

Nicolas Riand, Christophe Sadowski, Pierre Hoffmeyer

Clinique d'Orthopédie et de Traumatologie de l'appareil moteur,
Hôpital Universitaire de Genève

Traumatisme de l'épaule: prise en charge initiale

Résumé

Devant toute épaule douloureuse post-traumatique, une anamnèse soignée s'impose: il est important de connaître le profil du patient ainsi que ses activités professionnelles et de loisirs. Le type d'accident ainsi que le mouvement du bras lors du traumatisme renseignent sur le type de lésions à rechercher. C'est la douleur qui pousse le plus fréquemment le patient à consulter; d'autres viendront en raison d'une instabilité, d'une raideur, d'une perte de force ou de blocages. Un examen clinique minutieux permettra le plus souvent de poser un diagnostic. Les examens radiologiques complémentaires que l'on se devra de demander, serviront à préciser un diagnostic et l'étendue d'une lésion identifiée. Une fois le diagnostic précis posé, après avoir visualisé l'étendue des lésions, on sera à même de proposer la prise en charge optimale.

Mots clés:

Traumatisme épaule, luxation gléno-humérale, rupture de coiffe, entorse acromio-claviculaire

Summary

In case of post traumatic painful shoulder it is important to know the patient profile, his professional and sporting activities. The nature of the accident and the movement of the arm give information about the lesion to look for. The majority of patients will consult a doctor because of pain, some others will complain of instability, stiffness, weakness or blocking shoulder. Most often the diagnosis will be established with skillful clinical examination. Radiographic investigations should be done to confirm the diagnosis and evaluate more precisely the lesions. Only once the above steps have been practised can an appropriate plan of treatment be established.

Key words:

Trauma of shoulder, glenohumeral instability, rotator cuff tear, injuries of the acromioclavicular joint

Schweizerische Zeitschrift für «Sportmedizin und Sporttraumatologie» 49 (1), 00–00, 2001

Introduction

Avec l'augmentation de la pratique des sports à risque, la fréquence des traumatismes de la ceinture scapulaire ne cesse d'augmenter. Cet article a pour but d'aider le médecin de premier recours dans la prise en charge initiale du patient présentant une douleur d'épaule post-traumatique.

Anamnèse

L'anamnèse doit être soignée; c'est elle qui mènera au diagnostic dans la grande majorité des cas [1]. Indépendamment du traumatisme, on notera l'âge du patient et le côté lésé: à un patient de 80 ans présentant une rupture traumatique de la coiffe, on ne proposera pas la même prise en charge qu'à un travailleur de force de 50 ans. Il importe aussi de faire préciser la latéralité du patient et de ne pas se contenter d'une réponse stéréotypée. En effet, bon nombre de droitiers travaillent ou lancent de la main gauche; n'oublions pas les «gauchers contrariés» qui, s'ils écrivent avec la main droite, sont de vrais gauchers dans toutes les autres activités. Non seulement la profession du patient doit être connue mais également l'utilisation des membres supérieurs pendant son activité: répétition des mouvements, position du bras, port de charge. Concernant la pratique sportive, il faut connaître le type de sport pratiqué: sports utilisant les membres supérieurs en élévation (tennis, badminton), sport de lancer (volley-ball, handball), sports de contact qui soumettent la ceinture scapulaire à des traumatismes répétés (hockey, rugby) ainsi que les sports où les risques de chute sont importants (ski). Le niveau de pratique sportive est également important à connaître: professionnels, sportifs de com-

petition ou sportifs de loisirs. On questionnera le patient sur ses autres activités de loisirs (bricolage, jardinage) en insistant sur le type d'effort fourni: le patient qui restaure une maison pendant ses activités de loisirs ne présente pas la même problématique que le bricoleur qui fait des maquettes. Ce côté informel de l'anamnèse permet au patient d'être mis en confiance et au médecin de se faire une idée de sa situation socio-professionnelle.

