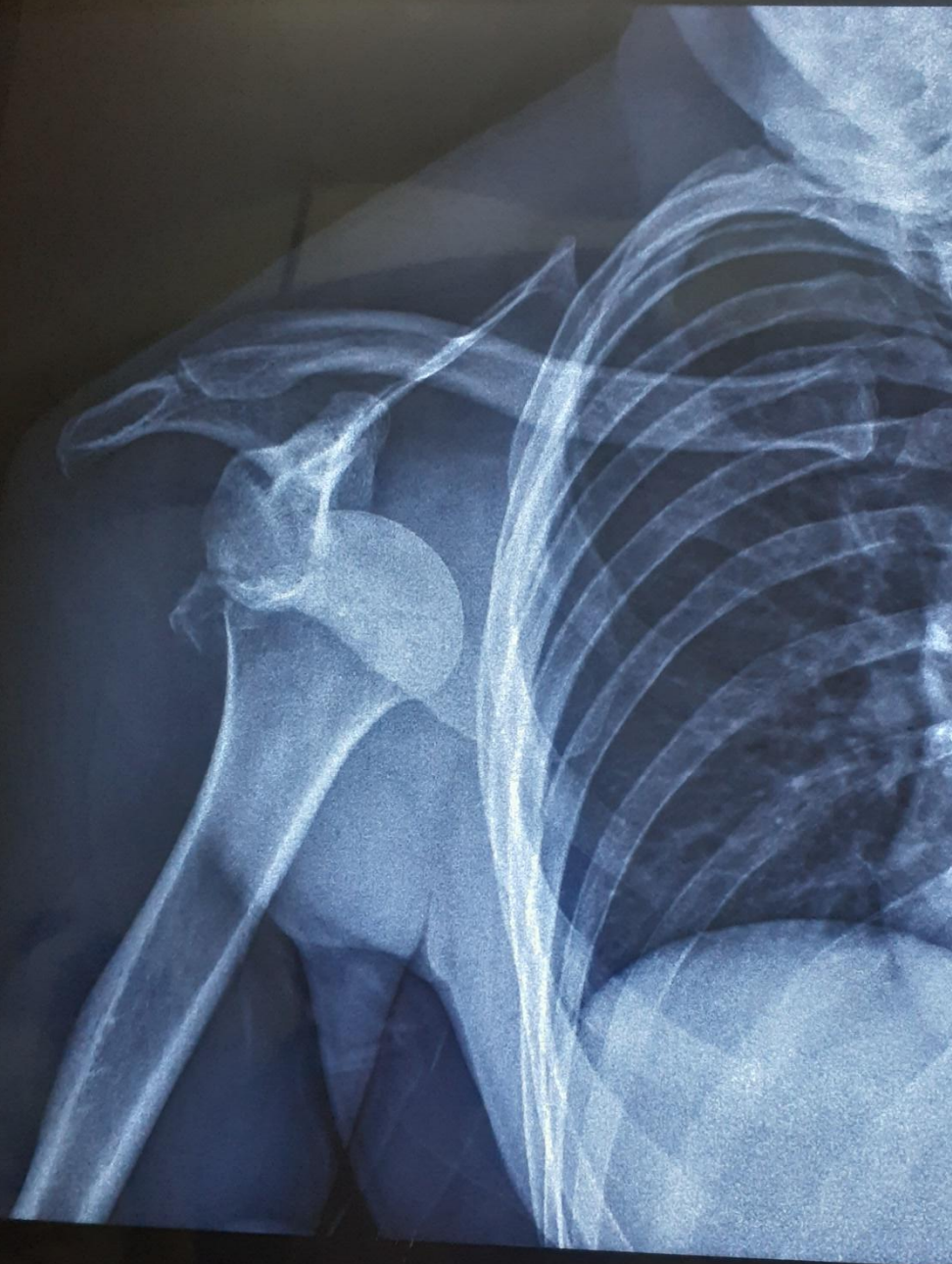
Comblement du sillon délto-pectorale par la tête humérale

Coupe de hache latérale



Luxation antéro-inferieure :

- ▣ Les lésions associées :
 - ▣ **Glène:** source immédiate d incoercibilité et d instabilité chronique nécessite traitement chirurgicale
 - ▣ **Bourrelet glénoïdien** : antéro inférieur
 - ▣ **Humérus** :
 - fracture de tubercule majeur avulsion des tendons de la coiffe des rotateurs donc l irrédutibilité .
 - Fracture de encoche de malgaigne ou lésion de hill-sache : bord postérieur de la tête
 - ▣ **capsule ligamentaires** : constantes
 - ▣ **Vasculaires et nerveuses** :rupture de l artère axillaire ou section de nerf circonflexe le patient présent d anesthésie du moignon de l épaule et paralysie de l abduction (deltoïde)
 - ▣ **Ouverture cutané** :rare



1/2021
:07

Luxation antéro-interne :

- ▣ Les examen complémentaires :

- ▣ Radio :

de Face : objective la vacuité de la glène et la disparition de l'interligne articulaire et la diaphyse humérale en abduction

De profil : montre le déplacement de la tête humérale en avant ou postérieur

Luxation antéro-interne :

- ❑ La conduite à tenir devant luxation antéro-inferieure :
- ❑ la luxation est une urgence thérapeutique nécessite une PEC en trois temps :
- ❑ La réduction: après éliminer une fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus

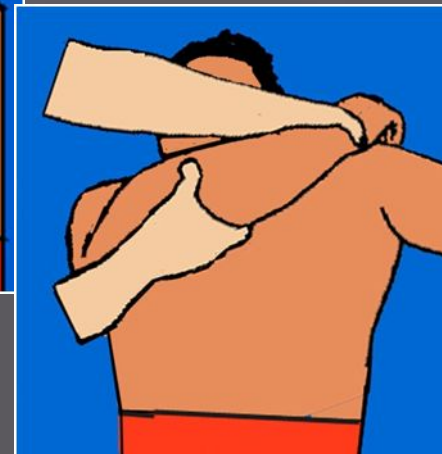
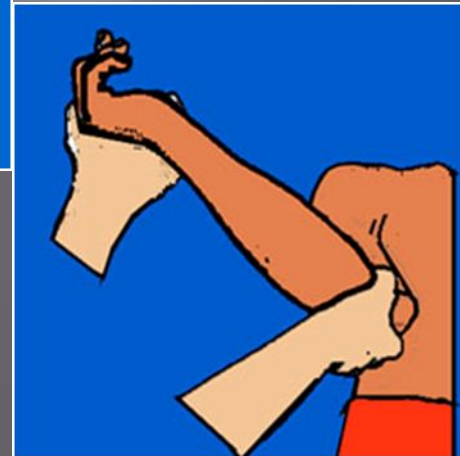
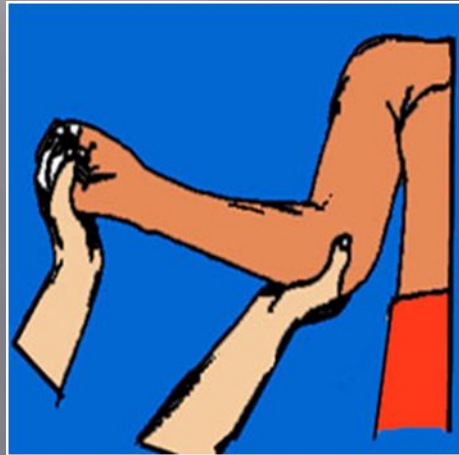
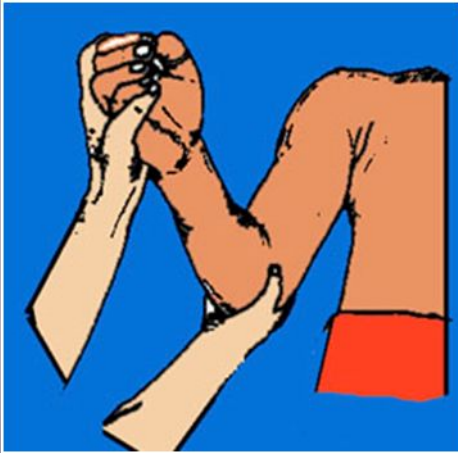
Anesthésie générale normalement devant toutes luxations mais en réalité en fait que si fracture associée, irréductibilité, complications, grand patient, hyperalgique.

MANŒUVRE DE KOCHER : traction axiale en abduction et rotation externe puis adduction et rotation interne de bras ramené sur le thorax du patient

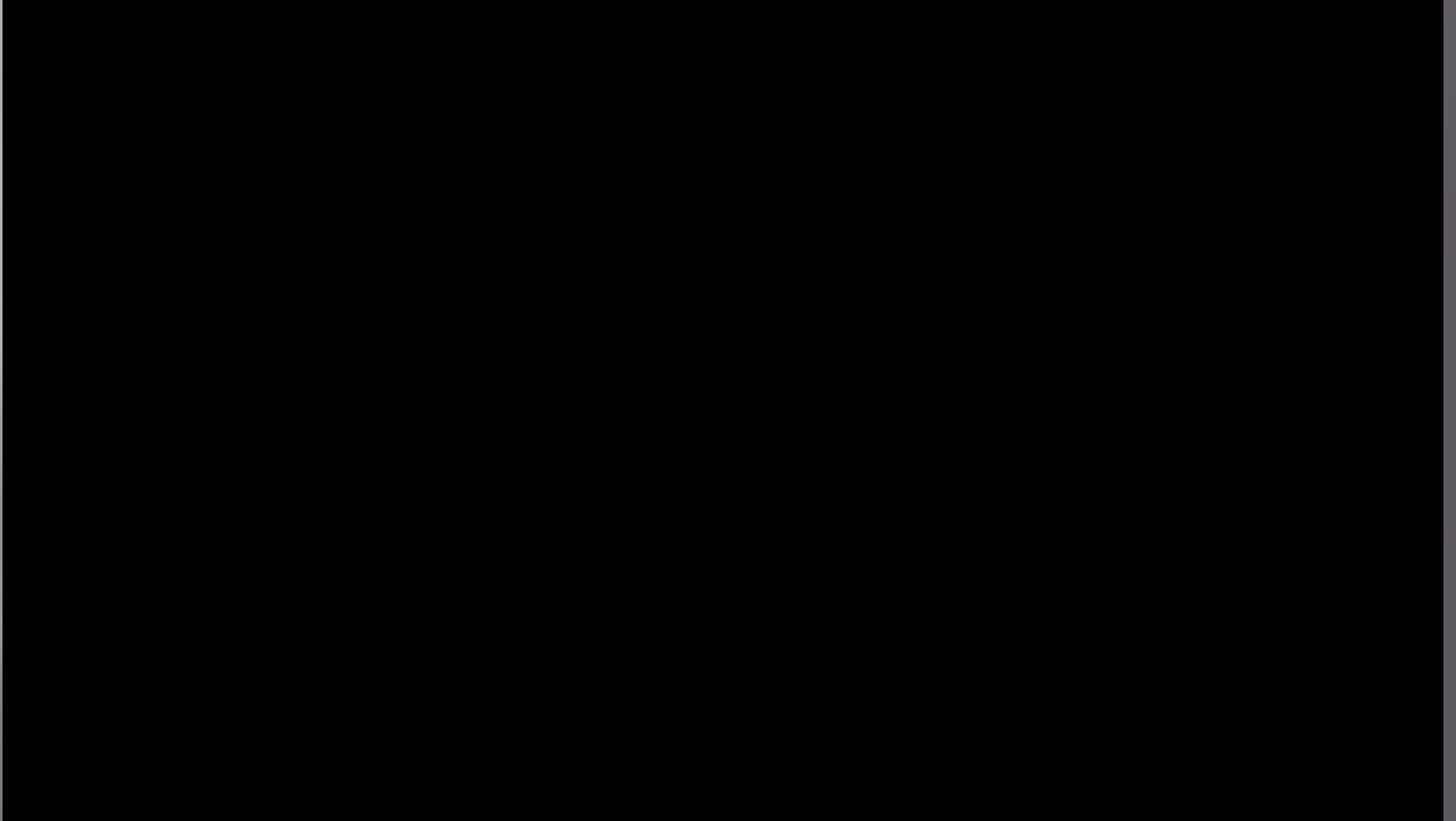
Un claquement audible et perceptible confirme la réduction. Il faut tester la stabilité de l'épaule et faire un radio de contrôle

