

LUXATION GLÉNO-HUMÉRALE DE L'ÉPAULE*

RÉDACTEURS :

Axel Ellrodt - Bruno Garrigue - Pierre-Yves Gueugniaud - Frédéric Lapostolle - Maurice Raphaël - Agnès Ricard-Hibon

* Sous la responsabilité des rédacteurs

GÉNÉRALITÉS

DOULEUR

- Seule la réduction procure un soulagement immédiat et durable. De nombreuses techniques ont été décrites dans la littérature ; beaucoup ne sont que des variantes de techniques déjà éprouvées. La plupart des ces méthodes ont un taux de réussite comparable, situé entre 70 et 90 %, sachant qu'une grande partie du succès est liée à la maîtrise du geste par l'opérateur. Le but est de permettre au patient de se relâcher le plus possible pour contrôler la douleur et diminuer le risque de fracture lié à la manipulation contre résistance. La réduction précoce, douce et progressive, est le traitement antalgique par excellence.
- L'importance de la douleur incite à ne pas multiplier inutilement les tentatives de réduction. Au-delà de trois échecs, si les tentatives ont été conduites dans les règles de l'art et en changeant de méthode à chaque nouvel essai, la réduction doit être faite sous anesthésie générale au bloc opératoire.
- La distension des structures capsulo-ligamentaires et musculaires, mais aussi l'impaction osseuse laissent des douleurs résiduelles qu'il convient d'anticiper en donnant un traitement antalgique dès la prise en charge.

PATIENT

- Chacune des techniques de réduction possède des avantages et des inconvénients. Il est important de les connaître pour choisir la plus adaptée à la situation clinique. La préférence se porte sur les techniques simples, rapides, n'utilisant pas la force et ne nécessitant aucun matériel ni aucune médication.
- Certains facteurs seraient associés à un risque d'échec de réduction : long délai de mise en œuvre de la réduction, absence de relâchement musculaire, fracture associée.
- La luxation gléno-humérale survient le plus souvent dans un contexte traumatique. En cas de récurrences multiples, responsable d'une instabilité de l'épaule, elle peut survenir à la suite d'un mouvement anodin.
- La luxation postérieure peut être provoquée par une violente contraction musculaire, telle qu'au cours d'une crise convulsive ou d'une électrisation. Elle passe très souvent inaperçue.
- Chez un patient âgé grabataire, une luxation peut être découverte fortuitement à l'occasion d'une radiographie de thorax. Ces présentations pauci-symptomatiques peuvent témoigner d'un traumatisme parfois ancien et passé inaperçu.

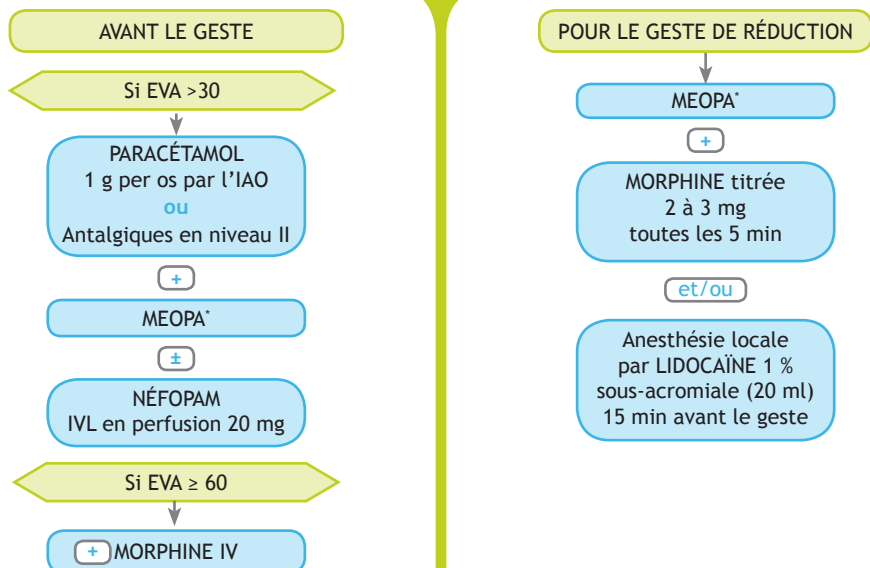
SPÉCIFICITÉS DE LA PRISE EN CHARGE

- Une asymétrie anatomique fait craindre une fracture ou une luxation dont la forme et la localisation évoquent le diagnostic :
 - coup de hache deltoïdien typique d'une luxation gléno-humérale antérieure,
 - déformation en crosse du moignon, de la fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus,
 - saillie sous-cutanée de la disjonction acromio-claviculaire,
 - saillie ou dépression sterno-claviculaire d'une luxation antérieure ou postérieure de l'extrémité médiale de la clavicule,
 - tuméfaction claviculaire pathognomonique d'une fracture de la clavicule,
 - tuméfaction de la scapula faisant suspecter une fracture.
- Des complications sont classiquement associées à la luxation antérieure : fracture-enfoncement de la tête humérale (encoche de Malgaigne), fracture du tubercule majeur, fracture de la glène, rupture de la coiffe des rotateurs.
- Un déficit du nerf axillaire (sensibilité du moignon de l'épaule) ainsi qu'une lésion vasculaire doivent être recherchés avant réduction.
- En dehors de circonstances exceptionnelles, telle que l'impossibilité d'accéder à un centre de soins permettant de réaliser une imagerie dans un délai raisonnable, il ne doit pas y avoir de réduction sans radiographie préalable. Un cliché de face suffit. En cas de fracture associée, une manipulation intempestive peut être responsable d'une dévascularisation ayant pour conséquence une nécrose de la tête humérale.
- Mieux vaut n'utiliser qu'une méthode que l'on maîtrise parfaitement que d'expérimenter des techniques approximatives.

