

ACTIVITÉ FONCTIONNELLE SUBNORMALE DANS UNE LUXATION POSTÉRIEURE NÉGLIGÉE DE L'ÉPAULE

D. GHAFIL, Ph. PUTZ ¹

SUMMARY : *Subnormal functional activity in a neglected posterior dislocation of the shoulder.*

The incidence of posterior shoulder dislocation ranges between 2 and 5% of glenohumeral dislocations. The mechanisms most frequently involved are trauma, grand-mal seizures and electrocutions. This lesion remains a diagnostic trap, due to paucity or even lack of clinical signs, and to the apparent normality of the anteroposterior radiograph of the shoulder. Nevertheless, careful clinical examination and an axillary radiograph often allow for a correct diagnosis. We report a case of traumatic posterior dislocation, unnoticed for 7 weeks. A satisfactory functional adaptation of the dislocated shoulder to everyday life and the general condition of the patient lead us to select the no-treatment option.

Keywords : shoulder ; posterior dislocation.

Mots-clés : épaule ; luxation postérieure.

INTRODUCTION

La luxation de l'épaule est la plus fréquente. La forme antérieure est prédominante ; son diagnostic ne pose généralement pas de grandes difficultés. La luxation postérieure, beaucoup plus rare, est plus difficile à diagnostiquer et passe souvent inaperçue. Nous présentons ici un cas de luxation postérieure méconnue survenue suite à un accident.

HISTOIRE CLINIQUE

Il s'agit d'un employé de 52 ans, droitier, qui a été victime en septembre 1991 d'un accident de roulage. Il consulte un chirurgien sept semaines

après l'accident pour une gêne au niveau de l'épaule ; il est peu handicapé dans ses mouvements. Le diagnostic de luxation postérieure est posé et une réduction chirurgicale est proposée, que le patient refuse en raison du peu d'handicap dans ses activités quotidiennes. Par ailleurs, début 1992, le patient présente une insuffisance rénale qui évoluera vers une forme terminale nécessitant actuellement une hémodialyse. Le néphrologue suggère au patient de se présenter à la consultation d'orthopédie de l'hôpital Brugmann en juin 1992 pour avis. Il ne présente pas de plainte douloureuse au niveau de l'épaule droite ; il se plaint d'une raideur modérée. A l'examen clinique, aucune déformation n'est observée au niveau de l'épaule luxée. A la mobilisation de l'épaule, d'importants craquements sont perçus. Le mouvement actif d'antépulsion est limité à 135° et l'abduction à 120°. La rotation externe est absente. Le bras se trouve en rotation interne spontanée de 20°. En rotation interne, la main peut atteindre la colonne lombaire. Les examens complémentaires effectués sont :

1. Radiographie standard, incidence axillaire, mettant en évidence la luxation postérieure.
2. Scintigraphie osseuse montrant une hypercaptation au niveau de l'épaule droite.
3. Résonance magnétique de l'épaule qui confirme la luxation postérieure et met clairement en évidence la présence d'une large encoche de Hill-Sachs au niveau de la tête humérale (fig. 1).

¹ Hôpital Universitaire Brugmann, Place Van Gehuchten 4, 1020 Bruxelles, Belgique.

Correspondance et tirés-à-part : D. Ghafil.

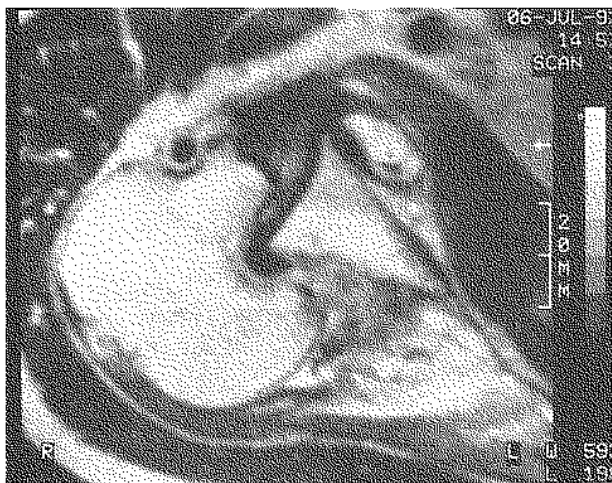


Fig. 1. — Résonance magnétique : on note la position postérieure et l'encoche de Hill-Sachs au niveau de la tête humérale ainsi que le comblement de la cavité glénoïde par du tissu fibreux.

