

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION
NATIONALE

REPUBLIQUE DU MALI
UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI

UNIVERSITÉ DE BAMAKO

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2003-2004

51

**LES LUXATIONS TRAUMATIQUES DE
L'ÉPAULE : Etude clinique et épidémiologique
dans le service de traumatologie et de chirurgie
Orthopédique de l'HGT.
A propos de 58 cas**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le.....

Devant

LA FACULTE DE MEDECINE DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

par

Mr Mahamadou DIALLO

**POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)**

-----Jury-----

Président : Professeur Gangaly DIALLO
Membre : Docteur Mahamadou TOURE
Directeur : Professeur Abdou Alassane TOURE
Co-Directeur de thèse : Docteur Tiéman COULIBALY

MINISTERE DE L'EDUCATION
NATIONALE

REPUBLIQUE DU MALI
UN PEUPLE-UN BUT-UNE FOI

UNIVERSITE DE BAMAKO

FACULTE DE MEDECINE DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

N° 51

ANNEE UNIVERSITAIRE 2003-2004

LES LUXATIONS TRAUMATIQUES DE
L'EPAULE : Etude clinique et épidémiologique
dans le service de traumatologie et de chirurgie
Orthopédique de l'HGT.
A propos de 58 cas

THESE

Présentée et soutenue publiquement le.....

Devant

LA FACULTE DE MEDECINE DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

par

Mr Mahamadou DIALLO

**POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)**

Jury

Président : Professeur Gangaly DIALLO
Membre : Docteur Mahamadou TOURE
Directeur : Professeur Abdou Alassane TOURE
Co-Directeur de thèse : Docteur Tiéman COULIBALY

FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE
ANNEE UNIVERSITAIRE 2003 - 2004

ADMINISTRATION

DOYEN : MOUSSA TRAORE - PROFESSEUR

1^{ER} ASSESSEUR MASSA SANOGO - MAITRE DE CONFERENCES

2^{EME} ASSESSEUR GANGALY DIALLO - MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

SECRETAIRE PRINCIPAL : YENIMEGUE ALBERT DEMBELE - MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

AGENT COMPTABLE : MADAME FATOUMATA TALL - CONTROLEUR DES FINANCES

LES PROFESSEURS HONORAIRES

Mr Alou BA

Mr Bocar SALL

Mr Souleymane SANGARE

Mr Yaya FOFANA

Mr Mamadou L. TRAORE

Mr Balla COULIBALY

Mr Mamadou DEMBELE

Mr Mamadou KOUMARE

Mr Mohamed TOURE

Mr Ali Nouhoum DIALLO

Mr Aly GUINDC

Ophthalmologie

Orthopédie Traumatologie - Secourisme

Pneumo-phthisiologie

Hématologie

Chirurgie Générale

Pédiatrie

Chirurgie Générale

Pharmacognosie

Pédiatrie

Médecine interne

Gastro-Entérologie

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R. & PAR GRADE

D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS

Mr Abdel Karim KOUMARE

Mr Sambou SOUMARE

Mr Abdou Alassane TOURE

Mr Kalilou OUATTARA

Mr Amadou DOLO

Mr Alhousseini Ag MOHAMED

Chirurgie Générale

Chirurgie Générale

Orthopédie - Traumatologie, **Chef de D.E.R.**

Urologie

Gynéco-Obstétrique

C R L.

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Abdoulaye DIALLO

Mr Djibril SANGARE

Mr Abdel Kader TRAORE Dit DIOP

Mr Abdoulaye DIALLO

Mr Gangaly DIALLO

Ophthalmologie

Chirurgie Générale

Chirurgie Générale

Anesthésie - Réanimation

Chirurgie Viscérale

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mme SY Aïda SOW

Mr Salif DIAKITE

Gynéco-Obstétrique

Gynéco-Obstétrique

4. MAITRES ASSISTANTS

Mme DIALLO Fatimata S. DIABATE

Mr. Mamadou TRAORE

Mr Sadio YENA

Mr Filifing SISSOKO

Mr Issa DIARRA

Gynéco-Obstétrique

Gynéco-Obstétrique

Chirurgie Générale

Chirurgie Générale

Gynéco-obstétrique

5. ASSISTANTS CHEF DE CLINIQUE

Mr Mamadou L. DIOMBANA
Mr Sékou SIDIBE
Mr Abdoulaye DIALLO
Mr Tiéman COULIBALY
Mme TRAORE J. THOMAS
Mr Nouhoum ONGOIBA
Mr Zanafon OUATTARA
Mr Zimogo Zié SANOGO
Mr Adama SANGARE
Mr Youssouf COULIBALY
Mr Samba Karim TIMBO
Mme TOGOLA Fanta KONIPO
Mr Sanoussi BAMANI
Mr Doulaye SACKO
Mr Ibrahim ALWATA
Mr Lamine TRAORE
Mr Mady MAKALOU
Mr Aly TEMBELY
Mr Niani MOUNKORO
Mr Djénèba DOUMBIA
Mr Tiemoko D. COULIBALY
Mr Souleymane TOGORA
Mr Mohamed KEITA

Stomatologie
Orthopédie, Traumatologie
Anesthésie - Réanimation
Orthopédie Traumatologie
Ophtalmologie
Anatomie & Chirurgie Générale
Urologie
Chirurgie Générale
Orthopédie - Traumatologie
Anesthésie - Réanimation
ORL
ORL
Ophtalmologie
Ophtalmologie
Orthopédie - Traumatologie
Ophtalmologie
Orthopédie/Traumatologie
Urologie
Gynécologie/Obstétrique
Anesthésie/Réanimation
Odontologie
Odontologie
ORL

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS

Mr Daouda DIALLO
Mr Bréhima KOUMARE
Mr Siné BAYO
Mr Yéya T. TOURE
Mr Amadou DIALLO
Mr Moussa HARAMA
Mr Ogobara DOUMBO

Chimie Générale & Minérale
Bactériologie-Virologie
Anatomie-Pathologie-Histoembryologie
Biologie
Biologie
Chimie Organique
Parasitologie – Mycologie **Chef de D.E.R.**

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Yénimégué Albert DEMBELE
Mr Anatole TOUNKARA
Mr Amadou TOURE
Mr Flabou Bougoudogo

Chimie Organique
Immunologie
Histoembryologie
Bactériologie-Virologie

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Bakary M. CISSE
Mr Abdourahamane S. MAIGA
Mr Adama DIARRA
Mr Mamadou KONE
Mr Massa SANOGO

Biochimie
Parasitologie
Physiologie
Physiologie
Chimie Analytique

4. MAITRES ASSISTANTS

Mr Mahamadou CISSE
Mr Sékou F.M. TRAORE
Mr Abdoulaye DABO
Mr Abdourahamane TOUNKARA
Mr Ibrahim I. MAIGA
Mr Moussa Issa DIARRA
Mr Amagana DOLO
Mr Kaourou DOUCOURE
Mr Bouréma KOURIBA
Mr Souleymane DIALLO
Mr Cheik Bougadari TRAORE

Biologie
Entomologie médicale
Malacologie, Biologie Animale
Biochimie
Bactériologie - Virologie
Biophysique
Parasitologie
Biologie
Immunologie
Bactériologie-Virologie
Anatomie-Pathologie

5. ASSISTANTS

Mr Mounirou BABY
Mr Mahamadou A. THERA

Hématologie
Parasitologie

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS

Mr Abdoulaye Ag RHALY
Mr Mamadou K. TOURE
Mr Mahamane MAIGA
Mr Baba KOUMARE
Mr Moussa TRAORE
Mr Issa TRAORE
Mr Mamadou M. KEITA
Mr Hamar A. TRAORE
Mr Dapa Aly DIALLO
Mr Moussa Y. MAIGA

Médecine Interne
Cardiologie
Néphrologie
Psychiatrie, **Chef de DER**
Neurologie
Radiologie
Pédiatrie
Médecine Interne
Hématologie
Gastro-entérologie – Hépatologie

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Toumani SIDIBE
Mr Bah KEITA
Mr Boubacar DIALLO
Mr Somita KEITA
Mr Abdel Kader TRAORE
Mr Siaka SIDIBE

Pédiatrie
Pneumo-Phtisiologie
Cardiologie
Dermato-Leprologie
Médecine Interne
Radiologie

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Mamadou DEMBELE
Mr Mamady KANE
Mme Tatiana KEITA
Mr Diankiné KAYENTAO †
Mme TRAORE Mariam SYLLA
Mr Adama D. KEITA
Mme SIDIBE Assa TRAORE
Mme Habibatou DIAWARA

Médecine Interne
Radiologie
Pédiatrie
Pneumo-Phtisiologie
Pédiatrie
Radiologie
Endocrinologie
Dermatologie

4. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Mr Bou DIAKITE
Mr Bougouzié SANOGO
Mr Saharé FONGORO
Mr Bakoroba COULIBALY
Mr Kassoum SANOGO
Mr Seydou DIAKITE
Mr Mahamadou B. CISSE
Mr Arouna TOGORA
Mme DIARRA Assétou SOUCKO
Mr Boubacar TOGO
Mr Mahamadou B. TOURE
Mr Idrissa A. CISSE
Mr Mamadou B. DIARRA
Mr Anselme KONATE
Mr Moussa T. DIARRA
Mr Souleymane DIALLO
Mr Souleymane COULIBALY
Mr Daouda K. MINTA
Mr Soungalo DAO

Psychiatrie
Gastro-entérologie
Néphrologie
Psychiatrie
Cardiologie
Cardiologie
Pédiatrie
Psychiatrie
Médecine Interne
Pédiatrie
Radiologie
Dermatologie
Cardiologie
Hépatogastro-entérologie
Hépatogastro-entérologie
Pneumologie
Psychologie
Maladies Infectieuses
Maladies Infectieuses

5. ASSISTANT

Mr Cheick Oumar GUINTO

Neurologie

D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEURS

Mr Boubacar Sidiki CISSE	Toxicologie
Mr Gaoussou KANOUTE	Chimie analytique

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Arouna KEITA †	Matière Médicale
Mr Ousmane DOUMBIA	Pharmacie Chimique

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Boulkassoum HAIDARA	Législation
Mr Elimane MARIKO	Pharmacologie, Chef de D.E.R.

4. MAITRES ASSISTANTS

Mr Benoît KOUMARE	Chimie Analytique
Mr Drissa DIALLO	Matières Médicales
Mr Alou KEITA	Galénique
Mr Ababacar I. MAIGA	Toxicologie
Mr Yaya KANE	Galénique

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEUR

Mr Sidi Yaya SIMAGA	Santé Publique, Chef de D.E.R.
---------------------	---------------------------------------

2. MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

Mr Moussa A. MAIGA	Santé Publique
--------------------	----------------

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sanoussi KONATE	Santé Publique
--------------------	----------------

4. MAITRES ASSISTANTS

Mr Bocar G. TOURE	Santé Publique
Mr Adama DIAWARA	Santé Publique
Mr Hamadoun SANGHO	Santé Publique
Mr Massambou SACKO	Santé Publique
Mr Alassane A. DICKO	Santé Publique

CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mr N'Golo DIARRA	Botanique
Mr Bouba DIARRA	Bactériologie
Mr Salikou SANOGO	Physique
Mr Bokary Y. SACKO	Biochimie
Mr Boubacar KANTE	Galénique
Mr Souleymane GUINDO	Gestion
Mme DEMBELE Sira DIARRA	Mathématiques
Mr Modibo DIARRA	Nutrition
Mme MAIGA Fatoumata SOKONA	Hygiène du Milieu
Mr Arouna COULIBALY	Mathématiques
Mr Mahamadou TRAORE	Génétique
Mr Souleymane COULIBALY	Psychologie Médicale
Mr Yaya COULIBALY	Législation
Mme Rokia SANOGO	Pharmacognosie
Mr Boubacar TRAORE	Pharmacognosie
Mr Saïbou MAIGA	Législation
Mr Ousmane KOITA	Parasitologie Moléculaire
Mr Samba DIOP	Anthropologie Médicale
Mr Seydou DOUMBIA	Epidémiologie
Mr Oumar THIERO	Biostatistique
Mr Mangara M. BAGAYOGO	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Guimogo DOLO	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Abdoulaye TOURE	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Djibril SANGARE	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Mouctar DIALLO	Biologie Parasitologie

ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr. Doudou BA	Bromatologie
Pr. Babacar FAYE	Pharmacodynamie
Pr. Eric PICHARD	Pathologie Infectieuse
Pr. Mounirou CISSE	Hydrologie
Pr. Amadou Papa DIOP	Biochimie

DEDICACES

Je dédie ce travail à :

ALLAH, LE TOUT PUISSANT ET MISERICORDIEUX

De m'avoir donné le privilège de mener à bien ces études .
Que la gloire ,l'honneur et la puissance lui reviennent à jamais.

A mon père

KOULOUMOLOU EMMANUEL DIALLO

Voilà enfin le jour que tu as attendu avec beaucoup de patience. Ce travail est l'aboutissement de tous les sacrifices que tu as consentis pour moi . Je suis fier d'avoir reçu de toi une éducation de qualité tu m'as inculqué le sens du courage , de la persévérance et de la justice dans l'accomplissement du travail bien fait. Ton souci constant pour la réussite de tes enfants fait de toi un père exemplaire admiré de nous tous .

