

EPU ÉPAULE

Mardi 6 Décembre 2016

Organisé par

le GROUPE EPO78



et le CERRSY de Rambouillet



Avec la participation du laboratoire



L'épaule du skieur

de la lésion ligamentaire

aux lésions osseuses...

L'entorse acromio-claviculaire

par le Docteur Gérard GAUMET

Les lésions d'instabilité

par le Docteur Xavier DELPIT

Fractures de l'extrémité supérieure

de l'humérus

chez les skieurs et snowboarders

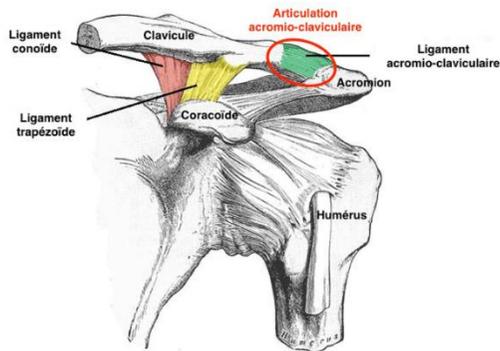
par le Docteur Amir HARIRI



L'ENTORSE ACROMIO-CLAVICULAIRE

ANATOMIE - LES LIGAMENTS

- Groupe ligamentaire horizontal
(acromio-claviculaire)
- Groupe ligamentaire vertical
(conoïde et trapézoïde)



- Chape musculaire delto-trapézienne



- Lésion ligamentaire par chute sur le moignon de l'épaule = possible instabilité

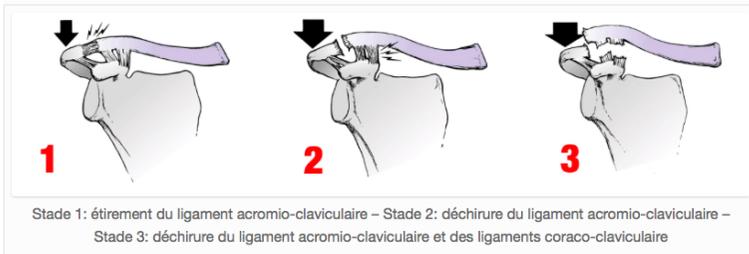


CLASSIFICATION – ROCKWOOD (1984)

4 stades de sévérité croissante :

- Stade 1 : entorse bénigne AC
- Stade 2 : entorse sévère AC
(20-40% de stade 1-2)
- Stade 3 : rupture des ligaments AC et CC

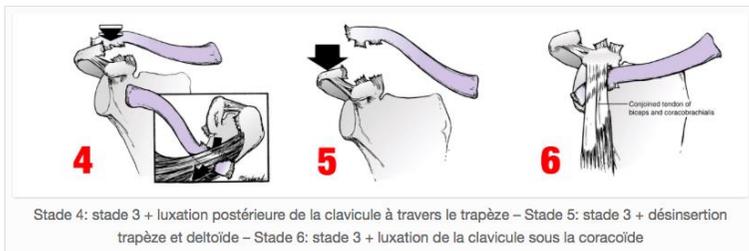
La classification de Rockwood



- Stade 5 : rupture delto-trapézienne

Plus rares :

- Stade 4 : luxation en arrière
- Stade 6 : luxation sous-coracoïdienne



TRAITEMENT

Pas de chirurgie pour les stades 1 et 2
(pas d'instabilité = pas de gêne)

- Immobilisation antalgique
- Strapping / dujarrier
- Reprise rapide des activités (2-3 semaines)



BONS RESULTAS :

< 10% restent symptomatiques à long terme
(arthropathie douloureuse)

=> Possible arthroplastie AC sous arthroscopie à distance

Les stades 4 et 5 relèvent a priori du traitement chirurgical :

→ mais traitement orthopédique possible pour :

- > 60 ans
- activité sédentaire



Les stades 3 :

Possible traitement orthopédique

Aujourd'hui :

- demande sportive plus importante des patients
- technique chirurgicale (arthroscopie) moins invasive

→ Donc chirurgie si :

- patient jeune (<40 ans)
- sportif
- travailleur manuel (en élévation)



voire Esthétique ?
(explication
bénéfice / risque)



LES TRAITEMENTS CHIRURGICAUX ARTHROSCOPIQUES

AVANTAGES :

- Moins invasif
- Résultats cliniques similaires à long terme
- Diagnostic possible d'autres lésions associées (30%)
- Une seule intervention
- Plus esthétique (4 petites incisions)



RÉSULTATS :

Revue de la littérature sur 272 patients opérés par technique arthroscopique :