En cas de douleur scapulaire survenant suite à un traumatisme, il faut connaître le type d'accident allant du traumatisme sévère de la voie publique à la simple chute de sa hauteur. Il ne faut pas oublier aussi les lésions associées en cas de traumatisme à haute énergie: les classiques fractures de côtes associées aux entorses acromioclaviculaires sont là pour nous prouver l'importance du traumatisme suite à une banale chute à ski. On essaiera de faire préciser la position du bras lors du traumatisme (adduction-abduction, rotation interne-externe): une chute sur le moignon de l'épaule, le bras en adduction, occasionnera une lésion acromio-claviculaire ou une fracture de la clavicule alors qu'un traumatisme, le bras en abduction, pourra provoquer une luxation antéro-interne, voire une luxation erecta (Fig. 1). Le mouvement du bras occasionné par le traumatisme peut renseigner sur les lésions à rechercher: une hyper-rotation externe pourra être à l'origine d'une lésion du sous-scapulaire. Un mouvement de rotation externe associé à une abduction pourra provoquer une luxation ou une sub-luxation gléno-humérale.

Plaintes du patient

La douleur est souvent au premier plan; c'est le premier motif poussant le patient à consulter. Il faudra se faire décrire cette



Figure 1: Luxation erecta

douleur et son mode d'apparition depuis l'événement traumatique. Le patient précisera la localisation de la douleur en indiquant sa topographie avec un doigt: en cas de lésion acromio-claviculaire, la douleur est perçue en regard de l'articulation. La douleur de la coiffe des rotateurs se situe généralement sur le moignon de l'épaule avec une irradiation dans la région antérieure du bras. Une sensation de «bras mort» passager après un accident évoque un épisode de sub-luxation gléno-humérale. Les irradiations douloureuses sont très fréquentes lors d'affection autour de l'épaule: les laxités sont fréquemment associées à des irradiations douloureuses dans le territoire du nerf cubital; les ruptures de coiffe irradient vers le deltoïde et le biceps; l'acromio-claviculaire irradie vers la base du cou. Après la localisation de la douleur, on recherchera son mode d'apparition et les mouvements pouvant la déclencher: la douleur nocturne, lancinante, obligeant le malade à dormir en position semi-assise, évoque un problème de coiffe. L'appréhension en abduction-rotation externe, empêchant toute activité en élévation, signe l'instabilité antérieure. La douleur en adduction avec un «cross arm test» douloureux évoque certes un problème acromio-claviculaire, mais doit également faire penser à une instabilité postérieure. La douleur et les «impotences du lendemain», suivant une chute jugée de peu de gravité peuvent être dues à une fracture du trochiter ou à un épisode de sub-luxation.

L'instabilité est le deuxième motif amenant le patient à consulter. L'histoire est souvent classique: après un premier épisode de luxation traumatique vraie, le patient présentera plusieurs épisodes de luxations auto-réduites ou de sub-luxations vraies. Pendant de nombreuses années, il a pu très bien s'adapter à son handicap. Par contre, il viendra consulter à la suite d'un dernier épisode, au cours duquel il n'a pas pu réduire de lui-même la luxation, prenant conscience alors de l'importance du problème. Parfois, c'est suite à un épisode de luxation au lit, survenant pendant le sommeil, que le patient demandera une prise en charge chirurgicale; ce type de luxation nocturne est très péniblement vécu. L'instabilité est facilement diagnostiquée en cas de luxation récidivante. Il faut aussi penser à ce diagnostic en cas de sensation de «bras mort» pouvant survenir après un épisode de sub-luxation. Le plus souvent ce sont des mouvements en abduction-rotation externe qui provoqueront une luxation antéro-inférieure. L'instabilité postérieure sera quant à elle favorisée par des mouvements en adduction-rotation interne. L'instabilité est un symptôme, à ne pas confondre avec la laxité, qui elle, est un signe clinique. En cas de suspicion de laxité, on demandera au patient s'il a présenté des épisodes de luxation ou de sub-luxation gléno-humérale contro-latérale, des luxations de rotule, des entorses de cheville ou encore s'il est connu pour être «souple».

La perte de force est un motif de consultation fréquent chez les travailleurs de force et les patients dont la profession exige une élévation du membre supérieur (coiffeurs, peintres, mécaniciens). Si la douleur est au premier plan des plaintes, en la supportant, le patient pourra toujours poursuivre son activité professionnelle. Par contre si le manque de force est l'élément prépondérant, celui-ci empêchera tous ceux qui travaillent avec les mains à hauteur d'épaule de poursuivre leur activité. Le manque de force évoque

en premier lieu un problème de coiffe. Il faut aussi penser à un traumatisme acromio-claviculaire limitant les travaux répétés en élévation ou en abduction. Une lésion neurologique (atteinte du nerf circonflexe) peut être une cause de paralysie du deltoïde; ce type de lésion n'est pas exceptionnel après une luxation antéro-inférieure.