- ❑ L'immobilisation: en écharpe de type DUJARRIER OU MAYO pendant trois semaines
- ❑ La rééducation précoce : de 6 à 8 semaines pour récupération totale des mouvements.
- ❑ LE TRAITEMENT CHIRURGICAL : indiqué devant luxation récidive, irréductibilité, incoercibilité.

Luxation antéro-interne :



Luxation antéro-interne :



- ▣ LES COMPLICATIONS :
- ▣ **Récidive** : surtout chez le sujets jeun(<18 ANS)
signification d atteinte du bourrelet
glénoïdienne.
- ▣ **Raideur et l instabilité de l épaule.**





Luxation postérieure :

- ▣ Il y a deux variété :
- ▣ 1- sous acromiale : intra capsulaire
- ▣ 2- sous épineux : ou la capsule déchirée associée au fracture de bord postérieur de la glène .

luxation inferieure :

- A-Luxation de ERICTA : la tête
- est au dessous de la glène
- et la diaphyse se redresse .
- B- luxation sous glénoïdienne



Luxation supérieure :

- Est exceptionnelle , avec aspect d élévation de moignon de l épaule

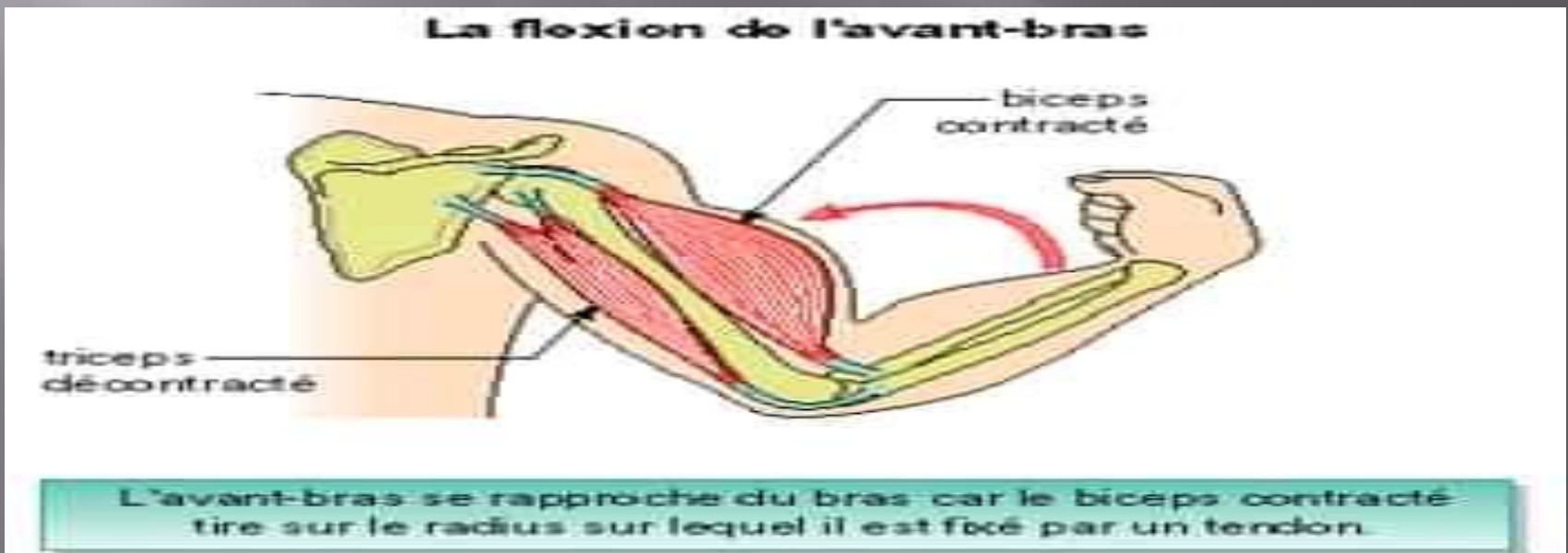
LUXATION DE COUDE



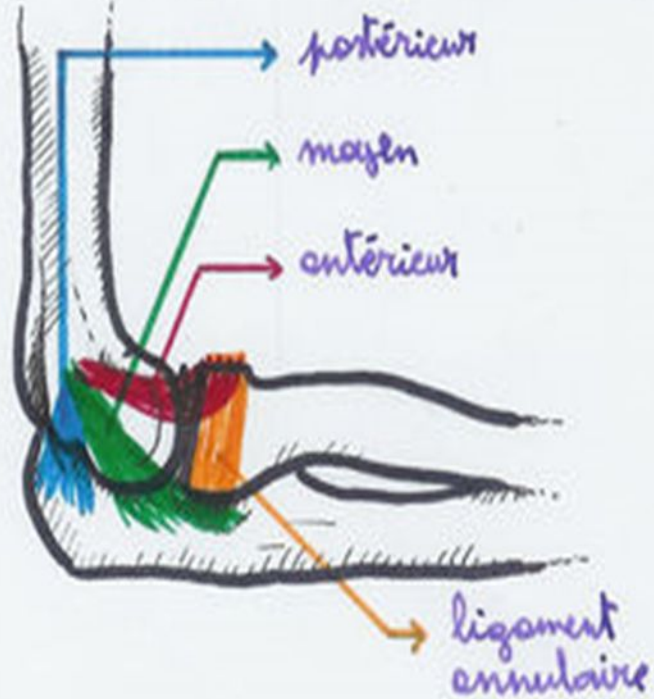
- C est la perte de contact entre l extrémité inférieure de l humérus et les extrémités supérieures des deux os de l avant bras radius et l ulna suite d un trauma .
- C est la deuxième luxation la plus fréquente après luxation de l épaule

L'anatomie de coude :

- C'est la jonction des trois os qui sont réunis entre eux par les ligaments et renforcés par les muscles .
- Assure les mouvements suivants : flexion ,extension ,supination ,pronation .

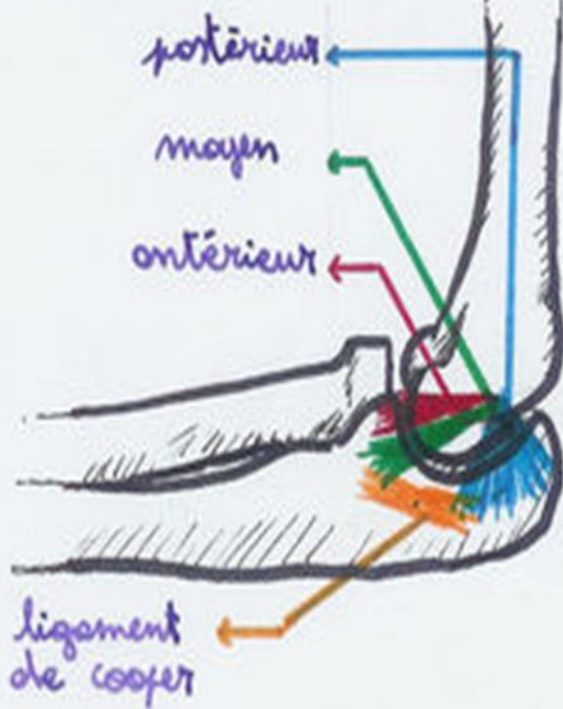


ligament colatéral latéral:



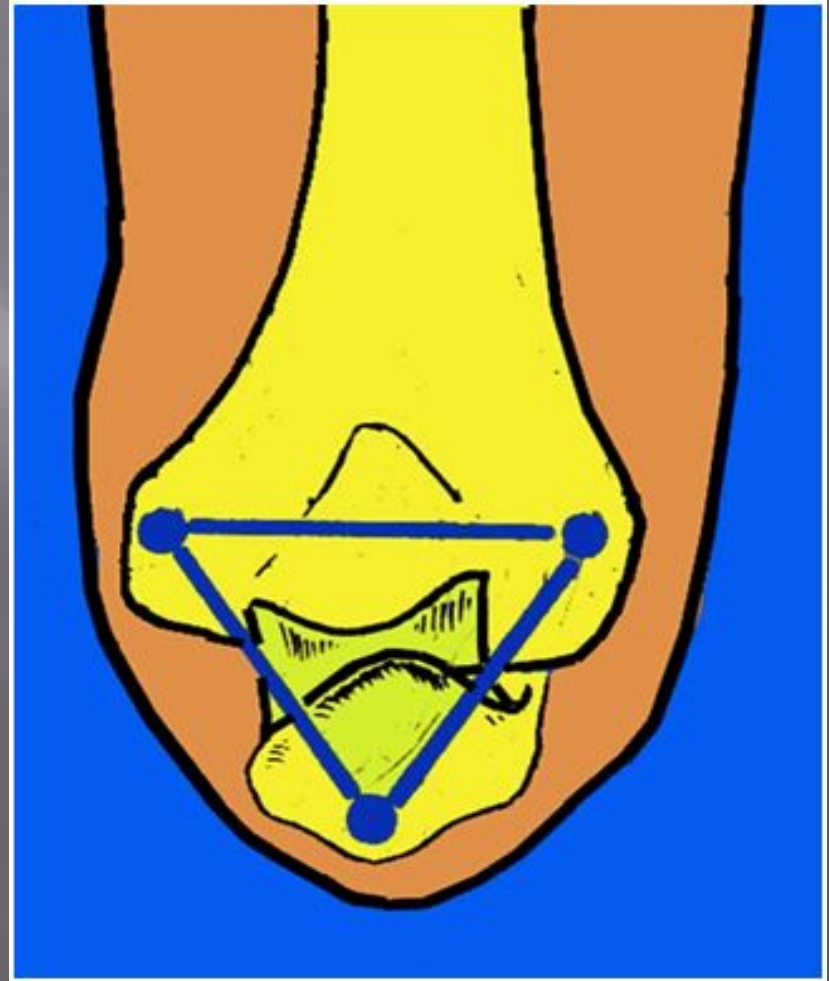
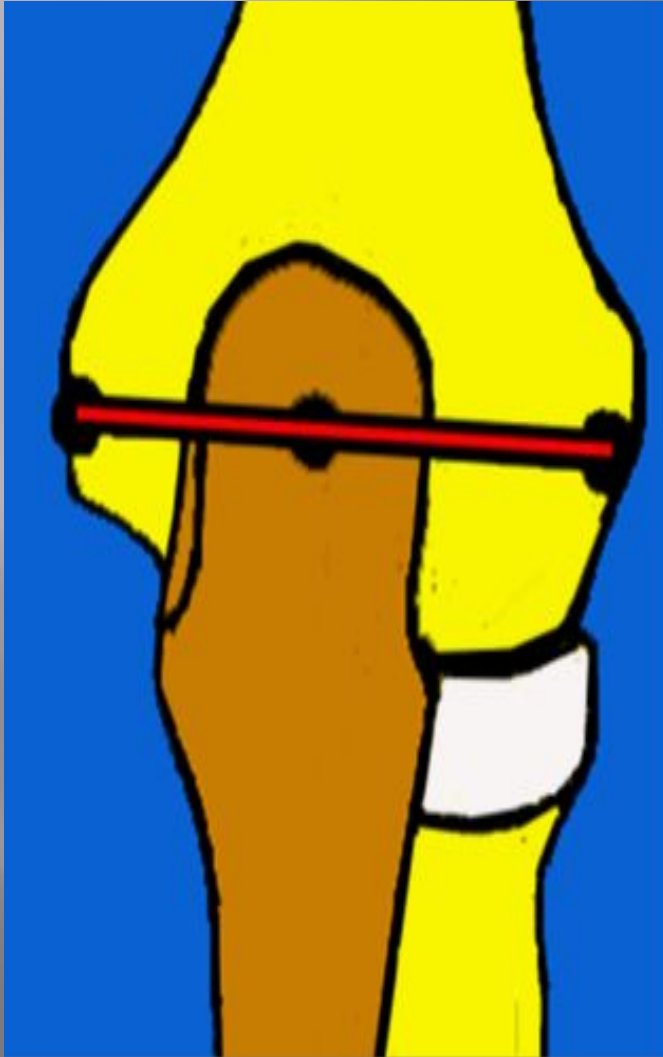
FACE LAT.

