

# Les luxations et instabilités de l'épaule

Professeur Dominique SARAGAGLIA  
Mars 2003

## Pré-Requis :

- anatomie descriptive et fonctionnelle de la scapulo-humérale
- imagerie de l'épaule

## Résumé :

Les instabilités aiguës et chroniques de l'épaule correspondent au motif de consultation le plus fréquent en pathologie de l'épaule de l'adulte jeune. L'instabilité antérieure aiguë et chronique pose peu de problèmes diagnostiques sauf dans les cas d'épaules douloureuses par épisode d'instabilité méconnu (intérêt +++ de l'arthro-scanner). La luxation postérieure de l'épaule passe volontiers inaperçue en urgence d'où l'intérêt d'avoir des radiographies standards correctes qui doivent conduire au moindre doute à la prescription d'un scanner.

Le traitement est habituellement orthopédique dans les cas aigus (immobilisation suffisamment prolongées pour faire cicatriser les lésions ligamentaires) et chirurgical dans les lésions chroniques (butée pré- glénoïdienne ou réinsertion capsulo-ligamentaire).

## Mots-clés :

Epaule, instabilité, butée, Bankart, luxation.

## 1. Introduction

La luxation de l'épaule est une perte des rapports entre la tête de l'humérus et la glène de l'omoplate.

Les luxations antéro-internes sont les plus fréquentes des luxations de l'épaule, qui sont elles-mêmes les plus fréquentes de l'organisme.

## 2. Les luxations antéro-internes

### 2.1. Etiologie

- fréquentes surtout chez l'homme jeune (20 à 50 ans), elles sont moins fréquentes chez la femme, et rares chez le vieillard et l'enfant.
- il s'agit la plupart du temps d'un accident sportif (ski +++, football, rugby, etc...), parfois d'un A.V.P. ou d'un A.T.
- le mécanisme peut correspondre soit à une chute sur la paume de la main, membre en rétro-pulsion rotation externe, soit à une abduction rotation externe forcée soit enfin à une traction sur le membre en abduction rotation externe. Plus rarement il peut s'agir d'un choc direct sur le moignon de l'épaule.

## 2.2. Anatomie pathologique

Il est classique de distinguer 4 variétés de luxation antéro-interne de l'épaule : la luxation extra-coracoïdienne, la luxation sous-coracoïdienne (la plus fréquente), la luxation intra-coracoïdienne et la luxation sous-claviculaire. Cette distinction n'a pas un grand intérêt pronostique, mais il est évident que plus le déplacement est important, et plus il risque d'y avoir des lésions associées graves (vasculaires, nerveuses ou tendineuses).

### 2.2.1. Les lésions capsulo-ligamentaires

La lésion habituelle est la désinsertion du bourrelet glénoïdien au niveau du pôle antéro-inférieur de la glène en même temps que le ligament gléno-huméral inférieur : c'est la lésion de Bankart, qui, lorsqu'elle est plus importante correspond au décollement capsulo-périosté de Broca et Hartmann.

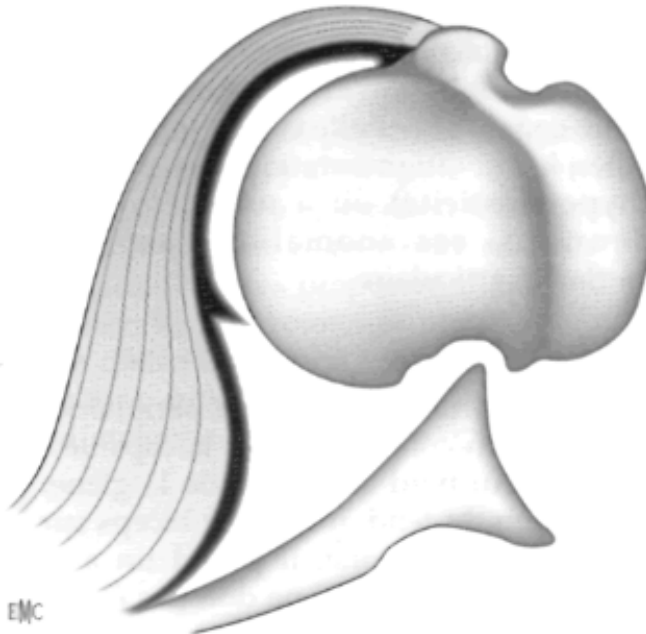


Schéma : décollement capsulo-périosté de Broca et Hartmann  
(D'après EMC)

Dans certains cas, le bourrelet reste inséré sur la glène et c'est le ligament gléno-huméral inférieur qui est déchiré.