La raideur est également un motif de consultation. Il est vrai que la raideur est souvent associée à la douleur. Il est difficile de faire préciser au patient lequel des deux symptômes le gêne le plus. Il est classique de voir des femmes dont la plainte principale est une raideur articulaire se manifestant par l'impossibilité d'accrocher le soutien-gorge dans le dos depuis un événement traumatique, raideur par ailleurs indolore. Il faut également être attentif à toute limitation de la rotation externe survenue dans les suites d'un traumatisme: elle peut être le signe d'une luxation gléno-humérale postérieure passée inaperçue.

L'impotence fonctionnelle de l'épaule est une plainte pouvant motiver la consultation: l'épaule pseudo-paralytique post-traumatique est une entité bien connue: impossibilité de lever le bras suite à un traumatisme chez un patient auparavant asymptomatique. Tous les patients devant travailler les mains à hauteur d'épaules viendront rapidement consulter, cette impotence les empêchant de reprendre leur activité professionnelle. D'autres viendront à la consultation se trouvant fortement handicapés par le fait de ne plus pouvoir mettre la main à la bouche de façon normale. Pour y parvenir, ils doivent soit mettre le coude à hauteur de la tête (signe du clairon) (Fig. 2) soit descendre la bouche à la hauteur de l'assiette. Le signe du clairon traduit une importante lésion des rotateurs externes.

Parfois, c'est un problème esthétique qui motive la consultation: modification des contours de la ceinture scapulaire, asymétrie des épaules. Ce sera surtout le cas pour des lésions chroniques et rarement pour des traumatismes récents: fracture de clavicule avec pseudarthrose ou cal vicieux, entorse acromio-claviculaire. Chez d'autres, ce sont des épisodes de blocage qui sont à l'origine de la consultation: blocage limitant certaines activités sportives (sport de lancer, sport de raquette) ou professionnelles. Les épisodes de blocage peuvent survenir la nuit et inquiéter le patient. Des lésions du bourrelet (SLAP) [2] ou des corps libres (chondromatose) en sont le plus souvent la cause. Occasionnellement le patient est simplement inquiet par des craquements de son épaule le plus souvent totalement indolores. Il viendra à la recherche d'une explication, dans l'espoir d'être rassuré.

À la fin de l'anamnèse, il faut faire préciser au patient si, avant l'épisode traumatique, il avait déjà présenté des problèmes au niveau de son épaule. Du point de vue asséculo-logique, il est important de connaître ces antécédents de douleur et de traumatisme de l'épaule. Dans notre système d'assurance, ceci évitera maints problèmes au patient et aidera le médecin dans son rôle de conseiller thérapeutique.



Figure 2: Signe du clairon

Examen clinique

C.S. Neer [3] a très bien défini l'importance de l'examen clinique: «the technique of physical examination is both a skill and an art, mastered only by study and experience». L'examen se doit d'être systématique et commence dès le premier contact avec le patient. A la manière dont le malade serre la main et se déshabille pour l'examen clinique, l'examineur pourra retirer des informations utiles. Il va de soi que l'examen clinique s'effectue après avoir demandé au patient de se dévêtir le torse. L'inspection porte sur la région antérieure et postérieure des deux ceintures scapulaires. L'inspection des deux épaules permet de comparer le membre lésé avec le membre sain. La mise en évidence d'un hématome ou de dermabrasions renseigne sur la violence du traumatisme. Les déformations des contours osseux permettent sans autre, de poser certains diagnostics: le signe de l'épaulette, avec le vide sous-acromial, traduit la luxation gléno-humérale antéro-inférieure. Les déplacements de l'articulation acromio-claviculaire sont mis en évidence à l'inspection seule. Une saillie anormale de la coracoïde se rencontre en cas de luxation postérieure. Les fractures de la clavicule sont également diagnostiquées à l'inspection seule. La rupture du long chef du biceps se manifeste par l'apparition brutale d'une boule («muscle de Popeye») sur la face antérieure du bras. Lors de l'inspection on examine avec soin les différents muscles de la ceinture scapulaire: atrophie des fosses sus- et sous-épineuses compatible avec une ancienne lésion de coiffe, atrophie du deltoïde (lésion du nerf circonflexe). On estime aussi la trophicité du muscle trapèze, des rhomboïdes.