(Journal de Traumatologie du sport - déc. 2015)

- Très bons résultats fonctionnels
Score de Constant TS (93 -95,8)
- Taux de satisfaction élevé (94,5 – 96,4)
- Taux de récurrence de 20%
- 70% des échecs radiologiques sont indolores

LES LÉSIONS D'INSTABILITÉ

EN PRATIQUE, L'ÉPAULE LUXÉE DE RETOUR DU CABINET

3 situations :

- **La première luxation :**
 - patient jeune/sportif (< 18-25 ans)
 - patient d'âge « moyen » (25-40 ans)
 - patient moins jeune (> 50ans)
- **La luxation chronique**
- **L'épaule douloureuse**
(instabilité non évoquée)

RAPPEL : EN URGENCE
REDUIRE (APRES RADIO)
ELIMINER LES LESIONS ASSOCIEES
EXPLIQUER LA SUITE !

- Fractures : Trochiter +++ et Glène
- Lésions neurologiques
- Coiffe
- Luxation postérieures



CAT PREMIÈRE LUXATION

° Cas classique :

- Immobilisation en mayo clinique durant 3 semaines strictes
- But = cicatrisation capsulo-labrale
- Puis kiné

° Patient jeune / sportif :

- Problème : taux de relaxation :
> 90% si < 18 ans !!!
- Attitude moderne: bankart@ en urgence proposé

° Patients > 40-50 ans :



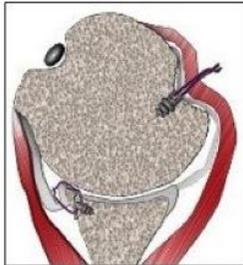
- Dépister coiffe traumatique +++++
- IRM facile +++
- < 50 ans => 50% coiffe traumatique ! :
chirurgie formelle et rapide



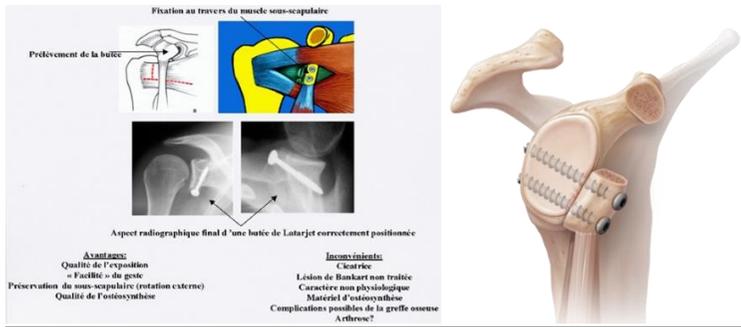
CAT LUXATION RÉCIDIVANTE **POURQUOI OPÉRER ?**

- Permettre une reprise sportive normale
- Améliorer un quotidien
- Soulager
- Prévenir l'arthrose ?
- Et... bons résultats du traitement chirurgical !

TECHNIQUE ARTHROSCOPIQUE : **Bankart@** **ÉVOLUTION :** **Sélection des patients et gestes associés**



TECHNIQUE DE LATARJET

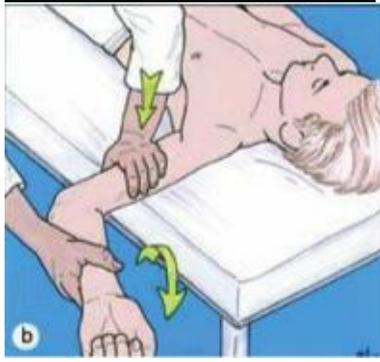
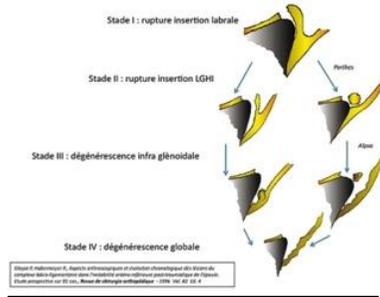


Déroulement de la chirurgie

- Ambulatoire ou hospitalisation courte
- ALR + AG : potentialisation, 1:2 assis, 1hr
- Cicatrisation : 15j
- Immobilisation relative coude au corps 1 mois
- Rééducation :
 - Immédiate douce 0-6 sem
 - Active aidée 6è à 12è sem
 - Reprise progressive sport 3^e au 6^e mois
- Douleurs : moyennes/fortes 48-72 h (ALR), légères 6 semaines, occasionnelles 3 mois
- Attention 1/3 des épaules douloureuses resteront douloureuses
- Complications: rares (échec, appréhension résiduelle, douleur, raideur, arthrose, migration implant, lyse ou pseudarthrose butée, cicatricielles, hématome, sepsis)

CAT ÉPAULE DOULOUREUSE

- Parfois une instabilité qui s'ignore !
= épaule douloureuse et (car) instable
- Interrogatoire policier :
 - Souvent long parcours avec examens « normaux »
 - Traquer ancien traumatisme à l'examen / sport évocateur
- Examen spécialisé
 - Recherche appréhension
 - Soulagement au relocation test
- Imagerie = arthroscanner
- Lésion chronique du bourrelet
- Soulagement temporaire corticoïdes intra-articulaires
- Réparation chirurgicale type bankart@



EN CONCLUSION

Un travail d'équipe !