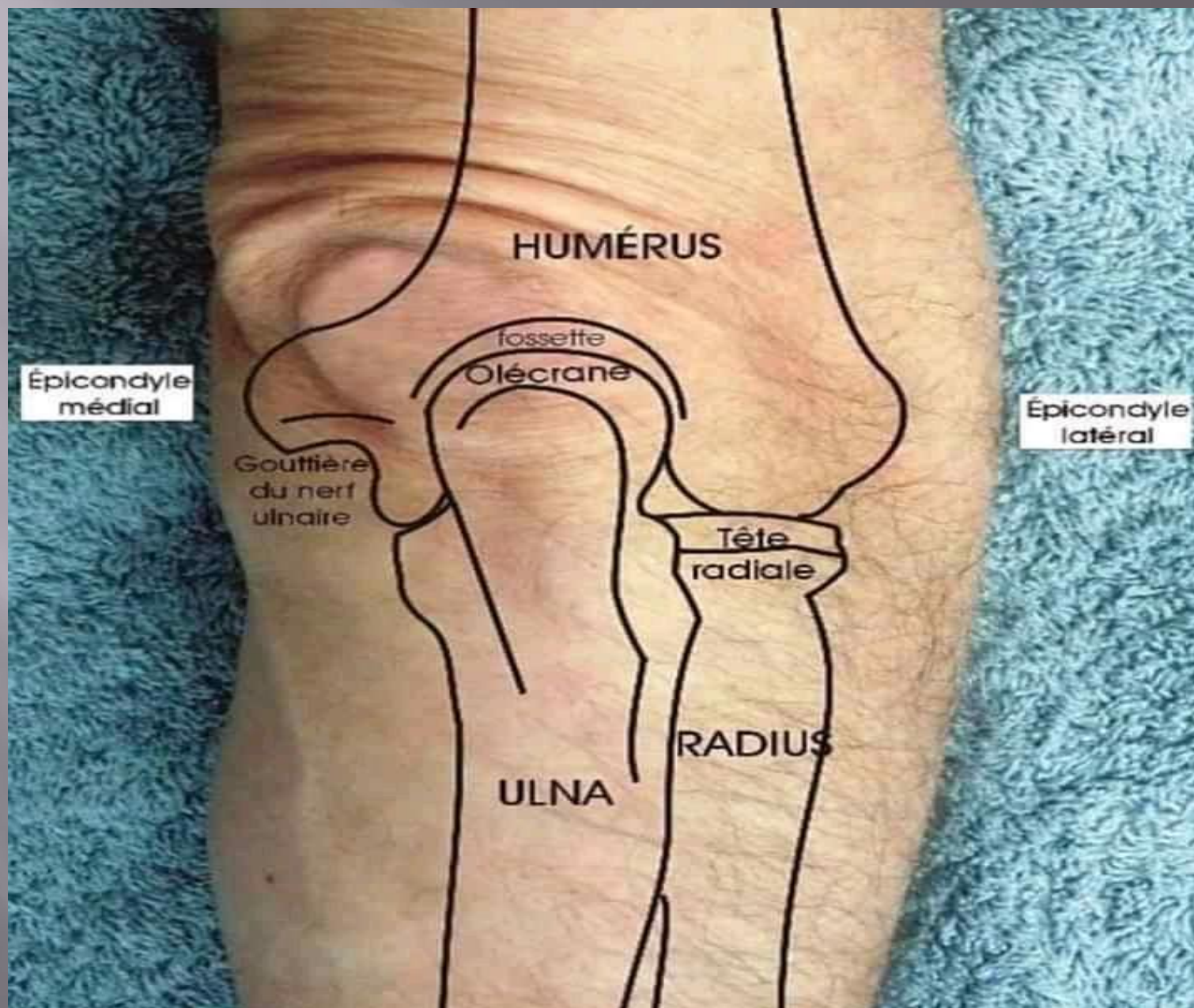
ligament colatéral ulnaire:



FACE MED.