Avec la palpation, on recherche les saillies osseuses: acromion, articulation acromio-claviculaire, clavicule, articulation sternoclaviculaire, mais également la coracoïde, la tête humérale et les contours de l'omoplate avec son angle supéro-interne. Les points douloureux sont notés. Au niveau de la tête humérale, le trochiter avec l'insertion du supra- et de l'infra-épineux est facilement palpé en modifiant la rotation du bras. A l'examen de la gouttière bicipitale le tendon du biceps est difficilement palpé, sauf lors d'une importante inflammation de la gaine.

La mobilité est ensuite explorée en actif et en passif. La mobilité est mesurée dans les trois secteurs d'amplitude articulaire (élévation antérieure, rotation interne et rotation externe). Les amplitudes articulaires sont relevées en degré, en comparaison avec le côté controlatéral qui sert de référence. La mesure précise des amplitudes est utile pour suivre l'évolution lors des contrôles ultérieurs. La mesure de l'élévation doit se faire en position couchée pour éviter une compensation de la colonne dorso-lombaire. L'élévation se fait dans le plan de l'omoplate, c'est-à-dire 20° à 30° en avant du plan frontal. La mesure de la rotation externe se fait coude au corps (RE 1) et à 90° d'abduction (RE 2). La rotation interne se mesure en demandant au patient de passer la main derrière le dos. L'examineur note le niveau atteint par la main (grand trochanter-fesse-sacrum) ou le niveau vertébral atteint par le pouce. Lorsque les trois secteurs d'amplitude sont limités en actif et en passif, cela témoigne de l'existence d'une capsulite rétractile ou «frozen shoulder». Une limitation de la mobilité active alors que les amplitudes passives sont comparables à celles du côté

controlatéral, témoigne d'une lésion neurologique ou musculo-tendineuse (lésion de la coiffe).

L'examen neurologique doit analyser la sensibilité, la motricité et les réflexes (Tableau I). Il faut se souvenir que la racine C 4 donne la sensibilité au territoire cutané au-dessus de l'acromion et la racine C 5 en-dessous de l'acromion. Le territoire cutané du nerf axillaire est certes la face latérale du deltoïde mais parfois il faut rechercher des dysesthésies ou une hypoesthésie distale, à la hauteur du V deltoïdien. Le nerf musculo-cutané innerve la face interne de l'avant-bras. On analyse la fonction et la force des différents muscles de la ceinture scapulaire par des mouvements actifs spécifiques: antépulsion, abduction, rétropulsion pour les trois faisceaux du muscle deltoïde; élévation des épaules pour le trapèze; rotation externe pour l'infra-épineux, rotation interne pour le sous-scapulaire. La contraction des rhomboïdes se teste en demandant au patient de mettre ses mains sur ses fesses et de serrer les coudes. L'analyse du muscle grand dentelé se fait en demandant de s'appuyer contre un mur, coudes tendus; en cas de lésion du nerf long thoracique, l'omoplate se décolle du plan de la cage thoracique alors que les rhomboïdes se contractent. La palpation du tendon du grand pectoral est très facile lorsque le patient effectue une adduction contre résistance, bras au corps.