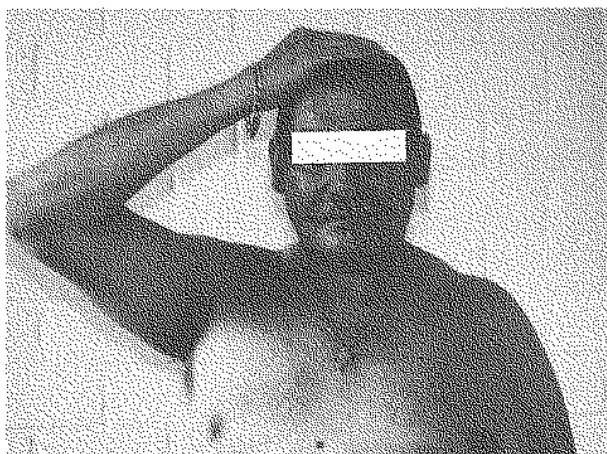


Fig. 2. — La main droite peut facilement atteindre le sommet de la tête malgré la luxation postérieure.

Devant cette situation de luxation chronique non réduite mais bien tolérée et compte tenu de l'état général du patient (insuffisance rénale chronique terminale), l'abstention thérapeutique est décidée.

Le patient est revu en mai 1995 pour une réévaluation de la fonction de l'épaule droite. Il ne présente toujours pas de plaintes ; il mène une activité professionnelle normale d'employé. L'utilisation du bras droit dans les gestes quotidiens est satisfaisante. L'examen clinique est pratique-

ment identique à celui effectué en 1992 ; cependant le bras droit n'est plus en rotation interne spontanée. La main droite peut facilement atteindre le sommet de la tête (fig. 2). Nous n'avons pas jugé utile de refaire un bilan radiologique.

DISCUSSION

Les luxations de l'épaule représentent 50% de l'ensemble des luxations chez l'homme ; 85% de ces luxations surviennent au niveau de l'articulation gléno-humérale. La luxation postérieure est beaucoup plus rare que la luxation antérieure ; son incidence varie entre 2 et 5% selon les auteurs. La forme chronique représente 35% des luxations gléno-humérales chroniques (3).

Les principales causes de luxation postérieure sont : les traumatismes (58%), les convulsions (33%) et les accidents électriques tels que l'électrocution ou les électrochocs (9%) (2). Par ailleurs il existe un certain nombre de facteurs prédisposant à la luxation postérieure, d'origine osseuse, capsulo-ligamentaire ou musculaire.

Dans les luxations postérieures méconnues, les plaintes principales des patients sont fonctionnelles (difficulté de se peigner, de se laver le visage, de se raser ou de manger) (1). Après 3 ans et huit mois, notre patient présente des plaintes minimales, principalement une raideur modérée de l'épaule sans douleur. Il peut atteindre sans grande difficulté la tête avec la main droite. Sa profession ne nécessite pas de mouvements de grande amplitude, il n'est donc pas handicapé sur ce plan.

Les signes cliniques précoces de la luxation postérieure peuvent être minimes ou même absents ; ce sont principalement l'attitude en rotation interne du bras et la palpation de la tête humérale postérieurement. L'importance des signes est corrélée avec la taille du défaut osseux au niveau de la tête humérale. Ainsi, plus le défaut est large, plus la déformation en rotation interne du bras et donc le degré de handicap sont importants. Cependant chez notre patient, le bras luxé n'est plus en rotation interne spontanée, ce qui était le cas lors de la première visite il y a trois ans. La rotation externe reste absente.

Sur le plan radiologique, l'incidence antéro-postérieure de la radiographie standard peut pa-

raître normale dans la luxation postérieure ; la mise en évidence de la luxation postérieure nécessite les incidences de profil et axillaire, en abduction de 30°.

La RMN est un excellent examen pour évaluer le degré des lésions articulaires. Elle est surtout intéressante lorsqu'une intervention chirurgicale pourrait être envisagée. Dans le cas de notre patient, la RMN montre la présence d'une profonde encoche de Hill-Sachs située au niveau de la moitié antérieure de la tête humérale avec la formation d'une pseudo-articulation. La glène est comblée par du tissu fibreux.

Le choix de l'option thérapeutique doit se baser sur l'ancienneté de la luxation, l'étendue du défaut osseux au niveau de la tête humérale, l'état de la cavité glénoïde, l'état général du patient et ses possibilités fonctionnelles (1).