Cher père recevez à travers ce modeste travail , l'expression de mes sentiments les plus affectueux . Que Dieu te garde aussi longtemps que possible auprès de nous . Amen !

A ma mère

NATIEKE BINTOU CISSE

Tu t'es beaucoup sacrifiée afin de nous donner une bonne éducation . Tes conseils et tes bénédictions m'ont toujours accompagné durant mes études . Puisse ce modeste travail être un début au couronnement de tes efforts . Chère mère trouve ici l'expression de mon profond attachement et de mon amour indéfectible.

A ma tante et mère : Assitan TOURE

Plus qu'une tante vous avez été pour moi une mère ,vous avez consacré le meilleur de vous même à mon éducation et à ma réussite . Vos soutiens tant moral que matériel ne m'ont jamais fait défaut .Grâce à vous j'ai pu parvenir à bout de mes études .C'est le lieu pour moi de vous en être reconnaissant. Ce travail est le résultat de tout tes efforts.

Trouvez ici l'expression de ma profonde reconnaissance et de mon attachement indéfectible.

A mes tantes

Djénéba KEITA ,Fanta TOURE ,Fanta CISSE ,Mariam DIASSANA
Merci pour votre soutien ,vos conseils et vos bénédictions reçus tout au long de mes études.

A mes tontons

Rémy DIALLO ,Amadou TRAORE, Abdoulaye CISSE

Votre soutien tant moral que matériel et vos nombreux sacrifices consentis m'ont permis de venir à bout de ce travail . Qu'il soit le témoignage de ma profonde gratitude pour tout ce que vous avez fait pour moi .

A mes FRERES , SOEURS , COUSINS et COUSINES

Puisse le lien de sang nous unir d'avantage.

REMERCIEMENTS

A mes AMIS

Cheick. P. O SANGARE , Mamoutou BERTHE , Gangara N'DIAYE , Oumar SOGORE , Lassana DIABIRA , Ould Saleck CISSE , Abdou MAKALOU, Brenima COULIBALY , Angeline DAKONO ,Kadiatou KAMISSOKO, Abdoulaye TAMBOURA , Eric KONE et Habib KONE .

Vous avez toujours été présent à mes côtés tout au long de la réalisation de ce travail . Merci pour votre soutien moral. Nous sommes amis à vie.

A mes « aînés » de service : Sidy SANGARE, Mody SIDIBE, Modibo DIANE, Lamine BAH, Moussa SOW, Madoussa DIARRA.

A mes promotionnaires de service : David DAKOUO, Bréhima DIARRA, Edem TOUNDEKA, Soumaïla DIAWARA.

A mes cadets de service : Jean Marie COULIBALY, Samuel KEITA, Cheick Mansour DIARRA, Abdoul Aziz SOW, Diakalia KONE, Ghislain TIEMDJIO, Jean Claude MEIRET, Mekidjan DIALLO, Olivier awadeN'GONGANG, Kalo DAO, Daouda SAMAKE, Delphine SANDJO, KAREL TWINCHANG, Cheick OT DIARRA, Makin MOUNKORO, Sala BAMADIO, Boubacar DOUMBIA

Aux Docteurs :

Boubacar DRAME, Abdoulaye DIALLO, Yacouba SISSOKO, Mamadou MARIKO, Brehima COULIBALY

Merci pour tout ce que vous avez fait pour la réussite de ce travail.

A Christian KOWA, Bakary TRAORE, Adama DIARRA et à tous les employés du Cyber Center MedLine du point-G.

Merci pour tous ce que vous avez fait pour la réussite de ce travail.

A tout le personnel du service de Chirurgie Orthopédique et de Traumatologie pour votre collaboration de tous les jours dans la bonne humeur et l'échange permanent.

A tous les malades qui ont fait l'objet de cette étude.

A tous ceux qui lisent cette thèse dans le but d'une meilleure connaissance de la pathologie osseuse de l'épaule.

REMERCIEMENTS AUX MEMBRES DU JURY

A notre maître et président du jury

Professeur Gangaly DIALLO

- Professeur agrégé de chirurgie générale à la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-stomatologie
- Chef de service de la chirurgie générale et pédiatrique de l'hôpital Gabriel Touré
- Médecin colonel de la gendarmerie nationale du Mali
- 2 ème assesseur de la FMPOS

C'est un grand honneur et un immense plaisir que vous nous faites en président ce jury malgré vos multiples occupations. Votre abord facile ; votre rigueur sont des atouts qui nous ont fascinés au cours de notre formation.

Recevez ici cher maître notre admiration et notre profond respect.

A notre maître et juge

Docteur Mahamadou TOURE

➤ Assistant chef de clinique en radiologie à la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie (FMPOS)

➤ Médecin colonel des armées du Mali

C'est un réel plaisir que vous nous faites en acceptant de juger ce travail. Nous avons été séduit par la gentillesse avec laquelle vous nous avez toujours reçu.

Votre disponibilité permanente ,votre simplicité ,vos qualités de chercheur et enfin votre grande technicité font de vous un maître exemplaire.

Recevez ici ,cher maître l'expression de notre profonde admiration.

A notre maître et co-directeur de Thèse

Docteur Tiéman Coulibaly

- Chirurgien orthopédiste et traumatologue à l'Hôpital Gabriel TOURE

- Assistant chef de clinique d'orthopédie et traumatologie à la faculté de médecine ,de pharmacie et d'odontostomatologie.

Nous avons apprécié vos qualités scientifiques et pédagogique lors de notre formation à la faculté de Médecine et tout au long de cette thèse.

Nous avons été séduit par votre simplicité et l'amour que vous avez pour les autres . Au cours de notre séjour dans le service, vous nous avez inculqué le sens du travail bien fait . Ce travail est aussi le vôtre.

Permettez-nous de vous remercier et vous témoigner notre profonde gratitude et notre profond respect.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

Professeur Abdou Alassane Touré

- **Professeur** de chirurgie Orthopédique et Traumatologique, Chef de service de traumatologie de l'hôpital Gabriel Touré,
- **Directeur** du Centre de Spécialisation des Techniciens de santé,
- **Chef du D.E.R** de chirurgie de la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie,
- **Président** de la Société Malienne de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (SO.MA.COT)
- **Chevalier** de l'ordre National du Mali.

Cher Maître, votre courage ,votre sérieux et votre sens social élevés font de vous un homme admirable .Vous nous avez fait un grand honneur en nous acceptant dans votre service. Le mérite de ce travail ne peut que vous revenir . Permettez nous cher maître de vous remercier pour nous avoir confié ce travail et de vous affirmer notre profonde gratitude.

Mes remerciements vont à l'endroit des

DOCTEURS :

➤ **Adama SANGARE**

➤ **Ibrahim ALWATA**

➤ **Ariel Varela HERNANDEZ**

Vous n'avez ménagé aucun effort pour le succès de notre formation.

Vous avez fait preuve d'abnégation et d'ouverture d'esprit.
Soyez remerciés chers maîtres

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION ET OBJECTIFS

I.1 Introduction

I.2 Objectifs

II. GENERALITES

II.1-Rappels anatomiques

II.2-Physiologie de l'épaule

II.3-Les luxations de l'épaule

II.3.1-Définitions

II.3.2-Etiologie des luxations de l'épaule

II.3.3-Mécanisme des luxations de l'épaule

II.3.4-Classification anatomopathologique des luxations de l'épaule

II.3.5-Diagnostic

II.3.6-Evolution

II.3.7-Les complications avant traitement

II.3.8-Traitement

II.3.9-Les complications après traitement

III. NOTRE ETUDE

III.1-Methodologie

III.1.1.Matériels

III.1.2.Méthode

III.2-Résultats

III.3-Commentaires et discussions

III.4-Conclusion et recommandations

IV. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES ET ANNEXES



INTRODUCTION ET OBJECTIFS

I.1- INTRODUCTION

L'articulation gléno-humérale ou articulation scapulo-humérale est une énarthrose dont la pathologie est très diversifiée (affections dégénératives, et traumatiques etc.....)

Au niveau de l'épaule la nature a voulu tenir un difficile pari en conciliant mobilité et stabilité ;l'épaule est l'articulation la plus mobile du corps humain, mais aussi l'une des plus instables. Sa très grande mobilité fait qu'elle est sujette a d'importantes sollicitations, mais anatomiquement sa stabilité n'est pas bien assurée [26].

Les luxations de l'épaule sont les plus fréquentes des luxations, elles constituent environ 50 à 60% de toutes les luxations traumatiques et 11% des traumatismes de l'épaule, tous âges confondus[2]. Cette fréquence s'explique par les particularités anatomiques et physiologiques de l'articulation gléno-humérale : la cavité glénoïdienne de l'omoplate est 3 à 4 fois plus petite que la tête humérale qui a une forme sphérique, la capsule articulaire est vaste et mince.

La prise en charge des luxations de l'épaule est souvent émaillée de complications (raideur, instabilité, récurrences)[42].

Malgré leur très grande fréquence et les complications qu'elles peuvent engendrer les luxations de l'épaule n'ont pas encore fait l'objet d'étude au Mali à notre connaissance ;C'est pourquoi nous avons décidé d'étudier l'expérience du Service de Traumatologie et de Chirurgie Orthopédique de l'HOPITAL GABRIEL TOURE dans la prise en charge des luxations de l'épaule.

I.2- OBJECTIFS

OBJECTIF GENERAL :

- Etudier les luxations traumatiques de l'épaule dans le service de traumatologie et de chirurgie orthopédique de l'HOPITAL GABRIEL TOURE.

OBJECTIFS SPECIFIQUES :

- Déterminer la fréquence des différents types de luxation traumatiques de l'épaule.
- Déterminer les étiologies de ces lésions.
- Analyser le résultat du traitement des différents types de luxation de l'épaule.



GENERALITES

II. GENERALITES

II.1. RAPPELS ANATOMIQUES

Le complexe articulaire de l'épaule est formé par la réunion de la clavicule, de l'omoplate et de l'extrémité supérieure de l'humérus (Fig1). Ces trois os en association avec le sternum et la cage thoracique forment cinq articulations dont trois vraies (l'articulation scapulo-humérale, l'articulation sterno-claviculaire et l'articulation acromio-claviculaire) et deux espaces de glissement (l'articulation scapulo-thoracique et l'espace sous acromio-deltoïdien)[21].

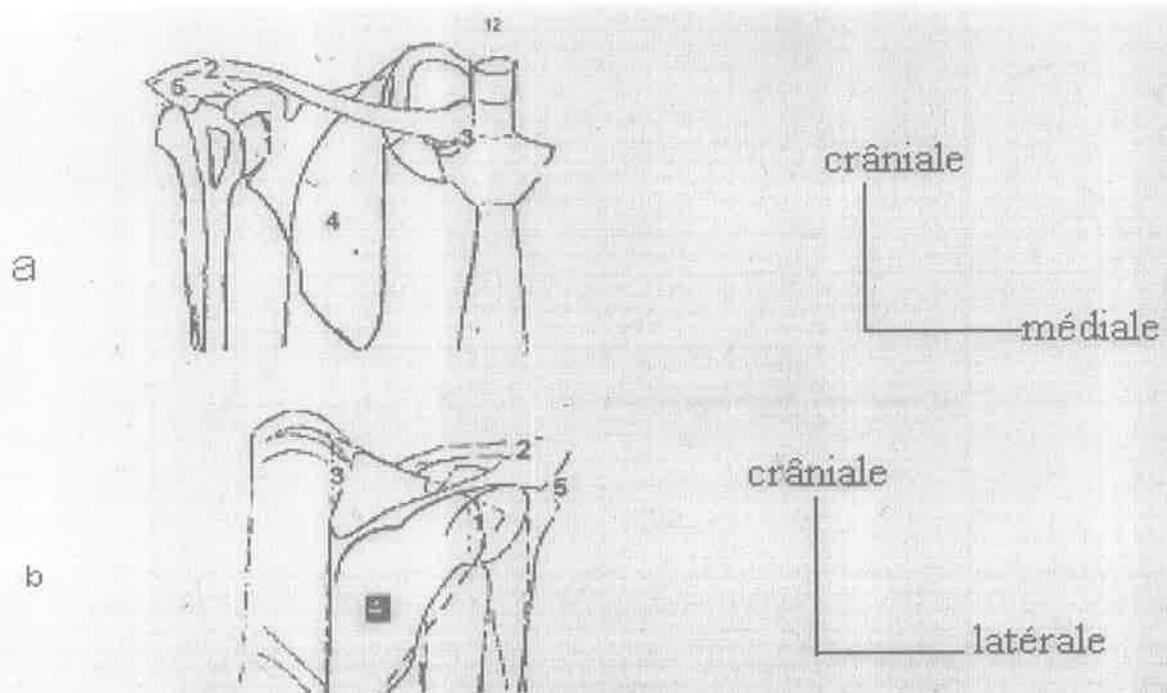


Fig1: Complexe articulaire de l'épaule[17]

- a. Vue antérieure
- b. Vue postérieure
1. Articulation scapulo-humérale (ou gléno-humérale)
2. Articulation acromio-claviculaire
3. Articulation sterno-claviculaire
4. Articulation scapulo-thoracique (ou omo-thoracique)
5. Articulation sous deltoïdienne (ou bourse séreuse sous acromio-deltoïdienne)

1.1.LES OS DE L'EPAULE

1.1.1 LA CLAVICULE

C'est un os long pair situe à la partie antéro-supérieure du thorax et qui s'étend entre le sternum (en dedans) et l'acromion de l'omoplate (en dehors) Fig 2a – 2b.