L'évaluation de la stabilité est l'étape suivante. Une instabilité est fortement suspectée lorsque les signes d'appréhension sont retrouvés. Une appréhension antérieure se recherche en mettant progressivement le bras en abduction à 90° et rotation externe. Dans cette position, le patient a peur de voir son épaule se luxer antérieurement une nouvelle fois. Cette peur se voit à sa mimique et l'examineur sentira une défense du patient se manifestant par une contraction intempestive du muscle pectoral. Lors de la manœuvre en abduction-rotation externe, l'examineur doit se veiller à ne pas exagérer le mouvement pour ne pas provoquer une nouvelle luxation. En positionnant ses doigts antérieurement, en regard de la tête humérale, il rassure le malade et protège la tête humérale d'une translation antérieure trop importante. En cas de luxation ou de sub-luxation postérieure, la recherche d'une appréhension se réalise avec le membre supérieur en position d'élévation à 90°, en effectuant une adduction-rotation interne. L'instabilité est un symptôme traduisant des épisodes de luxation, à ne pas confondre avec la laxité qui, elle, est un signe clinique. L'existence d'un sillon sous-acromial (sulcus) lorsque l'on tire l'humérus vers le bas, est un signe de laxité; une translation exagérée de la tête humérale antérieurement ou postérieurement, lors des manœuvres de tiroir, parle en faveur d'une laxité, tout comme une rotation externe exagérée (RE 1 > à 90°). En cas de traumatisme surajouté, il est bien évident que l'on peut retrouver une instabilité vraie, associée à une laxité. Si l'instabilité vraie nécessite souvent un traitement chirurgical, il faut par contre être des plus prudents avant de proposer une sanction opératoire à un patient avec une laxité sans lésion d'instabilité.

Tests spécifiques

De multiples tests sont décrits pour analyser spécifiquement un tendon ou un muscle de la ceinture scapulaire. Sans en faire une liste exhaustive, nous en présentons ici les principaux. Les classiques signe de Neer [4] et signe de Hawkins [5] ont été décrits dans le but de prouver l'existence d'un conflit entre le sus-épineux et l'acromion. Ces signes, peu spécifiques, sont positifs dans toutes pathologies de l'épaule touchant l'espace sous-acromial ou les structures antérieures de l'épaule. Comme toute épaule douloureuse fait mal en rotation interne et que ces tests de conflit («impingement») s'effectuent en rotation interne, ceci explique leur manque de spécificité.

Le test de Jobe [6] est par contre plus spécifique: le patient effectue une élévation de 90° dans le plan de l'omoplate en rotation interne; alors que l'examineur exerce une force de haut en bas au niveau du poignet, on demande au patient de résister. S'il n'arrive pas à résister, cela évoque une lésion du tendon du sus-épineux. Le sous-épineux est testé par la manœuvre de Patte: bras

RACINE	MOTRICITÉ	SENSIBILITÉ	RÉFLEXES
C5	Deltoïde Biceps (partielle)	Face latérale deltoïde	Biceps
C6	Biceps ECRL et ECRB	Pouce	Brachio-radial Biceps
C7	Triceps Fléchisseurs poignet Extension doigts	3 ^{ème} doigt	Triceps
C8	Flexion doigts 5 ^{ème} doigt	côté ulnaire	
D1	M. intrinsèques	Face int. bras	

Tableau I: Examen neurologique

en abduction de 90°, rotation externe maximale. En cas de lésion des rotateurs externes (petit rond et sous-épineux), on retrouve une diminution de la force en rotation externe. La manœuvre de Gerber (lift off) [7] analyse spécifiquement le sous-scapulaire: après avoir demandé au patient de faire une rotation interne en mettant sa main dans le dos, l'examineur effectue une hyper-rotation interne en décollant la main du plan du dos. En cas de lésion du sous-scapulaire, le patient ne parvient pas à maintenir sa main décollée du dos et celle-ci, comme un ressort, revient au contact de la colonne. Si la rupture du long chef du biceps est facilement mise en évidence grâce à l'apparition de la boule bicipitale à la face antérieure du bras, les tendinopathies du biceps, qu'elles soient d'origine dégénérative ou post-traumatique, sont plus difficiles à diagnostiquer. Le test le plus spécifique pour ce type de lésion est le palm up [1]: on demande au patient d'effectuer une flexion antérieure, l'avant-bras en supination maximale. L'examineur demande au patient de maintenir cette position alors qu'il exerce, au niveau du poignet, une force de haut en bas. En cas de tendinopathie du long-chef de biceps, cette manœuvre provoque une douleur élective sur la trajectoire tendineuse. N'oublions pas le rôle de supinateur du long chef du biceps!

Devant tous membres traumatisés, un examen vasculaire s'impose. En cas de traumatisme de la ceinture scapulaire, il faut veiller à ne pas omettre cette partie de l'examen clinique: l'aspect cutané, la couleur de la peau, la température du membre tout comme l'altération de la sensibilité nous renseigneront sur une éventuelle lésion vasculaire. Le pouls radial doit être systématiquement recherché. En cas de doute clinique, l'auscultation peut s'avérer indispensable (radiale, ulnaire, brachiale mais aussi sous-clavière). Même en cas de traumatisme mineur, une fracture de clavicule peut être associée à une lésion vasculaire (Fig. 3).