### 2.2.2. Les lésions osseuses

Elles siègent habituellement au niveau du rebord antéro-inférieur de la glène et/ou de la tête humérale.

La glène peut être le siège d'une fracture (à peine visible) ou d'un tassement de son rebord antéro-inférieur que l'on appelle éculement. La tête humérale peut être le siège d'une encoche située à son pôle supérieur et postérieur entre calotte cartilagineuse et trochiter ; c'est l'encoche de Malgaigne qui correspond à une fracture-enfoncement par contact appuyé de la tête humérale contre le rebord antéro-inférieur, au moment de la luxation (lésion de la tête et/ou de la glène).



Photo : Face de Bernageau :  
Encoche de Malgaigne  
(D. Saragaglia)

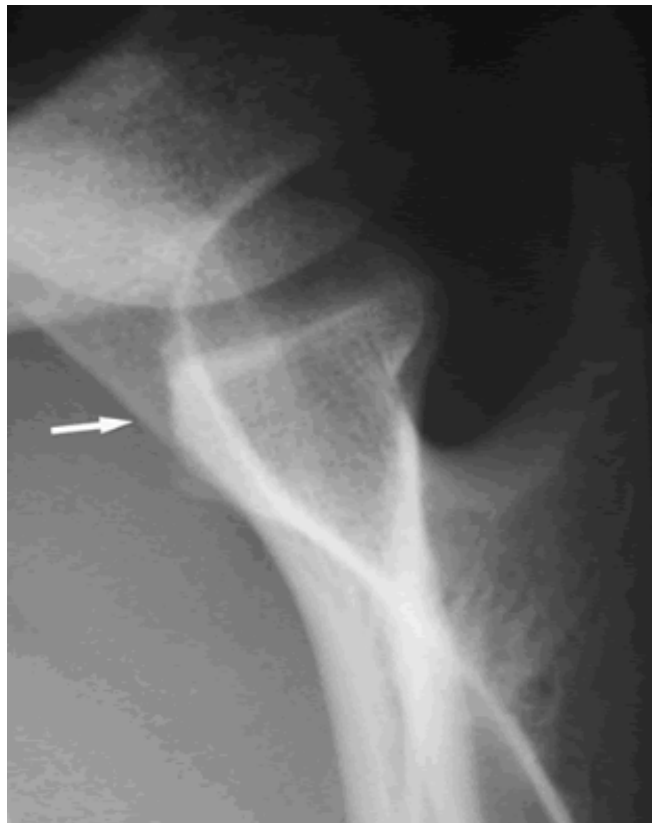


Photo : Profil de Bernageau :  
Écurement de la Glène  
(D. Saragaglia)

### 2.2.3. Les lésions associées

Il peut s'agir de lésions osseuses : fracture du trochiter, fracture de la coracoïde, fracture du col de l'humérus.



Photo : [Fracture du trochiter](#)  
(D. Saragaglia)

Dans de rares cas, il peut s'agir de lésions vasculo-nerveuses : nerf circonflexe, artère axillaire, plexus brachial complet ou incomplet.

Chez les sujets de plus de 40 ans, il n'est pas rare de retrouver une rupture associée de la coiffe des rotateurs ; il s'agit d'une rupture qui survient sur une coiffe dégénérative qui a perdu une partie de son "élasticité".