Elle est contournée en « S » italique et présente à décrire [21,33] :

- ▶ Une extrémité médiale ou sternale :arrondie
- ▶ Une extrémité latérale ou acromiale :plate
- ▶ Un bord antérieur
- ▶ Un bord postérieur
- ▶ Une face supérieure : lisse porte les aspérités du muscle deltoïde.
- ▶ Une face inférieure :qui porte la tubérosité coracoïde ,la tubérosité conoïde, la tubérosité costale ,la gouttière du muscle sous-clavier.

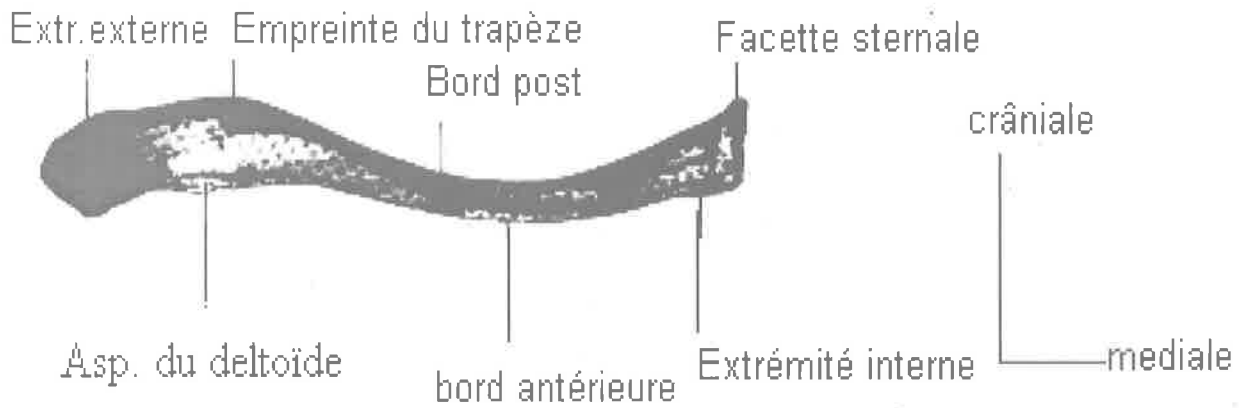


Fig 2a: Clavicule droite, face supérieure

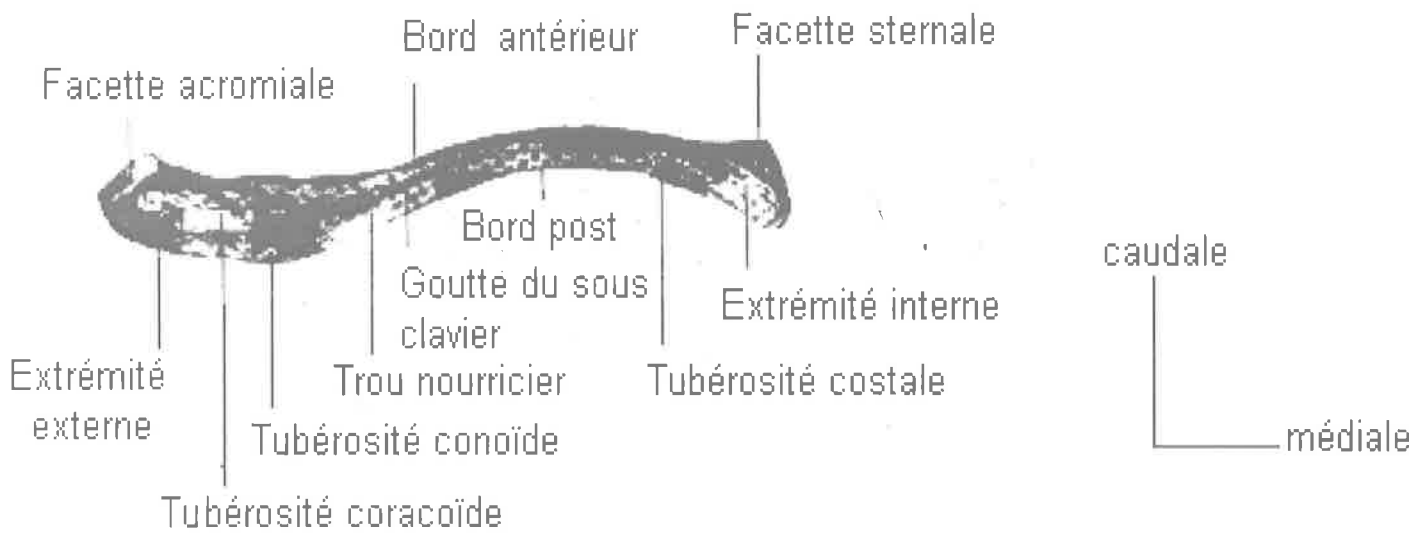


Fig 2b: Clavicule droite, face inférieure

1.1.2 L'OMOPLATE

C'est un os pair plat, large, mince et triangulaire appliqué sur la partie postérieure et supérieure du thorax en regard des sept premières côtes (Fig 3a et 3b). Elle présente à décrire [21,33,34] :

- Une face antérieure ou fosse sous scapulaire
- Une face postérieure divisée en deux (fosse sus-épineuse, et fosse sous-épineuse) par l'épine de l'omoplate qui se termine en dehors par l'acromion
- Un bord supérieur ou cervical qui se termine en dehors par l'échancrure coracoïdienne
- Un bord médial ou spinal
- Un bord latéral ou axillaire
- Un angle supérieur situé à la jonction du bord supérieur et bord externe
- Un angle inférieur situé à la jonction des bords externe et interne
- Un angle latéral qui présente à d'écrire :

*La cavité glénoïde qui s'articule avec la tête humérale

*le col de l'omoplate qui supporte la cavité glénoïde

*l'apophyse coracoïde.

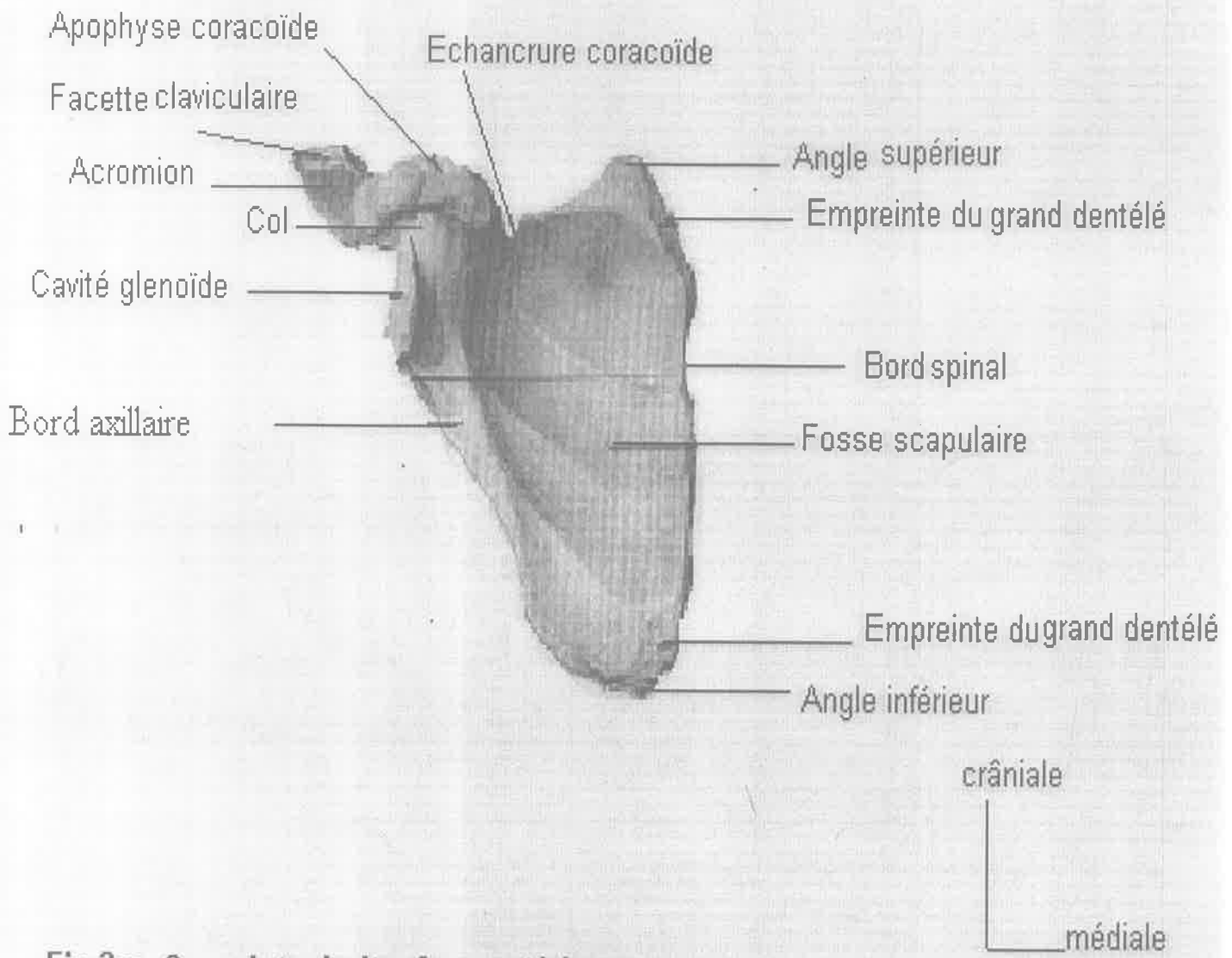


Fig 3a: Omoplate droite, face antérieure

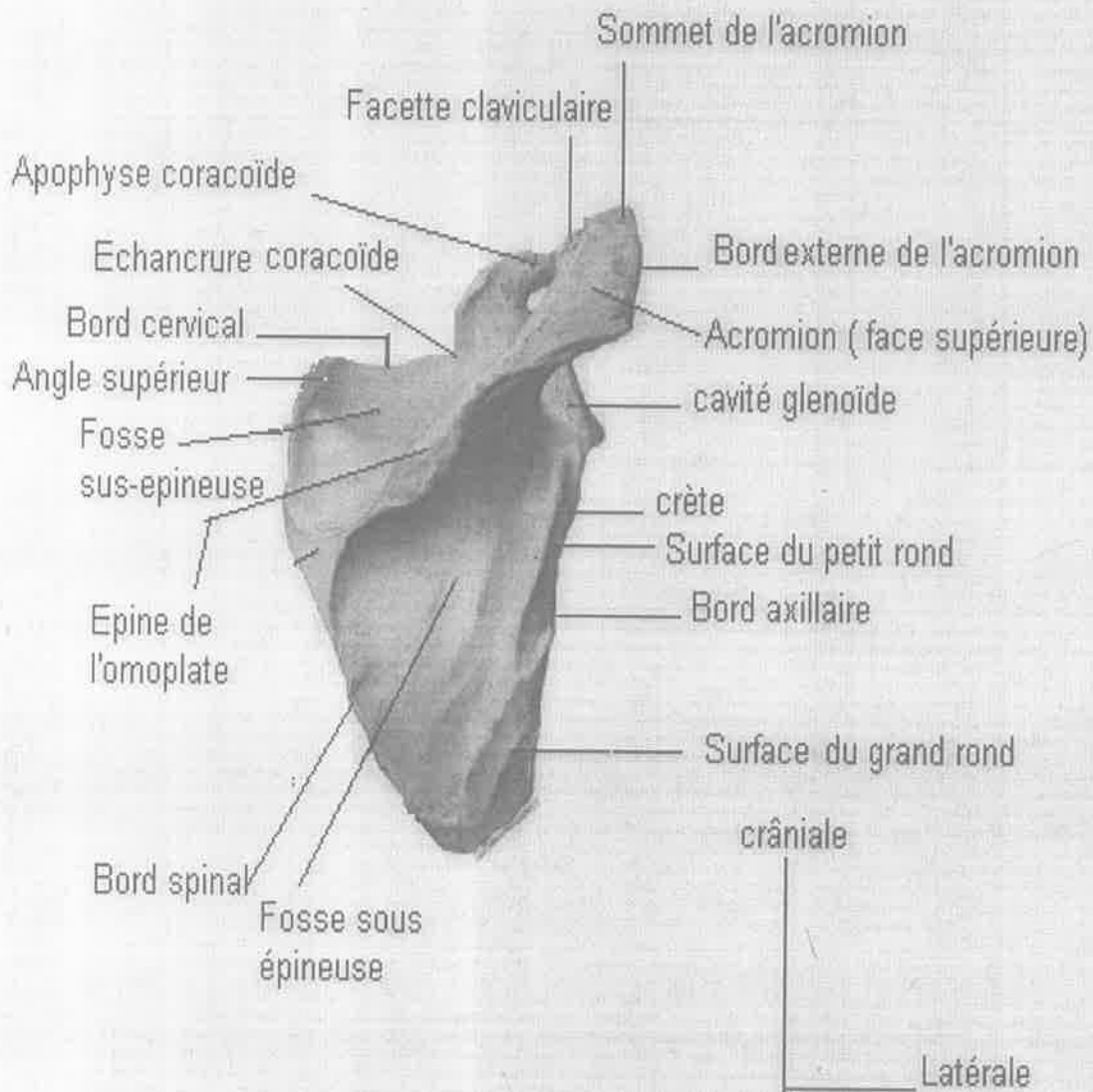


Fig 3b: Omoplate droite, face postérieure

1.1.3 L'EXTREMITÉ SUPÉRIEURE DE L'HUMÉRUS

Elle présente trois saillies [33 ,10] : l'une interne et articulaire (la tête humérale) et deux non articulaires, le tubercule majeur (trochiter) et le tubercule mineur (trochin) situé en dehors de la précédente (Fig4) :

La tête de l'humérus : elle représente le tiers d'une sphère d'environ 30 mm de rayon, elle est séparée du tubercule majeur(trochiter) et du tubercule mineur (trochin) par un sillon circulaire appelé col anatomique

Le tubercule majeur : c'est une grosse tubérosité située en dehors de la tête humérale et présente sur ses faces supérieure et postérieure trois fossettes déposées d'avant en arrière (supérieure, moyenne et postérieure)

Le tubercule mineur : c'est une petite tubérosité située en avant et en dedans du tubercule majeur dont il est séparé par la coulisse bicipitale.