En fin d'examen, on doit être attentif aux plaintes du patient telles la dyspnée en cas de fracture de clavicule (pneumothorax), les douleurs cervicales (lésions ligamentaires, fracture). Il faut garder une vision globale du patient pour éviter de manquer ces lésions associées.

Bilan radiologique

Après une anamnèse bien menée et un examen clinique systématique, on sera à même de répondre à bon nombre de questions concernant la pathologie d'une épaule traumatisée. Les examens radiologiques complémentaires servent à préciser un diagnostic et l'étendue d'une lésion. On ne doit pas se reposer sur le seul bilan radiologique pour poser le diagnostic. En traumatologie, au moindre doute clinique, il faut effectuer un bilan radiologique. Les «douleurs du lendemain» d'un week-end sportif peuvent être dues à des fractures in situ. Ces traumatismes ne sont pas rares et le diagnostic doit être précisé par des incidences radiologiques appropriées. Le bilan initial doit comporter des clichés standards sous plusieurs incidences [1,3]. En traumatologie de l'appareil locomoteur, il faut toujours exiger au minimum deux incidences radiologiques orthogonales l'une par rapport à l'autre pour ne pas méconnaître une lésion telle la classique luxation postérieure de l'épaule, qu'un œil peu averti pourra méconnaître d'autant plus s'il existe, en même temps, une fracture du trochiter. La qualité



Figure 3: Fracture de clavicule (A), associée à un anévrisme de l'artère sous-clavière (B) (angio-IRM)

des examens radiologiques est très importante pour permettre une bonne analyse des clichés. La qualité dépend aussi bien de l'incidence du rayon que de sa pénétration. Un mauvais cliché ne nous met pas à l'abri d'une erreur de diagnostic.

Les incidences radiologiques nécessaires dépendent évidemment de l'articulation lésée et du type de lésion suspectée. En cas de lésion traumatique gléno-humérale, on dispose de nombreuses incidences: face stricte, face en double obliquité, profil trans-thoracique, profil glénoïdien, etc. En urgence, le choix doit se porter sur les incidences les plus informatives permettant une étude efficace de l'articulation en un minimum de clichés faciles à réaliser. Le cliché de face stricte (le sujet a le dos contre la plaque, le rayon est perpendiculaire à la plaque) ne permet pas une bonne analyse de l'interligne gléno-huméral. La surprojection de la tête humérale sur la glène peut être à l'origine d'une méconnaissance d'une luxation postérieure (Fig. 4A). Ce cliché de face stricte doit être remplacé par un cliché en double obliquité (obliquité de 25° du patient par rapport à la plaque et obliquité de 25° du rayon vers les pieds du malade). Le cliché en double obliquité enfile parfaitement l'interligne articulaire et évite la surprojection de la tête humérale sur la glène. Ce cliché est pris en rotation neutre de l'humérus. On ajoute souvent un cliché en rotation interne et externe du bras. L'incidence perpendiculaire au cliché de face peut être soit un profil axillaire, soit un profil d'omoplate. Le profil axillaire est réalisé avec un rayon vertical sur une épaule en abduction importante. Même si l'épaule est douloureuse, on parvient à obtenir ce type de radiographie en écartant le bras du corps. Le profil d'omoplate projette l'aile de l'omoplate sur la glène et dégage le profil de la voûte acromiale. Cet ensemble de 2 ou 3 clichés évite à coup sûr la méconnaissance d'une luxation articulaire, surtout postérieure (Fig. 4B). Les radiographies de face en rotation interne et externe sont utiles pour le diagnostic de fracture parcellaire du trochin et du trochiter. Les fractures de l'acromion, de l'épine de l'omoplate ou de la coracoïde peuvent être méconues sur les clichés standards. En cas de suspicion clinique, il faut demander des incidences supplémentaires appropriées. En cas de fracture de clavicule, le diagnostic est le plus souvent évident cliniquement avec une déformation nette liée au déplacement du fragment. Le diagnostic est confirmé radiologiquement par deux clichés: une radiographie de face en incidence postéro-antérieure et une tangentielle de clavicule, avec un rayon incliné de 45° dégageant la clavicule. Pour les lésions acromio-claviculaires, le bilan radiologique a surtout pour but d'apprécier la gravité de la luxation: le cliché de face, rayon ascendant de 10° à 15°, permet de dégager l'articulation acromio-claviculaire de l'épine de l'omoplate alors que le profil axillaire permet de juger du déplacement antéro-postérieur de la clavicule. Ces deux clichés objectivent le déplacement spontané de la disjonction acromio-claviculaire et dépistent d'éventuels arrachements osseux associés. En cas de doute clinique, on peut ajouter un cliché comparatif de l'articulation acromio-claviculaire controlatérale, voire des radiographies avec des poids dans chaque main, clichés qui accentueront le déplacement de la clavicule par rapport à l'acromion.