Première luxation

- 3 semaines d'immobilisation strictes
- Jeune / sportif : proposer bankart
- > 50 ans : dépister coiffe traumatique dans > 50% des cas = chirurgie

Récidivante

- Proposer chirurgie stabilisatrice à froid
- Choix du chirurgien bankart@ / butée (score ISIS)
- Excellents résultats

Douloureuse

- Rechercher épaule douloureuse et instable
- Faisceau argumentaire clinique + imagerie
- Proposer bankart@

LES FRACTURES DE L'EXTRÉMITÉ SUPÉRIEURE DE L'HUMÉRUS CHEZ LES SKIEURS / SNOWBOARDERS

ÉPIDÉMIOLOGIE

- **4 à 11%** des blessures à ski sont des blessures de l'épaule

- Hausse des fractures de la clavicule et de l'humérus

- On relève un nombre identique de traumatismes en snowboard qu'en ski :
 - **1 traumatisme sur 2** en snowboard concerne le membre supérieur

 - Le membre supérieur est **2 fois plus touché** en snowboard qu'en ski

MÉCANISMES

- Collision avec un objet / une personne
- Chute directe sur l'épaule
- Enfoncement sur le bâton (problématique du bâton accroché au poignet)



CONSTANT GLOBAL

- Autant de traumatismes chez les hommes que les femmes



- Des fractures chez les jeunes causées par une prise de risque plus importante
- Des fractures chez les plus âgés causées par un squelette fragilisé par l'ostéoporose
- Un port du casque qui n'a pas d'incidence sur le nombre de fractures
- Des fractures qui progressent sur un terrain plus dangereux : verglas vs poudreuse



TYPES DE LÉSIONS

Table 2 Shoulder injuries during alpine skiing (n = 393)

Injury type	No of injuries	Age	Male	Female
Rotator cuff	95	36.1	62.9	37.1
Anterior glenohumeral dislocation	85	34.5	83.5	16.5
Acromioclavicular separation	77	35.4	83.1	16.9
Clavicle fracture	43	32.8	88.4	11.6
Greater tuberosity fracture	27	39.7	63.0	37.0
Trapezius strain	25	32.5	60.0	40.0
Proximal humerus fracture	13	36.3	76.9	23.1
Biceps strain	9	32.9	67.7	33.3
Glenoid fracture	6	38.5	66.7	33.3
Scapular body fracture	4	37.3	75.0	25.0
Humeral head fracture	4	46.0	50.0	50.0
Sternoclavicular separation	2	29.0	100.0	0.0
Acromion fracture	1	46.0		
Posterior glenohumeral dislocation	1	44.0		
Biceps dislocation	1	42.0		

Table adapted from Kocher *et al.*²⁹

TRAITEMENT – NEER

° Il existe 2 types de fractures :

- Les fractures peu ou non déplacées (80%)
- Les fractures déplacées si un des fragments
 - ° Angulation > 45°
 - ° Déplacement > 1 cm

➔ La littérature actuelle suggère que 5, voire 3 mm sont un maximum pour le trochiter.

Displaced Fractures				
	2-part	3-part	4-part	Articular Surface
Anatomical Neck				
Surgical Neck				
Greater Tuberosity				
Lesser Tuberosity				
Fracture-Dislocation				
				
Head-Splitting				

CONCLUSION



Fractures peu déplacées
Déplacement < 1 cm
Angulation < 45°

➔ **Traitement orthopédique**



***Le GROUPE EPO78
et le CERRSY de Rambouillet***



***Vous remerciant d'avoir participé
à l'EPU du 6 décembre 2016***



Docteur François BRUCHOU

Docteur Xavier DELPIT

Docteur Julien DERANLOT

Docteur Gérard GAUMET

Docteur Amir HARIRI

Docteur David ZBILI

Prise de rendez-vous : 01 83 75 39 99

SOS épaule : 01 70 42 90 80

epauleparisouest78@gmail.com