## 2.3. Etude clinique

### 2.3.1. Symptômes

Signes fonctionnels :

- douleur +++
- impotence fonctionnelle :
  - bras soutenu par le membre valide
  - abduction irréductible

Examen torse nu :

- galbe de l'épaule a disparu
- signe de l'épaulette

- dépressibilité de la région sous acromiale (vacuité de la glène)
- comblement du sillon delto-pectoral

### 2.3.2. Avant de réduire la luxation

- s'assurer de l'absence de complications vasculo-nerveuses (+++)
  - pouls radial et cubital
  - mobilité et sensibilité des doigts
  - sensibilité du moignon de l'épaule
- demander une radiographie +++
  - face stricte
  - confirme le diagnostic
  - élimine une fracture associée

## 2.4. Traitement

- réduction orthopédique en urgence sans anesthésie ; si échec réduction sous anesthésie générale
- immobilisation coude au corps pendant 8 à 10 jours pour les adultes de + 35 ans, 45 jours pour les plus jeunes (moins de risque de capsulite rétractile).

## 2.5. Evolution

Risque de récurrence dans plus de 50% des cas. Plus le sujet est jeune et sportif plus la récurrence est fréquente : c'est la luxation récidivante de l'épaule ou encore instabilité de l'épaule.

## 3. La luxation postérieure

Beaucoup plus rare que les luxations antéro-internes (3 à 5% des luxations de l'épaule), elle se voit au cours d'accidents sportifs, d'accidents du travail ou de la voie publique. Une étiologie particulière est représentée par la crise d'épilepsie (+++). Il faut savoir que 50% de ces luxations passent inaperçues (+++) car le diagnostic n'est pas fait en urgence.

### 3.1. Mécanisme

Il s'agit habituellement d'une chute sur la paume de la main avec rotation interne forcée du bras. Dans quelques cas il peut s'agir d'un choc direct sur le moignon de l'épaule.

### 3.2. Etude clinique

Signes fonctionnels :

- douleur +++
- impotence fonctionnelle
- rotation externe impossible (+++)
- attitude en adduction rotation interne +++

Examen torse nu :

- pratiquement pas de déformation de l'épaule+++
- impression de vide sous acromial antérieur

La radiographie +++ :

- doit être de qualité car c'est elle seule qui permet de faire le diagnostic
- incidences de face stricte +++ et profil de Bloom et Obata
- elle montre :
  - la tête humérale à cheval sur le rebord postérieur de la glène +++ (incidence de profil)
  - aspect de double contour de la tête humérale sur la face (+++)
- Ces 2 clichés suffisent habituellement pour faire le diagnostic. En cas de doute :  
SCANNER

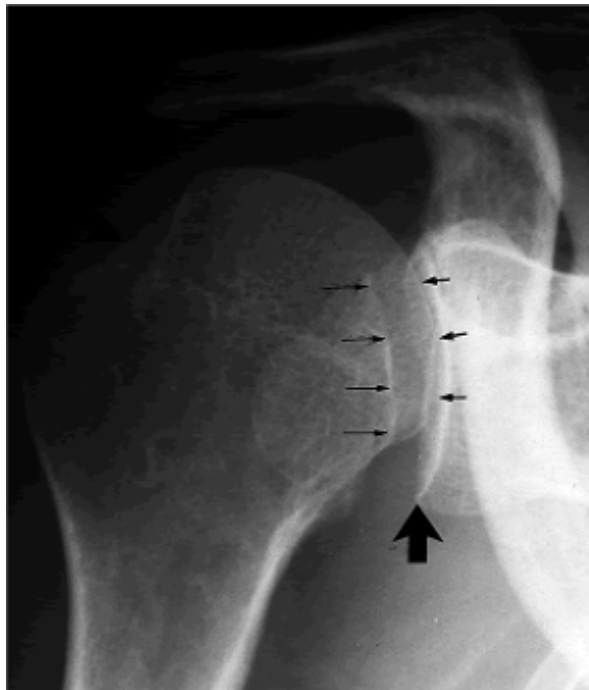


Photo : Radiographie de face d'une luxation postérieure de l'épaule :  
double contour (encoche)  
(D. Saragaglia)



Photo : Radiographie de profil de Bloom et Obata d'une luxation postérieure de l'épaule :  
déplacement postérieur et encoche de Mac Laughlin  
(D. Saragaglia)

### 3.3. Traitement

Réduction orthopédique en urgence sous anesthésie générale et immobilisation en abduction-rotation externe sur plâtre thoraco-brachial (30 à 45 jours) de préférence.