Le col anatomique qui représente la partie rétrécie qui supporte la tête

Au-delà des tubercules , à la jonction épiphyse-diaphyse , on rencontre le col chirurgical ainsi nommé parce qu'il est sa partie souvent fracturée.

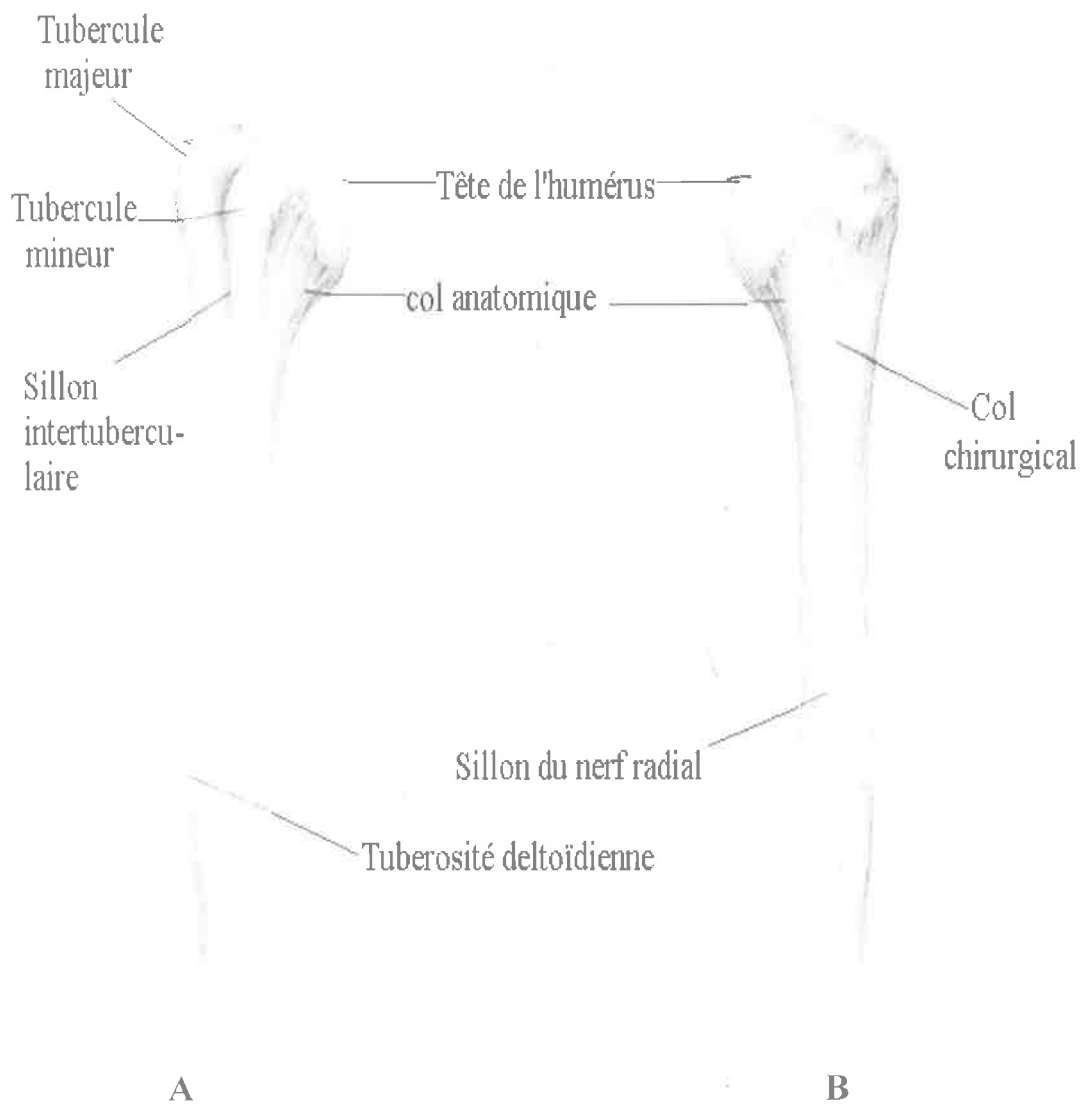


Fig :4 Extrémité supérieure de l'humérus droit

A : Vue antérieure

B : Vue postérieure

1.2 LES ARTICULATIONS DE L'ÉPAULE

Sous le terme d'épaule sont regroupés cinq articulations :

Trois articulations vraies qui sont :

- ✓ l'articulation scapulo-humérale (ou gléno-humérale)
- ✓ l'articulation acromio-claviculaire
- ✓ l'articulation sterno-claviculaire.

Deux espaces de glissement :

- ✓ l'articulation scapulo-thoracique (ou omo-thoracique)
- ✓ l'articulation sous deltoïdienne (ou bourse séreuse sous acromio-deltoïdienne)

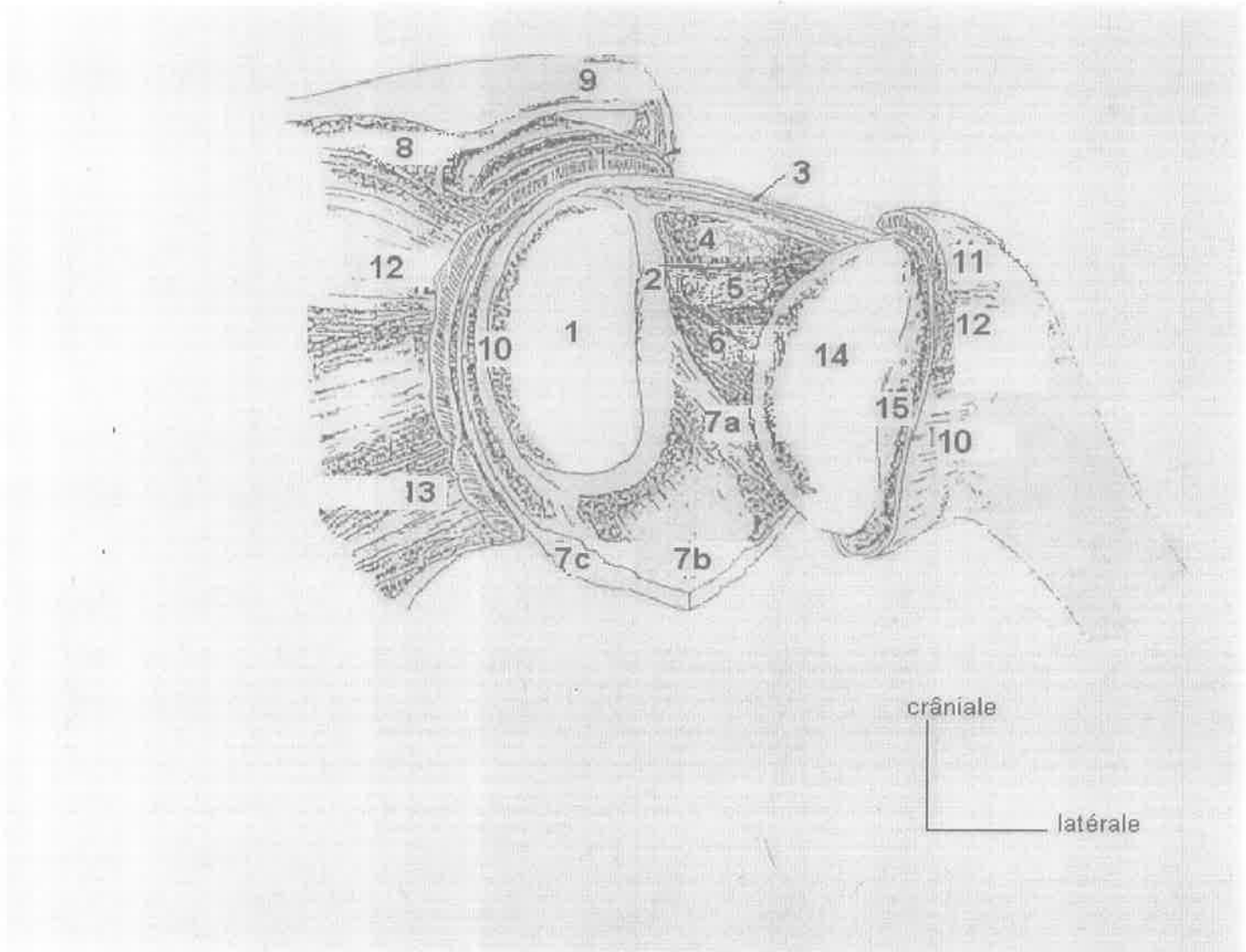
L'articulation scapulo-humérale (ou gléno-humérale)

La plus importante au niveau de l'épaule [30,3], l'articulation scapulo-humérale est une énarthrose lâche qui met en contact la cavité glénoïde de l'omoplate et la tête humérale (Fig 5).

Les surfaces articulaires :

- **la cavité glénoïde de l'omoplate :**

Elle est concave ovalaire à grosse extrémité inférieure et centrée par le tubercule glénoïdien. Elle est plus petite et moins profonde que ne voudrait la tête humérale. Dans la position anatomique, elle regarde en avant et un peu en haut. Elle est recouverte par du cartilage articulaire[33,10,32].



**Fig 5 :Anatomie endo-articulaire de l'interligne gléno-humérale
(d'après Rouvière)**

- | | |
|-------------------------------------|-------------------------|
| 1. Cavité glénoïde | 8. Epine de l'omoplate |
| 2. Labrum | 9. Acromion |
| 3. Longue portion du muscle biceps | 10. Capsule postérieure |
| 4. Ligament gléno-huméral supérieur | 11. Muscle sus épineux |
| 5. Tendon du muscle sous-scapulaire | 12. Muscle sous épineux |
| 6. Ligament gléno-huméral moyen | 13. Muscle petit rond |
| 7. Ligament gléno-huméral inférieur | 14. Tête humérale |

- **la tête humérale :**

Elle est revêtue d'une couche de cartilage d'environ 2 mm d'épaisseur [33,20]. En position debout, le bras pendant le long du corps, la tête humérale regarde en dedans et en arrière, son axe forme avec celui du corps un angle d'environ 130°.

le bourrelet glénoïdien :

La composition et le rôle du bourrelet glénoïdien ont fait l'objet de nombreuses controverses .

Composition: pour **GRAY** [34] **LANZ** et **WACHSMUTH** [23] le bourrelet glénoïdien est une structure fibro-cartilagineuse ce qui confirme les constatations opératoires de **BOST** et **IMMAN** en 1942 [26].

MOSELY et **OVERGOARD** [29,28] sur une étude cadavérique de 45 embryons humains constatent que le bourrelet glénoïdien a beaucoup plus une structure fibreuse que fibro-cartilagineuse et qu'il se présente souvent comme une dépendance directe de la capsule articulaire. Toutefois le bourrelet antéro-inférieur peut revêtir lui-même des aspects différents allant de l'agénésie à l'hypertrophie.

Son rôle est également diversement apprécié :

*Pour les uns, il aurait un rôle d'agrandissement en profondeur de la cavité glénoïde

*Pour les autres il n'aurait qu'un rôle de « joint élastique » . Malgré cette apparente instabilité anatomique, l'épaule a une mobilité multidirectionnelle qui exige une stabilité fonctionnelle. Cette stabilité n'est possible que grâce aux moyens de contention qui sont :

-la capsule articulaire

-les ligaments de renforcement

-les muscles péri-articulaires (véritables ligaments actifs).

❖ La capsule articulaire : manchon fibreux d' une grande souplesse, elle permet un écartement des surfaces articulaires de 2 à 3 cm .

Du côté scapulaire elle se fixe sur le pourtour osseux de la glène, et la face périphérique du bourrelet .Elle englobe en haut le tendon du long biceps, qui devient ainsi intra-articulaire et extrasynovial , elle se confond en bas avec le tendon du long triceps mais le laisse extra articulaire. Du coté huméral elle s'insère en dehors du col anatomique.