- Le coude représente trois repère osseux palpables :épicondyle médial (capitulum) et épicondyle latérale (trochlée)
- En extension les reperes sont aligne horizontalement : la ligne de malgaine
- En flexion forment le triangle nelaton





les types de Luxation:

- **Luxation convergente** : ou les deux os de l'avant bras gardent les rapports normaux elle peut être :

A-Postérieure :

Le mécanisme : chute de coude en extension avec valgus

La clinique : douleur , impotence fonctionnelle , ecchymoses , coude augmenté de volume , avant bras raccourci , le triangle modifié .

Lésions associées : ouverture cutanée , étirement ou rupture de l'artère brachiale , lésion nerveuse : atteinte de nerf ulnaire , radiale ou nerf médial et des fractures

.

■ RADIO :

Face :disparition de ligne de malgine avec superposition des deux os de avant bras

Profil :le plus important : cavité cubitale vide , l'apophyse coronoïde se place au niveau de la fossette olécraniennne .

LE TRAITEMENT:

Réduction : sous AG

- Traction longitudinale sur l'avant bras
- -contre extension de l'avant bras
- -mise en flexion progressive avec pression direct sur l'olécrane pour de propulser d'arrière en avant

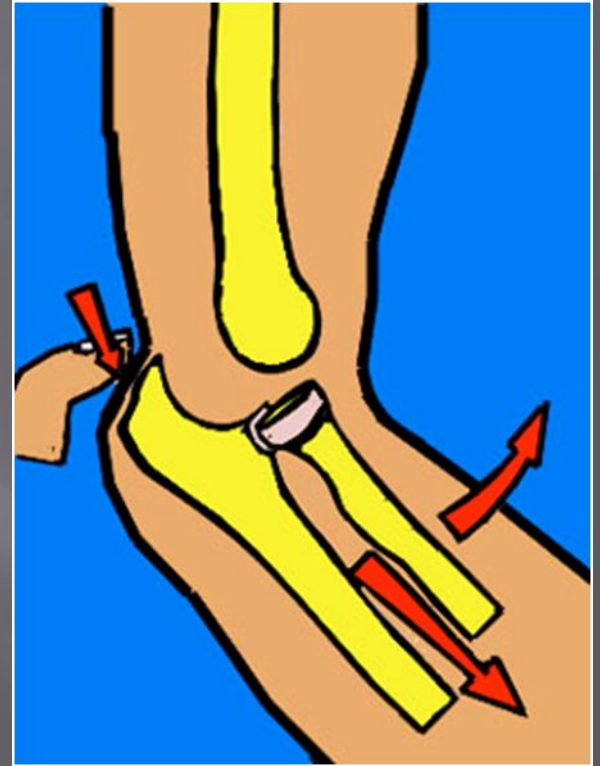
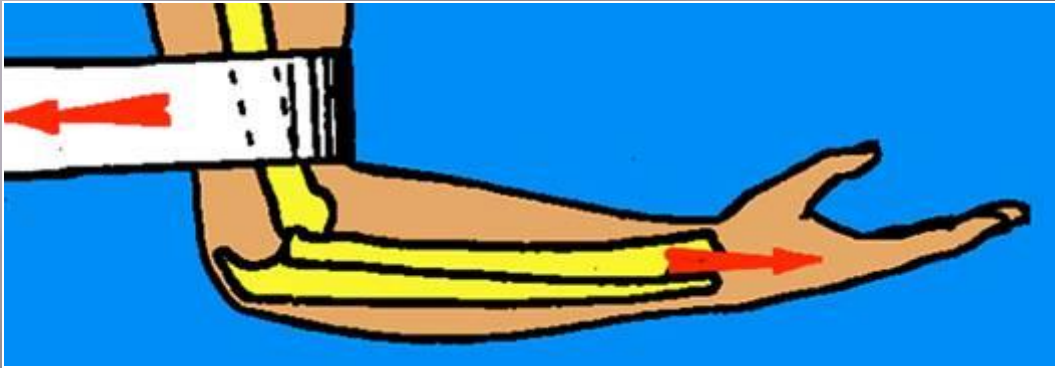
Immobilisation : attelle postérieure , en flexion entre 60 ° 90° pendant 15 jours .