— *L'abstention thérapeutique* est indiquée en cas de mauvais état général, d'activité limitée et de handicap mineur dans la vie quotidienne. Cette option donne de meilleurs résultats dans les luxations postérieures que dans les luxations antérieures. Ceci est peut-être dû au fait que dans les luxations postérieures, le bras se trouve en adduction et rotation interne permettant au patient d'atteindre la face, la tête et l'arrière du corps. Dans les luxations antérieures au contraire, le bras se trouve en abduction et rotation externe ; il est donc plus difficile d'atteindre la tête ou l'arrière du corps.

— *La réduction orthopédique* est indiquée si la durée de la luxation est inférieure à 6 semaines et la taille du défaut osseux inférieure à 20% de la surface articulaire.

— *Le comblement du défaut* par le tendon du muscle sous-scapulaire (1,4) est indiqué en cas d'échec du traitement orthopédique ou si la durée de la luxation se situe entre 6 semaines et 6 mois, avec un défaut osseux entre 20 et 40% de la surface articulaire.

— *L'hémiarthroplastie* est indiquée en cas de luxation depuis plus de 6 mois ou de défaut de plus de 45% ou les deux à condition que la glène soit normale.

— *L'arthroplastie totale* est indiquée en cas de destruction de la glène et de luxation depuis plus

de 6 mois ou en présence d'un défaut osseux supérieur à 45% ou les deux.

Quelle que soit l'option choisie, le but est de diminuer la douleur, d'améliorer l'amplitude des mouvements, la force et la fonction de l'épaule.

Les deux raisons qui ont conduit à l'abstention thérapeutique chez notre patient sont le résultat fonctionnel acceptable par rapport à ses activités quotidiennes (confirmé par un suivi à plus de trois ans) et la présence d'une insuffisance rénale terminale, nécessitant actuellement une hémodialyse.

Il est nécessaire de bien poser l'indication chirurgicale si l'on veut obtenir sinon la restitutio ad integrum du moins l'amélioration de la fonction de l'épaule. L'adaptation fonctionnelle spontanée et les besoins physiques limités donneront un résultat identique sinon supérieur à un traitement chirurgical.

BIBLIOGRAPHIE

1. Hawkins R., Neer C., Planta R., Mendoza F. Locked posterior dislocation of the shoulder. *J. Bone Joint Surg.*, 1987, 69-A, 9-18.
2. Heller K., Forst J., Forst R., Cohen B. Posterior dislocation of the shoulder : recommendations for a classification. *Arch. Orthop. Trauma Surg.*, 1994, 113, 228-231.
3. Kirtland S., Resnick D. Chronic unreduced dislocations of the glenohumeral joint : imaging strategy and pathologic correlation. *J. Trauma*, 1988, 28, 1622-1631.
4. McLaughlin H. Posterior dislocation of the shoulder. *J. Bone Joint Surg.*, 1952, 34-A, 584-590.

SAMENVATTING

D. GHAFIL, Ph. PUTZ. Subnormale functie bij een posterieure schouderluxatie.

De frequentie van posterieure schouder luxaties varieert tussen de 2 en de 5%. De frequentste oorzaken van posterieure schouder luxatie zijn ongevallen, epilepsie aanvallen en elektroklusies. Deze aandoening blijft een diagnostische valstrik te wijten aan weinig uitgesproken en soms zelfs afwezige klinische tekens. Bovendien lijkt de standaard anterioposterieure radiologische opname van het schouder gewricht dikwijls normaal. Nochtans kan een zorgvuldig uitgevoerd onderzoek alsook een axillaire radiologische incidentie een correcte diagnostiek geven. Bij deze casus betreft het een posttrauma-

tische posterieure schouder luxatie gediagnosticeerd na 7 weken. De bevredigende aanpassing van de geluxeerde schouder op functioneel vlak tijdens de dagelijkse bezigheden en de algemene toestand van de patient hebben er ons toe aangezet tot het behoud van een conservatieve therapie.

RÉSUMÉ

D. GHAFIL, Ph. PUTZ. Activité fonctionnelle sub-normale dans une luxation postérieure négligée de l'épaule.

La luxation postérieure de l'épaule représente 2 à 5% des luxations gléno-humérales. L'affection reste un

piège diagnostique, du fait que les signes cliniques peuvent parfois être minimes ou même absents et que l'incidence antéro-postérieure de la radiographie standard semble souvent normale. Cependant, l'examen clinique soigneux et l'incidence axillaire à la radiographie standard permettent souvent le diagnostic. Nous rapportons un cas de luxation postérieure d'épaule, accidentelle, méconnue pendant sept semaines. L'adaptation fonctionnelle satisfaisante de l'épaule luxée par rapport aux activités quotidiennes et l'état général du patient nous ont amenés à opter pour l'abstention thérapeutique.