- ❖ Les ligaments: en divers points la capsule s'épaissit sous la forme de bandes fibreuses, tendus du pourtour de la glène à l'humérus (Fig 6 et 7). Ce sont les ligaments gléno-huméraux (le supérieur, le moyen et l' inférieur). On retrouve leur première description en 1953 par **SCHLEMM** [40]

- **Le ligament gléno-huméral supérieur (L.G.H.S.)** : il va du pôle supérieur de la glène à l'encoche sus trochantérienne du revêtement cartilagineux de la tête. Son rôle est diversement apprécié :

THEORIE DE WELKER [39]« to be a nutrition ligament of the huméral Head » il compare ce L.G.H.S au ligament rond de la tête fémorale et lui donne un rôle nutritif pour la tête humérale

THEORIE DE SUTTON J.B [40]: lui attribue le rôle de ligament de luxation « divorced tendon of subclavius » ;Mais les études anatomiques de **DELORME** [8] refusent à ce ligament toute capacité de prévention de la luxation.

Les travaux de dissection de DEPALMA [6] **COLLERY-BENNETT**[7] : sur 96 épaules prouvent que ce ligament gléno-huméral supérieur est le plus constant des 3 ligaments.

- **Le ligament gléno-huméral moyen (L.G.H.M)** : il va du pôle supérieur de la glène un peu plus bas que le précédent a la petite tubérosité de l'humérus, bien décrit par **DELORME** [8]; c'est un ligament dense de 2 à 3cm de longueur et parfois plus de 4cm d'épaisseur .

DEPALMA et Coll le trouvent absent ou peu individualisé dans un tiers des cas.

- **Le ligament gléno-huméral inférieur (L.G.H.I)** : il va du bord antéro-inférieur de la glène au bord interne du col chirurgical de l'humérus et l'insertion scapulaire de la longue portion du triceps.

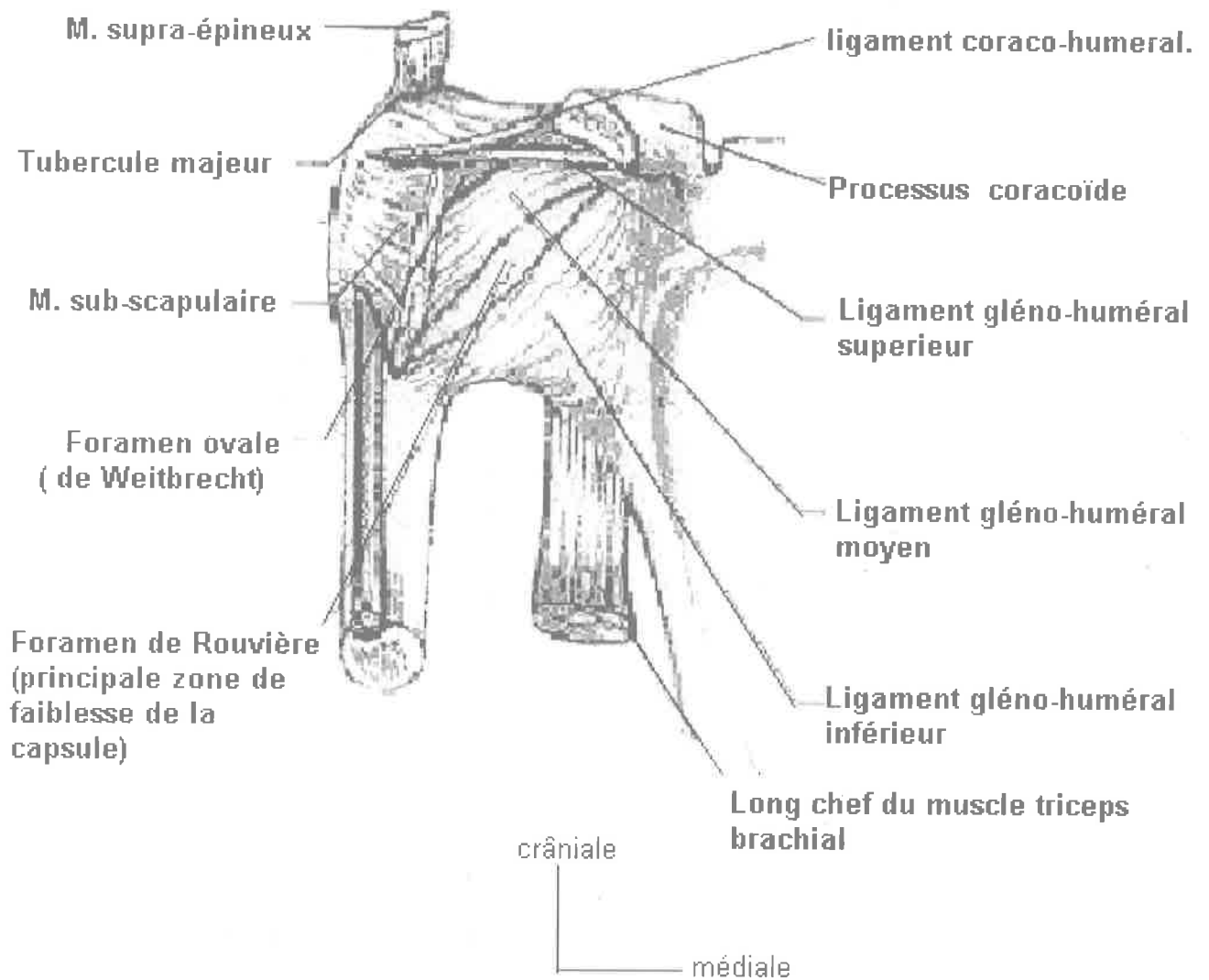


Fig 6: Articulation scapulo-humérale. Les ligaments, vue antérieure

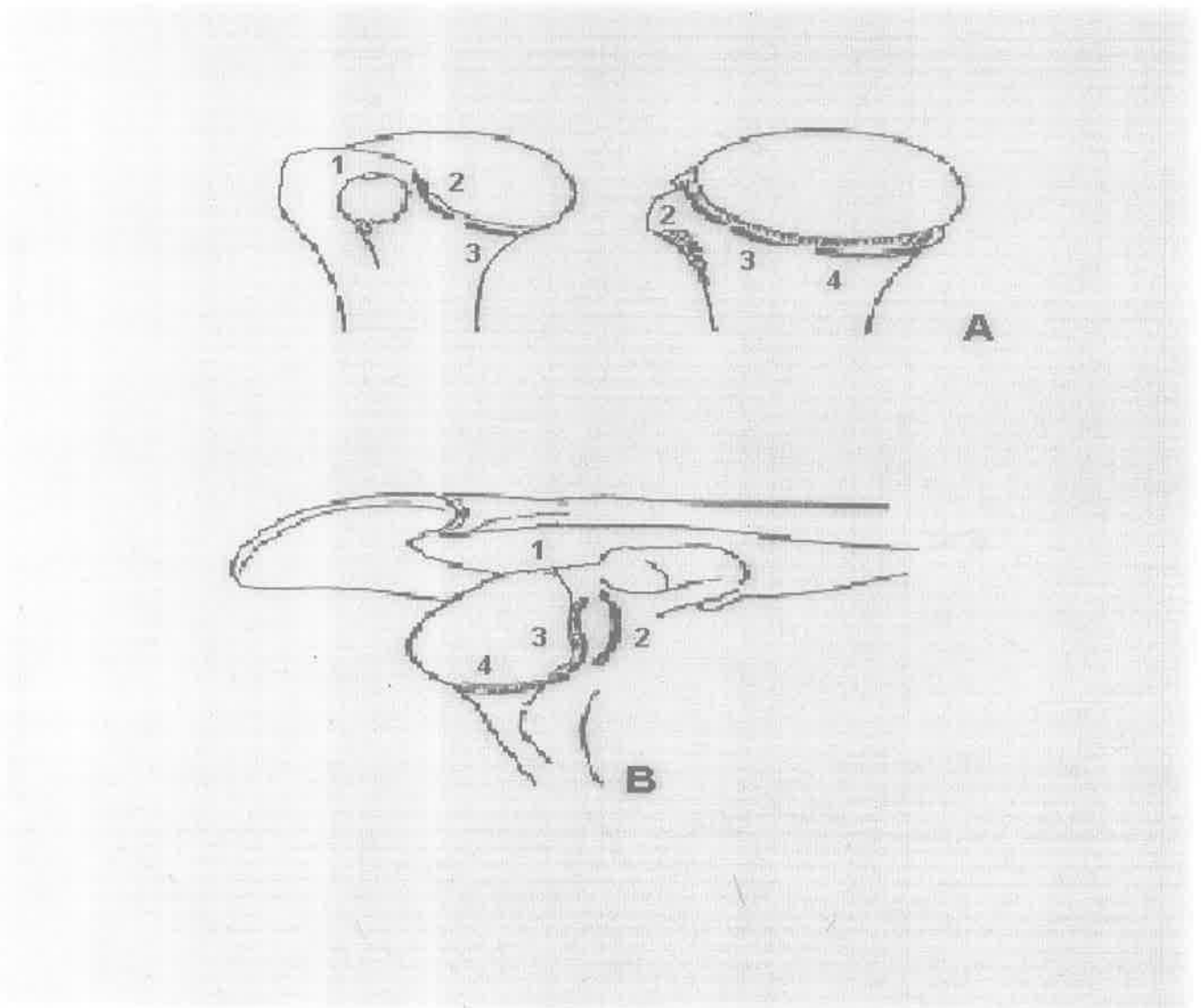


Fig7 : Les insertions ligamentaires

A : Insertion humérale des ligaments gléno-huméraux

B : Insertion glénoïdienne des ligaments gléno-huméraux

1. ligament gléno-huméral supérieur
2. ligament gléno-huméral moyen
3. ligament gléno-huméral inférieur (faisceau supérieur)
4. ligament gléno-huméral inférieur

- **Articulation acromio-claviculaire:** relie le bord interne de l'acromion à l'extrémité latérale de la clavicule.

Dans certains cas les surfaces articulaires ne se correspondent pas exactement, la juxtaposition parfaite est alors assurée par un ménisque interarticulaire qui est simplement fibreux ou fibro-cartilagineux [33].

La synoviale :

Elle tapisse la face profonde de la capsule articulaire.

- **Articulation sterno-claviculaire:** Elle est formée par l'extrémité interne de la clavicule, le sternum et le premier cartilage costal.

- Les moyens d'union

Ils sont essentiellement représentés par :

- ▶ La capsule articulaire
- ▶ Le ligament sterno-claviculaire antérieur
- ▶ Le ligament sterno-claviculaire postérieur
- ▶ Le ligament costo-claviculaire
- ▶ Le ligament inter claviculaire qui s'étend de part et d'autre de la facette sternale.

- **Articulation scapulo-thoracique (ou omo-thoracique)**

Articulation au sens physiologique, elle correspond au glissement de l'omoplate sur le grille costal par l'intermédiaire de l'espace omo-seratique compris entre le sous scapulaire à la face profonde de l'omoplate et le muscle grand dentelé d'une part et l'espace pariéto-seratique compris entre le muscle grand dentelé et la paroi thoracique d'autre part [33,43].

- **Articulation sous deltoïdienne**

Articulation au sens physiologique, elle comporte deux surfaces glissant l'une par rapport à l'autre et correspond à la surface profonde du muscle deltoïde et des muscles de la coiffe des rotateurs grâce à la bourse deltoïdienne [33,9].

1.3 LES MUSCLES DE L'ÉPAULE

Ils existent quatre groupes musculaires au niveau de l'épaule[33].

a) **Le groupe antérieur** :Il comprend deux plans (superficiel et profond)

- Au plan superficiel: nous avons

- le muscle grand pectoral

- Au plan profond :

- le muscle petit pectoral
- le muscle sous clavier

b) **le groupe interne** :il se compose d'un seul muscle

- le muscle grand dentelé

c) **le groupe postérieur** :il est formé de six muscles

- le muscle sous scapulaire
- le muscle sous épineux
- le muscle sus épineux
- le muscle petit rond
- le muscle grand rond
- le muscle grand dorsal

d) **le groupe externe** :il se compose d'un seul muscle

- Le muscle deltoïde.

Les muscles sus-épineux, sous-épineux, sous- scapulaire, petit rond et la longue portion du biceps portent le nom de muscles de la coiffe des rotateurs. Ces muscles s'opposent à l'élévation de la tête humérale sous l'effet du muscle deltoïde.

1.4 LES APONEVROSES DE L'ÉPAULE [33.10.14]

Les aponevroses de l'épaule se répartissent en deux groupes :

- Les aponevroses musculaires : il s'agit principalement de
 - l'aponévrose du muscle sus-épineux
 - l'aponévrose des muscles sous-épineux, petit et grand rond
 - l'aponévrose du muscle grand dorsal
 - l'aponévrose du muscle sous scapulaire
 - l'aponévrose du muscle grand dentelé
- l'aponévrose de la base de la cavité axillaire : Elle est divisée en deux parties (superficielle et profonde).

1.5 LES VAISSEAUX DE L'ÉPAULE (Fig 8)

– Les artères de l'épaule :[33.10.11]

L'épaule est essentiellement irriguée par l'artère axillaire et ses branches collatérales.

L'artère axillaire

Elle fait suite à l'artère sous clavière qui descend dans la région axillaire prenant ainsi le nom d'artère axillaire.