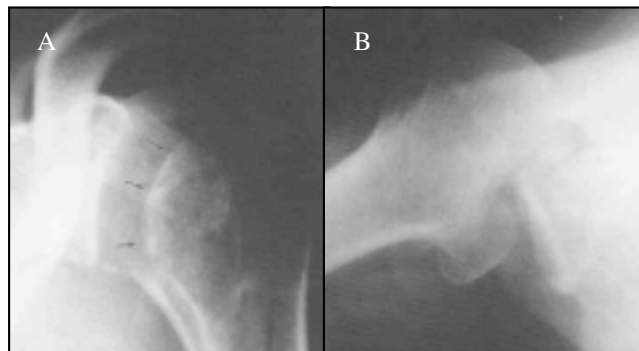


Figure 4: Luxation postérieure:

- A. De face, la tête humérale se superpose à la glène
- B. Profil axillaire confirmant la luxation postérieure

Pour les traumatismes musculaires (deltoïde, trapèze, pectoral) l'échographie est un excellent examen. Il est préférable de le pratiquer à 48 heures du traumatisme, quand l'hématome commence à se liquéfier. Cet examen permet d'affirmer la nature de la lésion, son siège intra-musculaire ainsi que sa taille. Pour les lésions tendineuses de la coiffe, l'échographie est un excellent examen dans des mains expertes. Bien que les lésions de la coiffe des rotateurs sont le plus souvent dégénératives, il existe pourtant des ruptures traumatiques. En cas de persistance d'une impotence ou de douleur dans les suites d'un traumatisme, l'échographie permet de différencier une simple contusion musculaire d'un épanchement de la bourse sous-acromiale ou d'une rupture tendineuse, et ceci à moindre frais. Le CT scan, l'arthro-scanner et l'IRM répondent à des indications bien particulières et constituent dans la majorité des cas des examens de seconde intention.

Propositions thérapeutiques

Ce n'est pas dans notre intention de définir ici une systématisation de la prise en charge mais quelques recommandations s'imposent. A ce stade, le diagnostic doit être posé et l'attitude thérapeutique clairement défini. En effet, il n'est pas licite d'immobiliser un patient, même dans une simple écharpe, et de le faire revenir 15 jours plus tard en espérant que le temps écoulé améliorera la situation. Cette immobilisation pourra être à l'origine d'une capsulite dont le patient mettra des mois à récupérer. En cas de simple contusion ou de bursite sous-acromiale post-traumatique, cet enraidissement aurait pu être évité, une immobilisation de 15 jours n'étant certainement pas nécessaire. La luxation gléno-humérale, une fois réduite, doit être immobilisée. L'immobilisation sera d'autant plus courte que le patient est âgé. En cas de luxation récidivante (> 3 épisodes), on peut se poser la question de l'opportunité d'une nouvelle immobilisation. Un avis chirurgical peut être demandé, d'autant plus que le patient est jeune et qu'il a déjà présenté de multiples épisodes de luxation. La problématique de la luxation gléno-humérale diagnostiquée sur le terrain de sport ou sur les pistes de ski reste ouverte. On peut procéder à une réduction «à chaud» sur la piste, pour autant que le patient signale plusieurs épisodes antérieurs. Il n'est pas prudent de procéder à des manœuvres de réduction pour une première luxation. En effet, une fracture peut coexister et des manipulations intempestives ne feront qu'aggraver la situation. La prudence s'impose donc dans ce genre de situation.