### 3.4. Evolution et pronostic

L'évolution vers l'instabilité postérieure de l'épaule est relativement rare. Le seul problème des luxations postérieures est de savoir y penser et de savoir regarder correctement une radiographie. Trop de luxations postérieures sont diagnostiquées au stade de luxation invétérée.

## 4. Les instabilités antérieures de l'épaule

Il s'agit d'une symptomatologie chronique, qui soit survient au décours d'une luxation antéro-interne (luxation ou subluxation récidivante), soit se manifeste d'emblée par des subluxations répétées ou des épisodes douloureux purs.

### 4.1. Etude anatomo-pathologique

Les lésions capsulo-ligamentaires et osseuses sont les mêmes qu'au stade aigu en sachant cependant que la répétition des épisodes d'instabilité peut aggraver des lésions qui étaient initialement peu importantes.

### 4.2. Etude clinique

#### 4.2.1. 3 tableaux cliniques

##### 4.2.1.1. La luxation récidivante vraie

Le diagnostic est facile, surtout lorsque l'on dispose des clichés de l'épaule luxée (à demander systématiquement). Les clichés après réduction montrent très souvent les signes indirects de la luxation.

##### 4.2.1.2. La subluxation récidivante

Le diagnostic est facile lorsque le sujet analyse parfaitement cette subluxation qui s'accompagne volontiers d'une douleur brutale allant parfois jusqu'au tableau d'impression de "bras mort".

##### 4.2.1.3. L'épaule douloureuse pure

Il n'y a pas de sensation de "déboîtement" ou d'instabilité. Il s'agit d'une douleur aiguë qui survient au cours d'un mouvement "d'armer du bras" et qui disparaît bras le long du corps.

### 4.2.2. Examen

Il ne permet pas de retrouver d'éléments pathognomoniques de l'instabilité. Seuls des éléments d'orientation peuvent être recueillis :

- signe de l'appréhension lors de l'armer du bras (abduction à 90°, rotation externe)
- nécessité d'arrêter certains sports (hand-ball, volley, tennis, etc...)
- absence de gêne bras le long du corps
- certains tests n'ont aucune valeur discriminatoire : tiroir antérieur, hyperlaxité inférieure, test de recentrage.

### 4.2.3. L'imagerie est fondamentale

#### 4.2.3.1. la radiographie simple

Face (rotation interne, externe, neutre) :

- encoche de la tête humérale
- fracture du rebord ant. inf. de la glène

Profil glénoïdien de Bernageau :

- fracture rebord ant. inf. de la glène
- écurement

Ces lésions indirectes signent l'instabilité antérieure de l'épaule

#### 4.2.3.2. l'arthro-scanner

L'arthro-scanner n'est indiqué que si les clichés standards sont normaux. Il montre : la désinsertion du bourrelet glénoïdien, le décollement capsulo-périosté et élimine une éventuelle instabilité postérieure.

## 4.3. Diagnostic différentiel

Il ne se pose que dans le cas d'une symptomatologie purement douloureuse, avec le conflit sous-acromial. En cas de doute clinique, l'imagerie viendra dans bien des cas rectifier le diagnostic.

## 4.4. Traitement

Le traitement est habituellement chirurgical, avec plus de 90% de résultats satisfaisants. Deux techniques s'opposent :

- la butée préglénoïdienne à l'aide de la coracoïde (intervention de Latarjet)





Photo : Intervention de Latarjet  
(D. Saragaglia)

- la réinsertion capsulo-ligamentaire (intervention de Bankart) à ciel ouvert ou par arthroscopie.

La résection simple du bourrelet sans stabilisation de l'épaule donne plus de 50 % d'échecs et doit être condamnée.

#### **Références :**

- BARSOTTI (J.), DUJARDIN (C.) Guide pratique de traumatologie. Masson édit. 1990, 2<sup>e</sup> édition, page 32 à 37
- DEJEAN (O.). Orthopédie. Collection Med-line - Editions Estem et Med-line, 1994, pages 77-88.
- GAZIELLY D.F. L'épaule au quotidien. Sauramps médical, éditeur, 1999, pages 131-149.
- WALCH (G.), MOLE (D.) Instabilités et luxations de l'épaule (articulation gléno-humérale). - Editions techniques - Encycl. Med. Chir. (Paris), appareil locomoteur. 14037 A10, 1991, 14 pages.