***Les branches collatérales** : Elles sont au nombre de six :

- l'artère thoracique supérieure
- l'artère acromio-thoracique
- l'artère scapulaire inférieure (ou mammaire externe)
- l'artère scapulaire postérieure
- l'artère circonflexe postérieure
- l'artère circonflexe antérieure

– Les veines de l'épaule

La vascularisation veineuse est assurée par la veine axillaire qui suit l'artère axillaire dans ses rapports. La veine axillaire reçoit les veines venant des branches collatérales de l'artère axillaire , de même elle reçoit des veines thoraco-épigastriques[33.10.11].

1.6 LES LYMPHATIQUES DE L'ÉPAULE

Ils se jettent dans les chaînes ganglionnaires de la région axillaire.

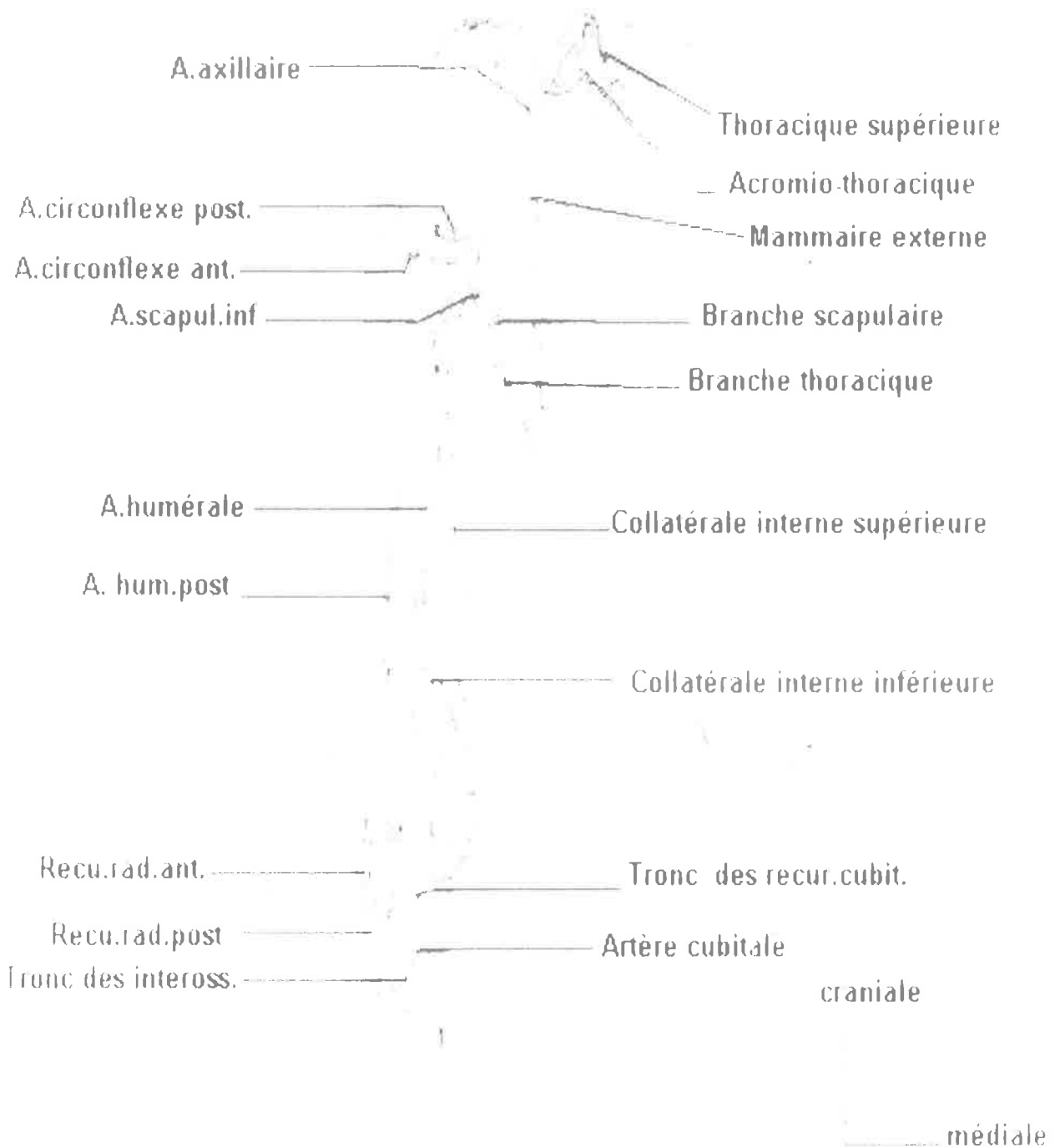


Fig 8 : Vascularisation de l'épaule et du bras

1.7 LES NERFS DE L'ÉPAULE [33,14,27,25]

L'innervation de l'épaule est assurée par les branches collatérales du plexus brachial. Ces branches se divisent en deux groupes :

a) Le groupe antérieur : Il est formé par

- . le nerf du muscle grand pectoral
- . le nerf du muscle petit pectoral
- . le nerf du muscle sous-clavier

b) Le groupe postérieur : Comprend

- . le nerf du muscle sous-scapulaire
- . le nerf supérieur du muscle sous-scapulaire
- . le nerf du muscle grand dorsal
- . le nerf du muscle grand rond
- . le nerf des muscles angulaire et rhomboïde

Le plexus brachial chemine immédiatement en avant, en dedans et en bas de l'articulation gléno-humérale ce qui explique la possibilité de son atteinte au cours des luxations antérieures.

II. 2. PHYSIOLOGIE DE L'ÉPAULE [33,10,14,27]

La tête de l'humérus peut se mouvoir autour d'une infinité d'axes (Fig 10) ; ainsi les mouvements les plus variés peuvent se voir au niveau de l'épaule. Ces mouvements se répartissent en deux groupes

2.1 Les mouvements de l'articulation scapulo-humérale [14]: Ici nous avons quatre variétés de mouvements à partir de la position de référence

a) les mouvements de flexion et extension (fig 11)[27,4] :

Ils se produisent autour d'un axe transversal passant par le centre de la tête humérale et parallèle au plan du corps de l'omoplate :

Dans **la flexion**, le bras se porte en avant. Ce mouvement est arrêté par la tension du ligament coraco-huméral et de la partie postérieure de la capsule articulaire. Son amplitude atteint 180°.

Dans **l'extension**, le bras se dirige en arrière. Ici le mouvement est arrêté par la tension du ligament coraco-huméral et de la partie antérieure de la capsule articulaire. Son amplitude ne dépasse pas 50°

Fig 10: Position de référence et axes principaux de l'épaule

1. Axe transversal de flexion-extension
2. Axe sagittal d'adduction
3. Axe vertical de rotation axiale
4. Axe longitudinal du bras

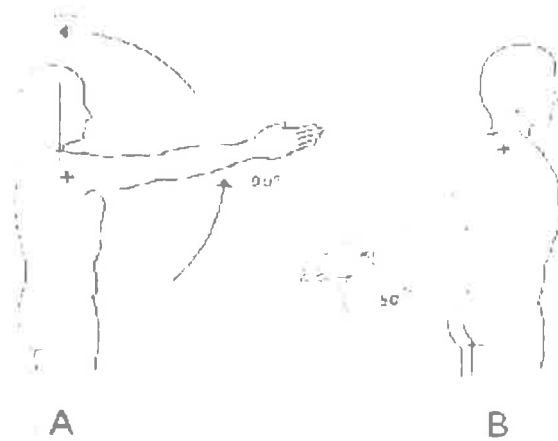


Fig 11: L'amplitude de flexion-extension

- A. la flexion atteint 180°
- B. l'extension ne dépasse pas 50°

b) les mouvements d'abduction et d'adduction (fig 12 et 13) [14,27,4]:

Ces mouvements se font autour d'un axe antéro-postérieur passant par le centre de la tête humérale et perpendiculaire au plan du corps de l'omoplate.

Dans l'**abduction**, le bras se porte en dehors et peut aller jusqu'à la verticale. Son amplitude atteint donc 180°.

Dans l'**adduction**, le bras se porte en dedans. Ce mouvement est arrêté par le tronc et la tension du ligament coraco-huméral. Son amplitude ne dépasse pas 30°.

c) la circumduction :

La circumduction résulte de la combinaison des mouvements précédents qui se succèdent régulièrement.

d) la rotation :

Les rotations (interne et externe) se font autour d'un axe vertical passant par le centre de la tête humérale. Ces mouvements sont arrêtés par la tension de la capsule articulaire et des muscles opposés au mouvement (Fig 14).

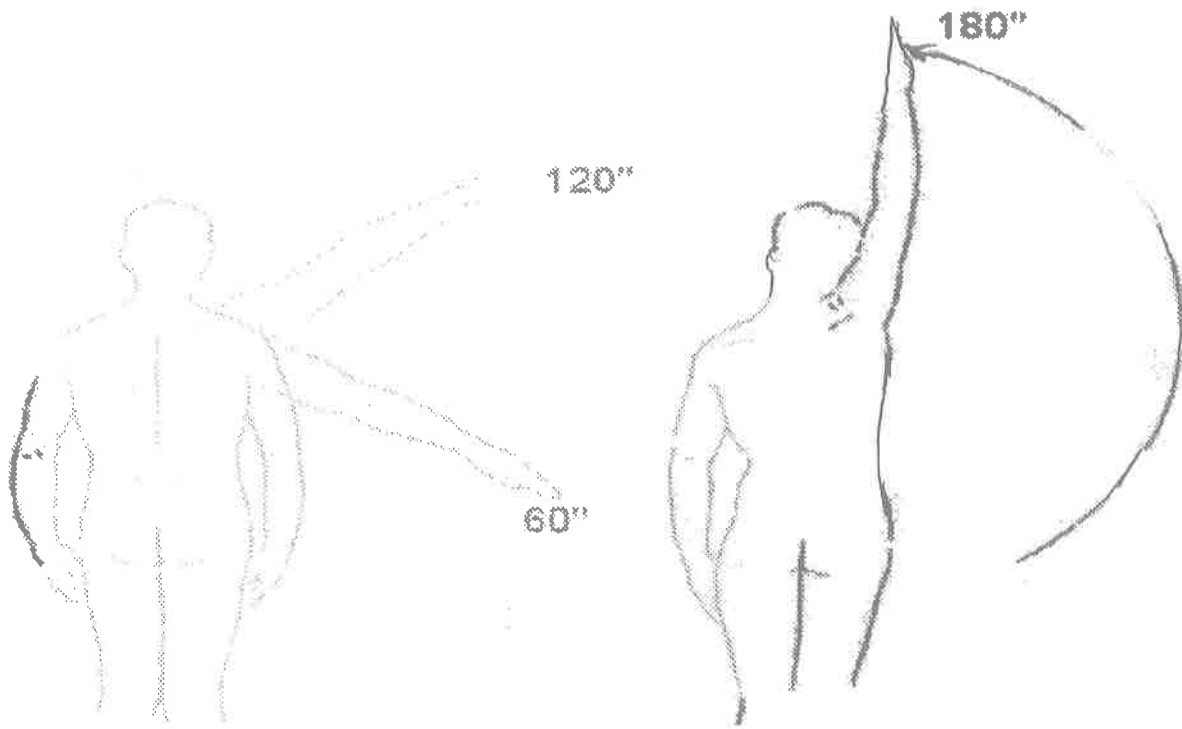


Fig : L'abduction consiste en l'élévation du membre sur le coté jusqu'à la verticale son amplitude atteint donc 180° (GALEZ.R)

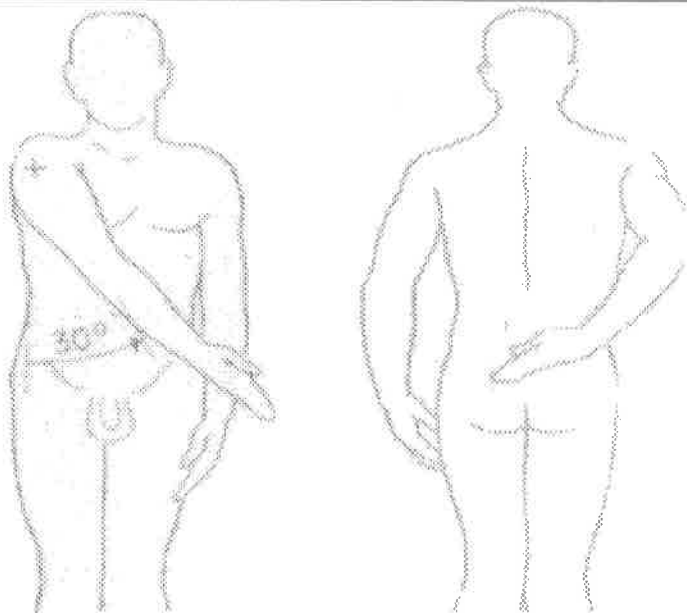


Fig : L'amplitude de l'aduction combinée a la flexion (A) ou à l'extension (B) (GALEZ).R)