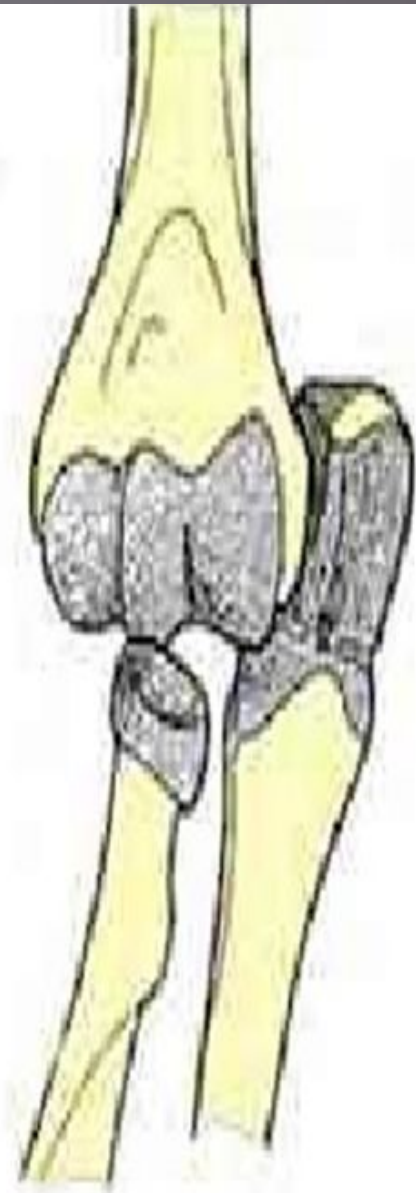
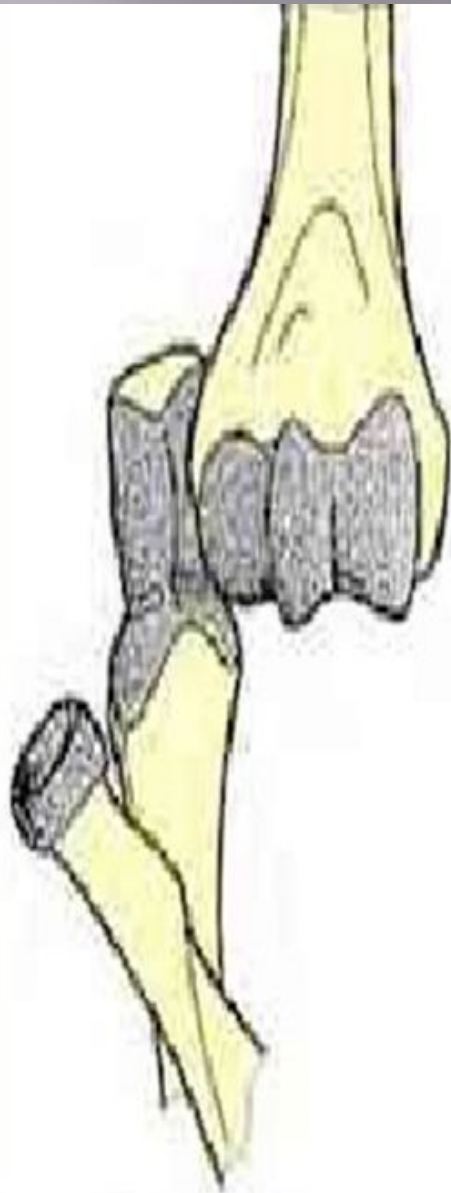
Radio de contrôle :

Rééducation : est confirmé par claquement audible et mobilité normal et bien sur radio de contrôle







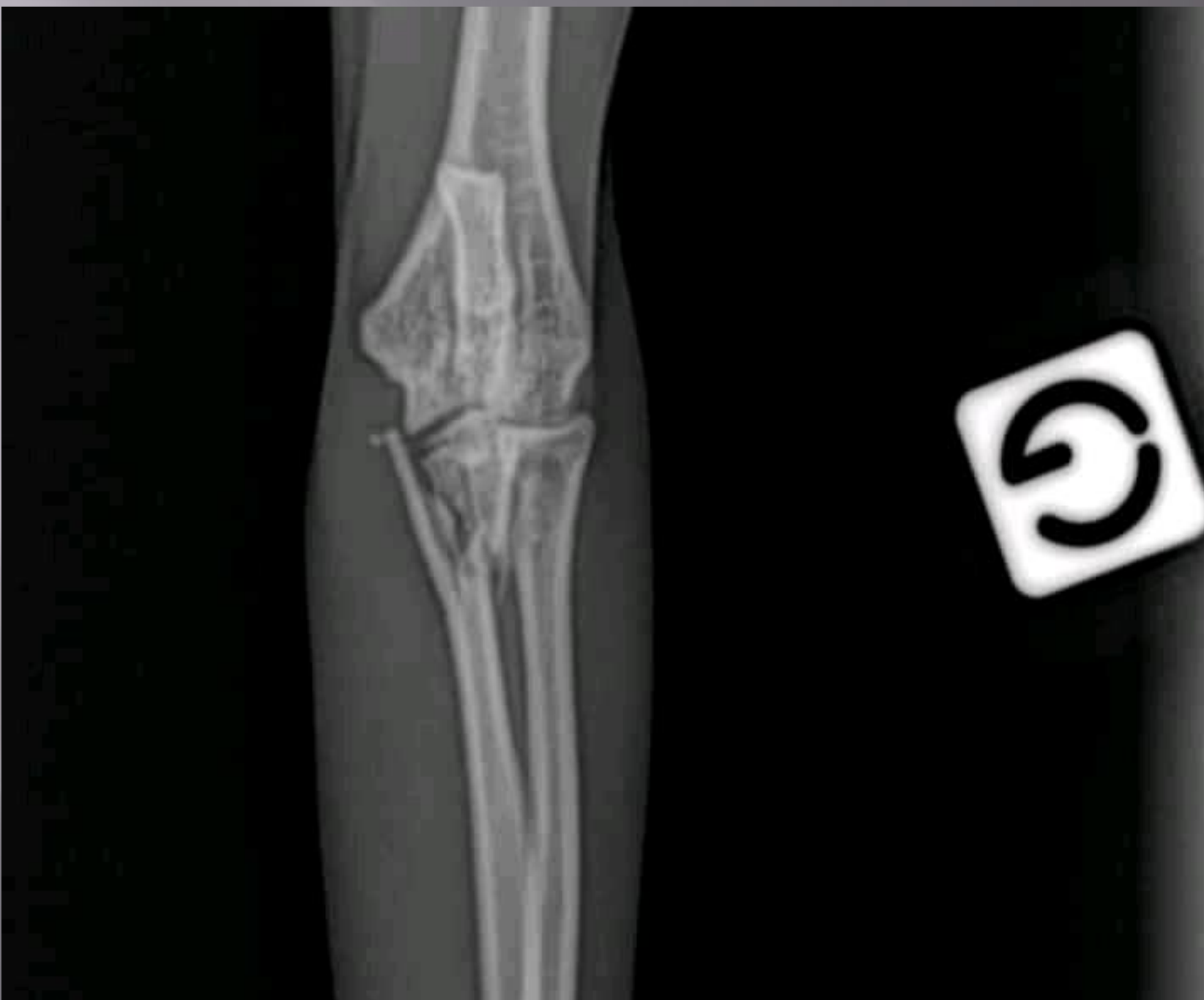


**Le traitement chirurgicale
est indiqué devant :**
atteinte vasculaire
, osseuse, ligamentaire
, luxation ouverte ou
irréductible .