DEVENIR DU PATIENT

- Lorsque la réduction a pu se faire aux urgences, le patient pourra quitter le service dès que l'immobilisation aura été mise en place, sous réserve que les thérapeutiques reçues permettent la sortie.
- Au décours d'une première luxation, la qualité de l'immobilisation est primordiale, idéalement avec 10° de rotation latérale. Sa durée est de trois semaines chez le sujet de moins de trente ans. Au-delà le risque de récurrence s'amenuise autorisant une rééducation précoce.
- Le patient doit être revu en consultation une semaine après.
- Certaines réductions ne peuvent se faire que sous anesthésie générale, voire lors d'une intervention chirurgicale.

STRATÉGIE D'ANALGÉSIE

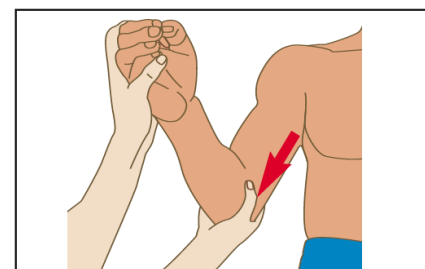


*MEOPA: mélange équimolaire protoxyde d'azote-oxygène

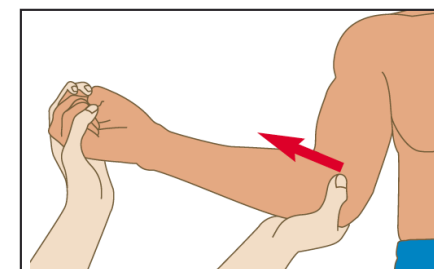
La réduction, surtout lorsqu'elle est précoce, peut être obtenue sans recours à une analgésie, pour autant que l'on utilise une technique douce et rapide, excluant toute traction. Dans certaines circonstances, une analgésie est toutefois indispensable. Les moyens suivants peuvent être utilisés seuls ou en association:

- Administration de MEOPA
- Titration morphinique: bolus de 2 à 3 mg toutes les 5 min (cf. fiche titration morphinique)
- Injection de midazolam: bolus de 1 à 3 mg selon le profil du patient
- L'injection intra articulaire de 20 ml de lidocaïne à 1 % dans la cavité glénoïde laissée vacante par la luxation. L'analgésie est obtenue après 15 minutes environ.

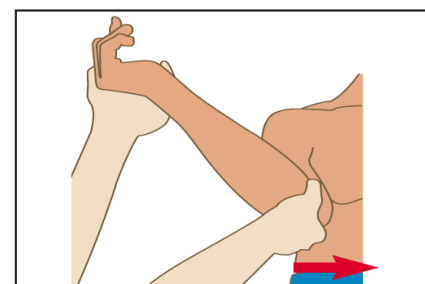
MÉTHODE DE RÉDUCTION PROGRESSIVE SANS ANESTHÉSIE



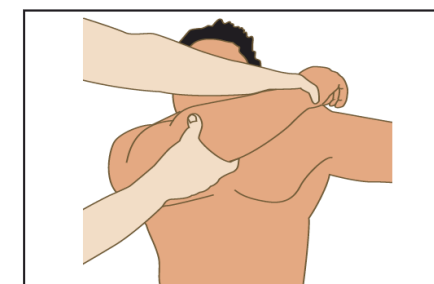
1. Traction



2. Rotation externe



3. Adduction



4. Rotation interne

SOINS INFIRMIERS

L'INFIRMIER(E) D'ORGANISATION DE L'ACCUEIL (IOA)

- Recueille les éléments anamnestiques
- Localise d'éventuels sites lésionnels secondaires
- Évalue la douleur
- Immobilise le membre lésé
- Administre un antalgique selon le protocole du service
- Rassure le patient et son entourage, explique brièvement le déroulement de la prise en charge

L'INFIRMIER(E) DES URGENCES

- Poursuit l'évaluation de la douleur
- Perfuse le patient si une analgésie intraveineuse est décidée
- Entreprind une surveillance spécifique du patient dans le cadre de la procédure d'administration d'une titration morphinique
- Administre le MEOPA selon les règles
- Réalise l'immobilisation post-réductionnelle
- S'assure que le patient a compris les consignes de sortie

Références bibliographiques :

- Hendey GW. Necessity of radiographs in the emergency department management of shoulder dislocations. *Ann Emerg Med* 2000 ; 36 : 108.
- Perron AD, Ingerski MS, Brady WJ et al. Acute complications associated with shoulder dislocation at an academic Emergency Department. *J Emerg Med* 2003 ; 24 : 141.
- Fitch RW, Kuhn JE. Intraarticular lidocaine versus intravenous procedural sedation with narcotics and benzodiazepines for reduction of the dislocated shoulder: a systematic review. *Acad Emerg Med* 2008 ; 15 : 703.
- Dhinakaran SR, Ghosh A. Towards evidence based emergency medicine: best BETs from the Manchester Royal Infirmary. Intra-articular lidocaine for acute anterior shoulder dislocation reduction. *Emerg Med J* 2002 ; 19 : 142.
- Eachempati KK, Dua A, Malhotra R, et al. The external rotation method for reduction of acute anterior dislocations and fracture-dislocations of the shoulder. *J Bone Joint Surg Am* 2004 ; 86-A : 2431.
- Itoi E, Hatakeyama Y, Kido T et al. A new method of immobilization after traumatic anterior dislocation of the shoulder: a preliminary study. *J Shoulder Elbow Surg* 2003 ; 12 : 413.