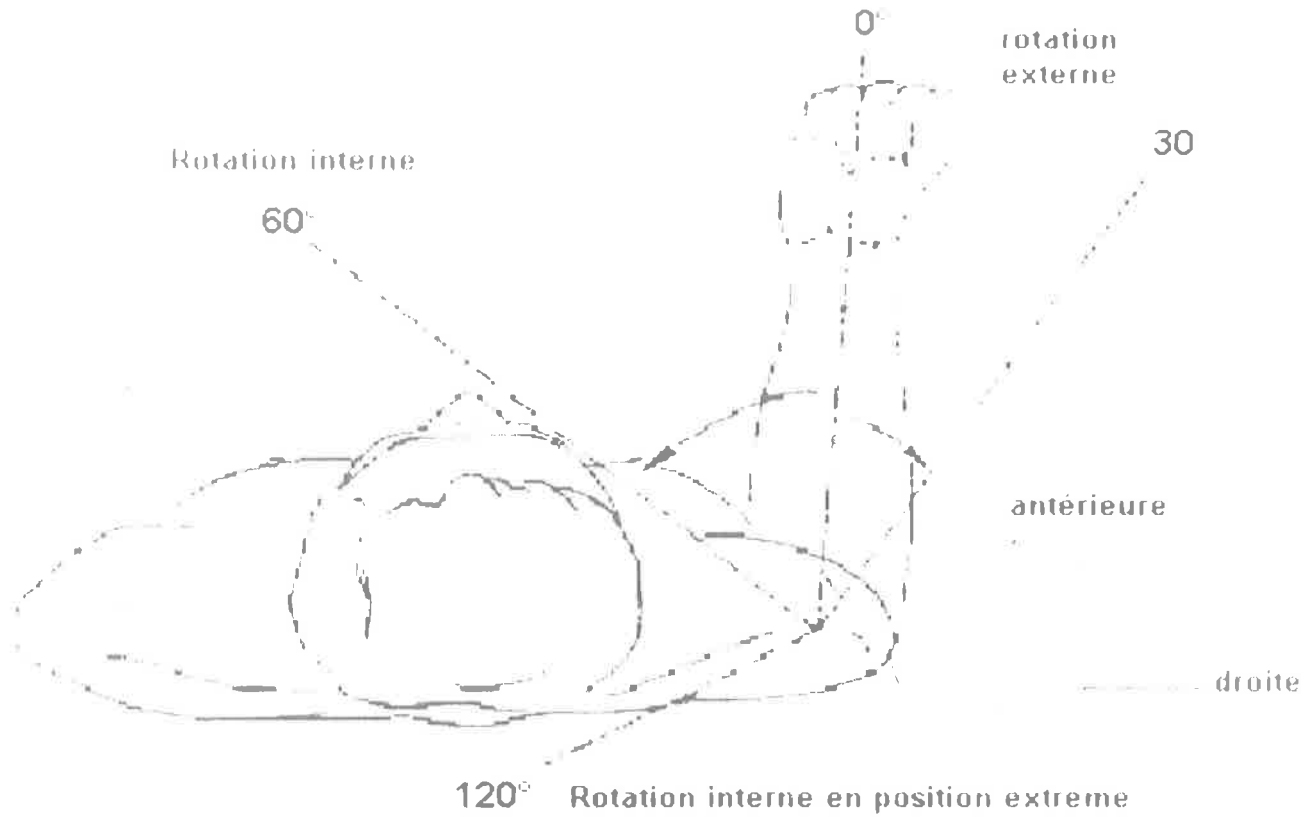


Fig 14 : Rotation interne et externe de l'épaule

2.2 Les mouvements combinés de l'articulation scapulo-humérale et de la ceinture scapulaire : la combinaison de ces mouvements réalise :

- a) L'élévation et l'abaissement de l'omoplate et de la clavicule. Dans ce mouvement l'omoplate glisse (de bas en haut ou de haut en bas)sur la paroi thoracique.
- b) Le glissement en dehors ou en dedans de l'omoplate avec projection de la clavicule en avant dans le premier cas et en arrière dans le second cas.
- c) Mouvements de rotation de bascule ou de sonnette de l'omoplate : Dans cette combinaison de mouvement l'angle inférieur de l'omoplate se porte en dehors tandis que l'angle externe l'élève et s'oriente de telle manière que la cavité glénoïde regarde de plus en plus vers le haut .

II.3 LES LUXATIONS DE L'ÉPAULE

3.1. DEFINITIONS :

La luxation de l'épaule: se définit comme une perte de contact complète et permanente entre les surfaces articulaires (tête de l'humérus, et cavité glénoïde de l'omoplate) entraînant une attitude vicieuse irréductible du membre supérieur et nécessitant un geste de réduction.

La subluxation représente une perte de contact partielle permanente ou non entre les surfaces articulaires de l'articulation gléno-humérale. A l'interrogatoire on retrouve une sensation d'instabilité d'écrite par le patient, parfois associée à un geste d'auto-réduction accompli par le patient ou une réduction spontanée.

3.2. ETIOLOGIES DES LUXATIONS DE L'ÉPAULE

Il s'agit le plus souvent d'accident de la voie publique ; d'accident de sport ; d'accident de travail ; d'accident domestique ; de coups et blessures volontaires.

3.3. MECANISME DES LUXATIONS DE L'ÉPAULE

Deux mécanismes sont à retenir dans la survenue des luxations de l'épaule :direct et indirect

-Le mécanisme est habituellement indirect : mouvement d'armé contré ; traction sur le bras : chute sur la main en abduction, rétro pulsion, rotation externe forcée.

-Le mécanisme direct : survient à la suite d'une chute sur le moignon de l'épaule : ou un choc postérieur.

3.4 CLASSIFICATION ANATOMOPATHOLOGIQUE DES LUXATIONS DE L'ÉPAULE (Fig 15)

Les luxations de l'épaule sont classées en :

Variétés antérieures : Les plus fréquentes 95 % des cas

Variétés postérieures : 4 % des cas

Variétés inférieures

Variétés supérieures

Les variétés supérieures et inférieures sont rares.

a) **les luxations antérieures** : encore appelées luxations antéro-internes peuvent être :

- **extra-coracoïdiennes** : la tête de l'humérus est à cheval sur le bord antérieur de la cavité glénoïde.
- **sous-coracoïdiennes** : (les plus fréquentes) le col anatomique de l'humérus s'appuie sous la coracoïde à travers une déchirure oblique et antérieure de la capsule .les muscles peri-articulaires sont tendus mais non déchirés .
- **intra-coracoïdiennes** : la tête de l'humérus est en dedans de la coracoïde.
- **sous-claviculaires** : (rares) la tête humérale est complètement libérée de ses ligaments,tendons et muscles de soutien et se situe sous la clavicule.Des fractures parcellaires sont souvent associées a cette variété.

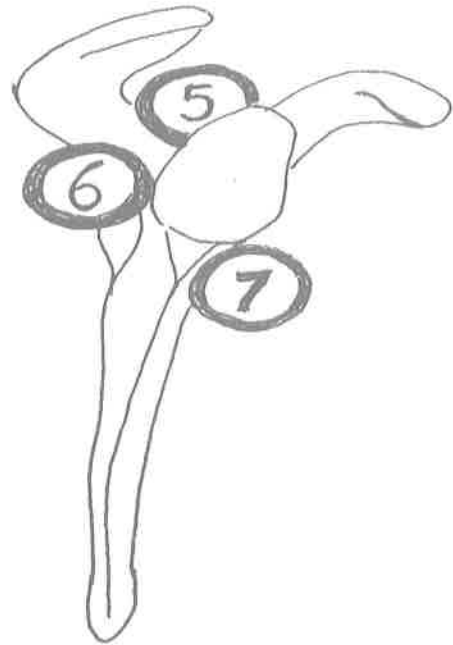
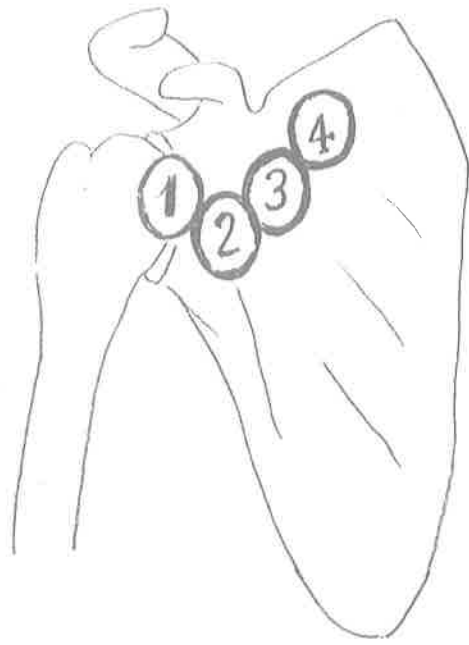
b) **Les luxations postérieures**: peuvent être :

- **sous-acromiales**: (les plus fréquentes) subluxation intracapsulaire
- **sous-épineuses**: (exceptionnelles) véritable luxation postéro-interne.

c) **Les luxations supérieures**:(exceptionnelles) ne peuvent se produire qu'à la faveur d'une fracture de la voûte sous-acromiale.

d) **Les luxations inférieures**: (très rares moins de 1%) peuvent être :

- **sous-glénoïdiennes**: la tête se trouve sous la glène,le bord postérieur de son col accrochant au pôle inférieur de la glène.
- **erecta**: la tête glisse le long du bord externe de l'omoplate.



Luxation antéro-interne

- 1. Extra-coracoïdienne
- 2. Sous-coracoïdienne
- 3. Intracoracoïdienne
- 4. Sous-claviculaire

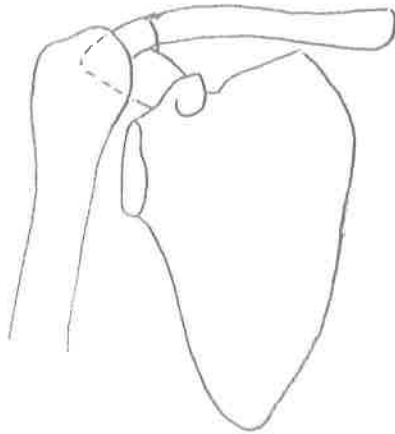
Autres variétés (rares) :

- 5. Supérieure
- 6. Postérieure
- 7. Inférieure

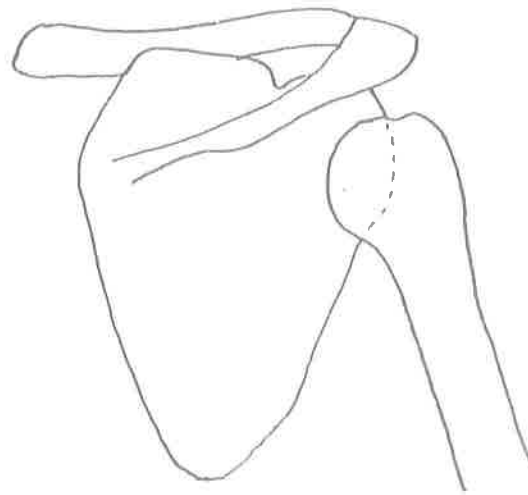
Fig 15 : Les différentes variétés anatomo-pathologiques des luxations de l'épaule

2

6. POSTERIEURES

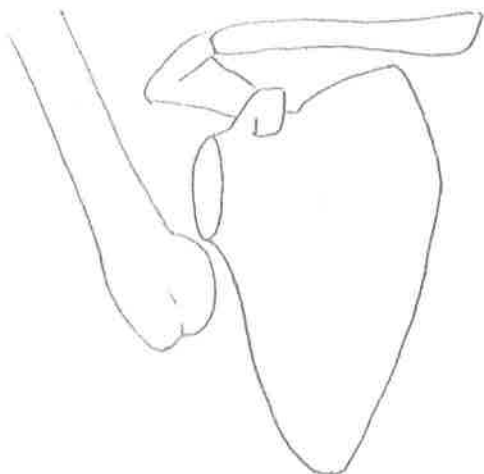


Sus- glénoïdienne



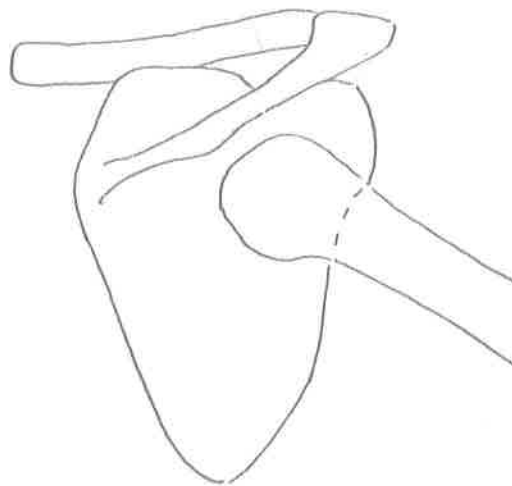
Sous-acromiale

5. SUPERIEUR



Sous-glénoïdienne
En mat ou erecta
Sous-tricipitale

7. Inférieure



Sous-épineuse

Fig 15 : Les différentes variétés anatomo-pathologiques des luxations de l'épaule(suite)

3.5 DIAGNOSTIC

3.5.1 ETUDE CLINIQUE

a) LES LUXATIONS ANTERO-INTERNES (Fig 16)

Il s'agit en général d'un sujet d'âge moyen chez qui l'interrogatoire recherche une notion d'accident de la voie publique, d'accident de travail, d'accident de sport, d'accident domestique, de coups et blessures volontaires; cet interrogatoire précisera également l'existence ou non d'autres épisodes antérieurs de luxation.

On retrouve chez ce patient les signes fonctionnels suivants : une douleur vive avec une impotence fonctionnelle totale du membre .

A l'inspection: on note une attitude particulière des traumatisés du membre supérieur, le membre blessé étant soutenu par la main controlatérale, on note également une déformation caractéristique le membre supérieur qui est écarté du tronc en abduction et rotation externe (coup de hache externe); de face il y a une perte du galbe de l'épaule avec saillie de l'acromion (signe de l'épaulette) et comblement du sillon deltopectoral; de profil élargissement antéro-postérieur de l'épaule.