Pour ce qui est des lésions traumatiques de la coiffe des rotateurs, il est difficile de recommander une prise en charge systématique [8]. Si l'examen clinique ne permet pas d'affirmer la rupture de la coiffe, on aura recours à la radiologie pour étayer le diagnostic. Est-il raisonnable de proposer un bilan radiologique extensif devant toute suspicion clinique? Face à un jeune patient (moins de 50 ans), motivé, actif, nous pensons qu'il est judicieux d'effectuer rapidement le bilan radiologique. Par contre, si le patient est plus âgé (plus de 65 ans), peu motivé, sédentaire, il y a peu d'indication à proposer ce bilan radiologique en urgence. En effet, très souvent, la douleur s'estompe et le patient récupère sa mobilité. Aussi, dans la grande majorité des cas, le patient s'adapte à son handicap. Si la douleur persiste ou si le patient ne récupère pas, il faudra effectuer un bilan radiologique, secondairement, à 6-8 semaines du trauma-

tisme. L'indication à la chirurgie précoce en cas de lésion du sus-épineux est difficile à préciser: plus que l'âge, c'est la motivation du patient qui poussera à proposer une réparation chirurgicale dans les suites immédiates d'un traumatisme. La douleur n'est pas en soi une indication à une réparation précoce; en effet, qu'on opère précocement ou à distance du traumatisme, la chirurgie permettra, sans trop de difficulté, de retrouver l'indolence. Par contre l'estimation de la taille de la rupture ainsi que sa localisation est importante et influencera l'indication opératoire. Les ruptures aiguës du sous-scapulaire présentent quelques particularités: hormis une clinique bien évocatrice, c'est une lésion qui touche une population plus jeune que la lésion du sus-épineux, survenant dans plus de 70% des cas suite à un traumatisme. C'est l'arthro-CT qui montre le mieux ces lésions. La réparation chirurgicale est souhaitable chez cette population jeune.

Conclusions

L'anamnèse et l'examen clinique sont indispensables à l'élaboration d'un diagnostic précis d'une épaule traumatisée. Les radiographies confirmeront le diagnostic et préciseront l'importance des lésions. Ce n'est qu'une fois le diagnostic précis posé et après avoir visualisé l'étendue des lésions qu'on sera à même de proposer une prise en charge optimale. Que le traitement soit chirurgical ou orthopédique, il nécessite une rééducation précoce. Toute immobilisation prolongée risque en effet de favoriser l'apparition d'une épaule gelée, complication redoutable, qui grèvera le résultat fonctionnel de l'épaule quel qu'en soit le traitement.

Adresse de l'auteur:

Dr Nicolas Riand, Clinique et policlinique d'orthopédie,
Hôpital Cantonal, Rue Micheli-du-Crest 24, CH-1211 Genève 14
Tél. 022 372 78 13, Fax 022 372 77 99
E-mail: nicolas.riand@hcuge.ch

Références

- Hawkins R.J., Desmond J.B.: Clinical evaluation of shoulder problems. In: Rockwood C.A. Jr., Matsen F.A., The Shoulder, second edition. Philadelphia: WB Saunders Company, 164-198, 2000.
- Snyder S.J., Karzel R.P., Del Pizzo W. et al.: SLAP lesions of the shoulder. *Arthroscopy* 6 (4): 274-279, 1990.
- Neer C.S.: Shoulder reconstruction. Philadelphia: WB Saunders Company, 1990.
- Neer C.S.: Impingement lesions. *Clin. Orthop.* 173: 70-77, 1983.
- Hawkins R.J.: Musculoskeletal examination. St. Louis: Mosby, 1995.
- Jobe F.W., Tibone J.F., Jobe C.M. et al.: The shoulder in sport. In: Rockwood C.A. Jr., Matsen F.A., The Shoulder, second edition. Philadelphia: WB Saunders Company, 1214-1238, 2000.
- Gerber C., Kruschell R.J.: Isolated ruptures of the tendon of the subscapularis muscle: clinical features in 16 cases. *J. Bone Joint Surg.*, 73B: 389-394, 1991.
- Walch G., Riand N., Boileau P., Noel E.: Ruptures aiguës de la coiffe des rotateurs. *Cahiers d'enseignement de la SOFCOT*, vol. 56: 255-260, 1996.