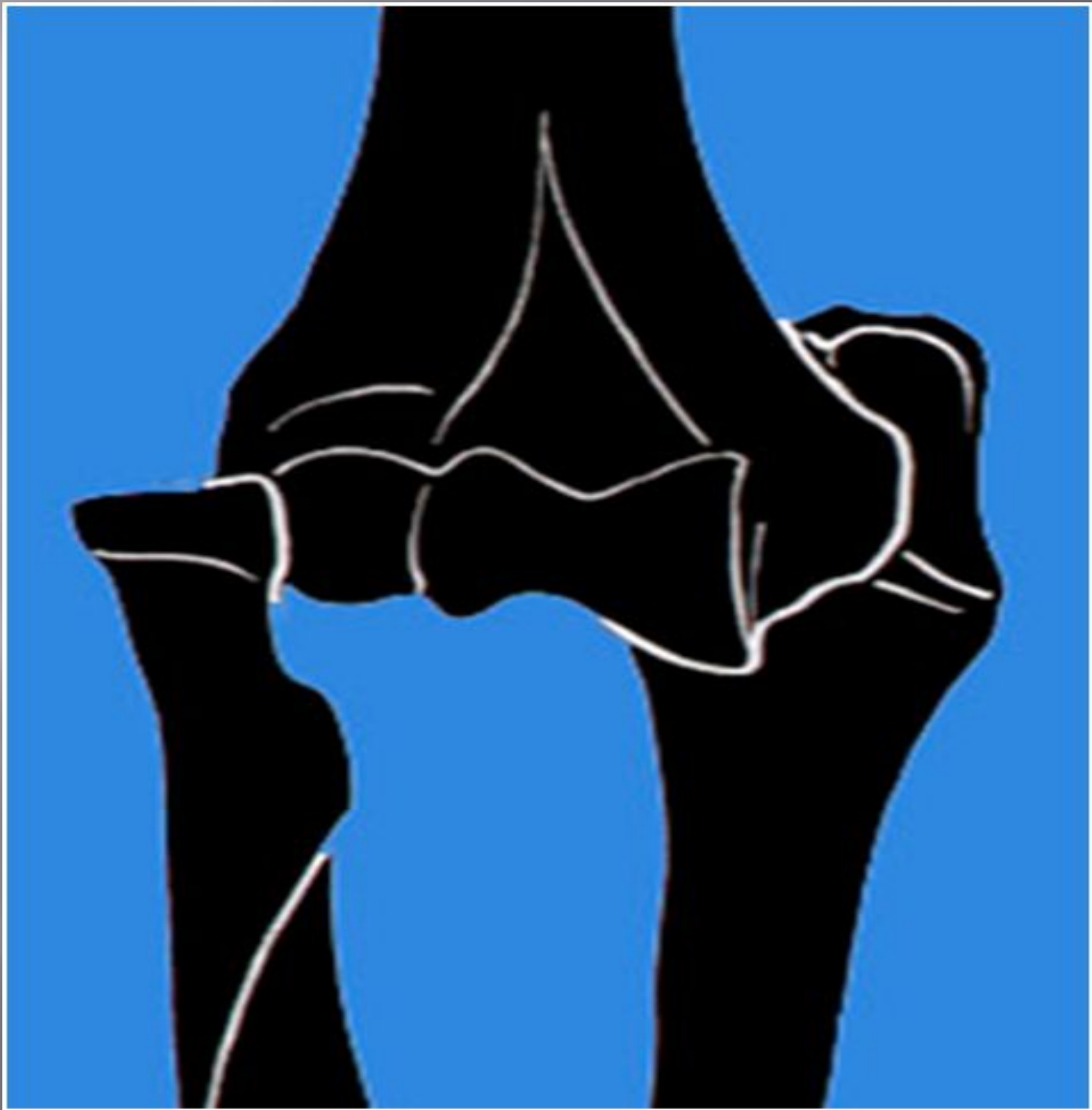
- Les complications :
- Syndrome de loge
- Complications neurologiques vasculaire
- Des complications tardives : récdivité de luxation , raideur ,ostéome , arthrose .

- **B-Luxation antérieure** : peut être aussi médiale ou latérale associée avec la fracture de l'ulna (l'olécrane) qu'on appelle **luxation transolécrane de BIGA-THOMINE suite** un mécanisme direct ou le coude en flexion .
- Parfois luxation antérieure pure sans fracture favorisée par un choc direct sur le coude en extension ou aplasie de l'olécrane ou hyperlaxité articulaire associé souvent à lésion de nerf cubital .



Luxation divergente :

- Est exceptionnelle s associée avec des rupture constante du ligament annulaire et du ligament carré .
- Luxation de l un des deux os de l avant bras
- Se type de luxation on le voit surtout chez les enfants suite une traction de membre supérieur qu entraine une luxation isolée de radius





- ▣ Les lésion associée :
- ▣ Fracture de la tête radial
- ▣ Fracture de l'olécrane
- ▣ Fracture de processus coronoïde

Luxation isolée de radius :

- Rare associée avec la fracture de l'extrémité supérieure du cubitus : **FRACTURE DE MONTEGGIA**