La palpation recherche une tête humérale qui n'est plus à sa place : il y a une vacuité de la glène et un vide sous acromial antérieur, le vide sous acromial postérieur étant physiologique. La tête de l'humérus est située plus en dedans, dans le sillon deltopectoral et suit les légers mouvements imprimés à l'humérus (éliminant ainsi une fracture non engrainée du col chirurgical), on note une attitude vicieuse en abduction et rotation externe irréductible (signe de **BERGER**). L'examen clinique doit être systématique à la recherche de complications immédiates.

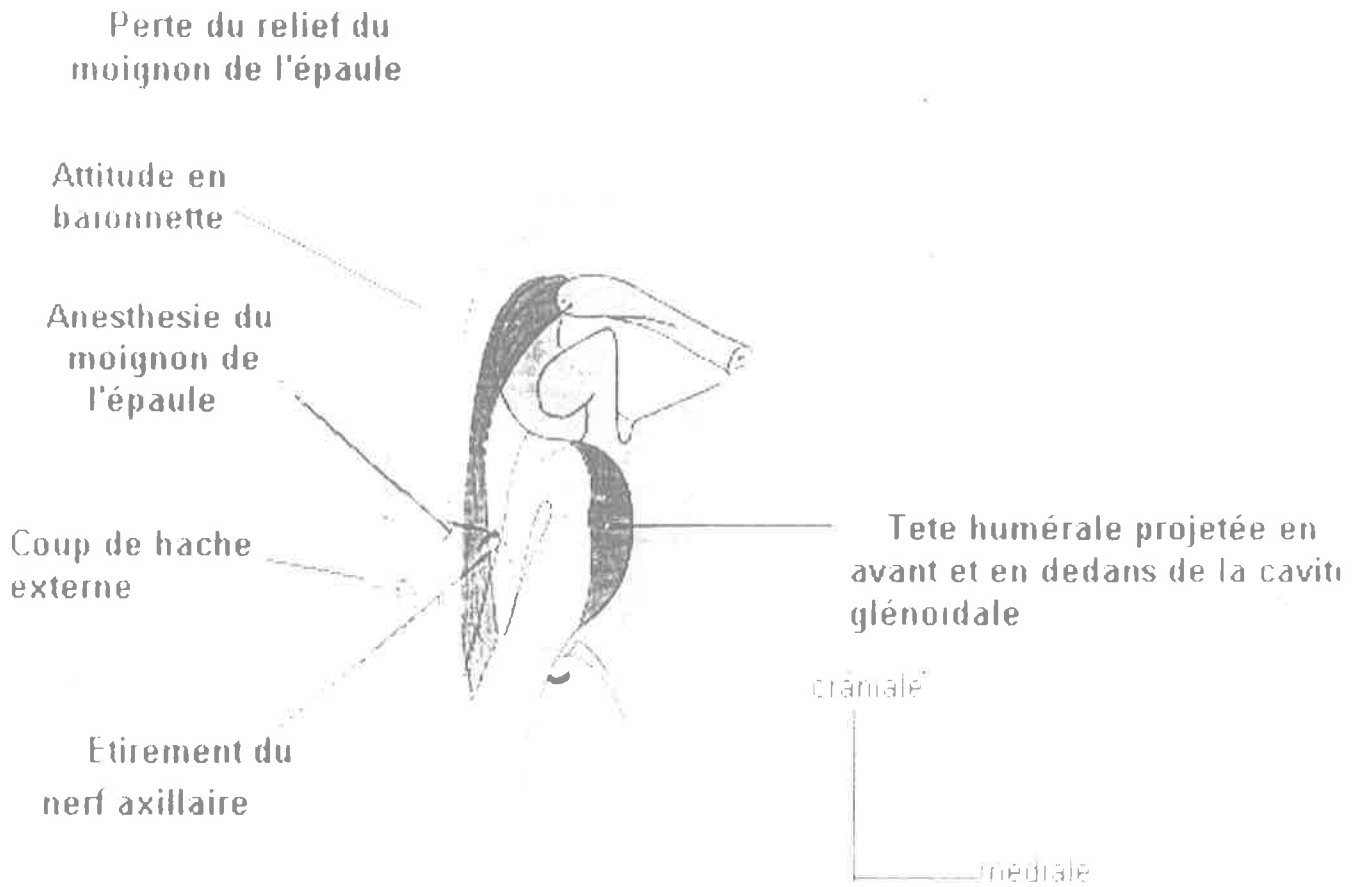


Fig 16: Luxation antéro-interne de l'épaule, Vue antérieure

b) Les luxations postérieures

De diagnostic difficile, leur symptomatologie est faite de douleur et d'impotence fonctionnelle. A l'examen on retrouve une glène vide et la tête de l'humérus peut être palpée postérieurement au dessus de l'acromion ,soit en dessous de l'épine de l'omoplate .Les mouvements actifs sont limités surtout lorsqu'on demande au patient de mettre son membre derrière le tronc.

c) Les luxations supérieures

Les signes fonctionnels sont les mêmes que dans les autres variétés de luxation (douleur et impotence fonctionnelle). La palpation retrouve une tête humérale ascensionnée ainsi qu'une crépitation témoignant de la fracture associée de l'acromion.

d) Les luxations inférieures

Le patient se plaint de douleurs vives et d'impotence fonctionnelle prononcée. Le membre se trouve dans une position surélevée caractéristique. La tête humérale peut se palper en dessous de la glène ou au niveau du bord externe de l'omoplate.

Les examens complémentaires (radiologiques) sont indispensables pour préciser le diagnostic.

3.5.2 EXAMENS COMPLEMENTAIRES

a) La radiographie standard:

Examen essentiel permet à elle seule le diagnostic des luxations antérieures. Elle doit comporter :

Une incidence de **FACE** : en rotation neutre, interne et externe.

Une incidence de **PROFIL**: le profil trans-thoracique ne doit plus être employé car les rapports de la tête humérale avec la glène sont difficilement interprétables. Il faut préférer un profil axillaire en cas de mobilisation possible du membre supérieur: si non un profil axial de l'omoplate (profil de **LAMY**): Cette incidence a une grande importance dans le diagnostic des luxations postérieures.

Une incidence de **BLOOM-OBATA** : Cette incidence a également une grande importance dans le diagnostic des luxations postérieures.

Résultats:

De face la tête humérale est déplacée en bas et en dedans de la glène qui est vide .elle est située sur le rebord antérieur de la glène (dans les luxations extracoracoïdiennes); ou l'axe de l'humérus peut être dans le prolongement de la coracoïde .le col anatomique de l'humérus s'appuie sous la coracoïde (dans les luxations sous-coracoïdiennes); ou la tête de l'humérus peut être en dedans de la coracoïde (dans les luxations intra-coracoïdiennes);ou complètement sous la clavicule (dans les luxations sous-claviculaires).

Des lésions osseuses associées sont recherchées :

Cinq clichés nous paraissent nécessaires et suffisants dans les cas habituels pour préciser les lésions traumatiques de la tête et de la glène:

- Un cliché de face en rotation indifférente
- Trois clichés de face en rotation interne progressive
- Un profil glénoïdien

L'examen est bien entendu comparatif, dans certains cas on peut trouver :

-**Une encoche de la tête humérale:** qu'elle soit postéro-externe ou postero-supérieure cette fracture osteochondrale par impact de la tête sur un rebord antéro-inférieur de la glène résistant est une lésion traumatique "de passage". Sa fréquence varie selon les statistiques et la qualité des examens radiologiques : elle n'est visible parfois que sur les clichés de face en rotation interne forcée à 50 à 60° ou sur les profils axillaires. Sans être constante elle est donc très fréquente et d'autant plus importante qu'il s'agit d'une luxation traumatique. C'est un élément favorisant la récurrence, ce qui justifie sa recherche dans toute luxation primaire du sujet jeune afin d'évaluer le risque de récurrence.

-La fracture du rebord antéro-inférieur de la glène : elle a la même signification, la même fréquence et la même valeur pronostique que l'encoche de la tête humérale. Sa fréquence est en règle sous estimée puisqu'elle n'est visible sur le cliché de face que lorsqu'elle déborde le contour inférieur de la glène, ou lorsqu'elle est suffisamment importante pour "effacer" la ligne dense sous chondrale du rebord antérieur. Le volume moyen et de projection strictement antérieur, elle échappe à l'incidence de face de même qu'au profil axillaire qui montre surtout la partie supérieure du rebord antérieur de la glène : or elle siège sur sa partie inférieure saillante : c'est donc le profil glénoïdien de **BERNAGEAU** en position de redressement de l'omoplate, donc de luxation qui permet l'analyse très fine de cette zone. Les chiffres de **TRILLAT**(29%) et ceux de **ROWE**(50%) sont nettement en deçà des constatations de **PATTE** (90%) dont les deux tiers sont visibles uniquement sur les profils glénoïdiens.

b) Autres examens complémentaires

-**Tomodensitométrie (scanner):** permet de diagnostiquer les lésions du bourrelet, de l'insertion des muscles de la coiffe des rotateurs, les lésions osseuses glénoïdiennes, humérales, les luxations postérieures précisant ainsi les indications opératoires.

-**Arthrographie:** permet d'apprécier l'intégrité des tendons de la coiffe : elle est indiquée en cas de lésion du bourrelet glénoïdien, des lésions capsulo-ligamentaires associées.

- **L'arthroscanner :** permet d'étudier les lésions de la coiffe des rotateurs.

-**Echographie :** elle permet de visualiser directement les tendons des muscles de la coiffe. Elle n'a pas un grand intérêt dans le diagnostic des luxations de l'épaule.

-**Imagerie par résonance magnétique nucléaire (I.R.M) :** permet aussi d'étudier la structure des muscles de la coiffe des rotateurs qui sont souvent atteints au cours des luxations.

3.6 EVOLUTION

Dans les luxations antérieures de l'épaule le risque de récurrence est présent 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.

Dans les luxations postérieures, 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 interpréter correctement une radiographie, car trop de luxations postérieures sont diagnostiquées au stade de luxation invétérée.

3.7 LES COMPLICATIONS AVANT LE TRAITEMENT

L'examen clinique doit toujours rechercher les complications immédiates et les lésions associées avant tout acte de réduction. Ces complications peuvent être de plusieurs ordres :

a) **Osseuses** : ce sont les plus fréquentes ; leur diagnostic est radiologique mais souvent difficile.

- Les fractures du rebord antéro-inférieur de la glène : Il s'agit rarement d'une fracture-séparation, source immédiate d'instabilité (nécessitant alors une synthèse) mais plus souvent d'une fracture tassement (éculement) ou d'une fracture parcellaire.

- Les fractures-enfoncement du bord postérieur de la tête humérale (encoche de **MALGAIGNE**) : fréquente, elle est liée à l'impact de la face postérieure de la tête luxée contre le bord antéro-inférieur de la glène.

- Les fractures du tubercule majeur (trochiter) : Sont rencontrées dans 15% des cas, la présence d'un point douloureux exquis sous-acromial est en sa faveur ; dans la plus part des cas elle se réduit avec la luxation mais peut parfois s'interposer cause d'irréductibilité : elle correspond à un arrachement d'une zone d'insertion de la coiffe des rotateurs.

- Les fractures totales de l'extrémité supérieure de l'humerus : Sont rencontrées dans 4% des cas, elles s'observent surtout chez le sujet âgé : il s'agit habituellement d'une fracture-luxation du col chirurgical. Les signes de luxation sont alors camouflés par la fracture :

.Le fragment diaphysaire peut venir se placer en face de la glène et supprimer l'aspect en épaulette.

.L'attitude vicieuse n'est plus fixée (abduction réductible).

La tête humérale et le bras ne sont plus solidaires à la mobilisation prudente du coude . Enfin apparaît tardivement une ecchymose brachio-thoracique (elle réalise une complication grave car la réduction est souvent difficile (chirurgicale) avec un risque d'apparition de cal vicieux ,de raideur de l'épaule et de nécrose de la tête humérale.

b) Neurologiques :(rares) l'examen comparatif est systematique (interêt médico-legal) à la recherche d'une :

-Lésion du nerf circonflexe avec anesthésie du moignon de l'épaule et déficit à la contraction isométrique du deltoïde (elle est en général régressive(simple élongation)

-Lésion plexique par compression des troncs secondaires (en particulier postérieur) rare

Le patient doit être prévenu d'un tel déficit neurologique avant toute réduction .

c) Vasculaires:(sont exceptionnelles) ;par lésion de l'artère axillaire (compression ou rupture) lors d'une luxation très intense ou lors d'une fracture-luxation la palpation des pouls peripheriques et la recherche d'un hematome axillaire pulsatile sont systematiques .

d) Musculo-tendineuses :leur dianogstic est souvent tardif ; quelques semaines après l'épisode aigue .On peut l'observer chez le sujet plus agé(40ans)

Une rupture de la coiffe des rotateurs (tendon du susépineux)

Une luxation (ou une rupture) du tendon du long biceps . parfois source d'irréductibilité de la tête en cas de fracture associée du tubercule majeur (trochiter) .

3.8 TRAITEMENT

3.8.1 But du traitement

Le but du traitement des luxations gléno-humérales est de :

- Restaurer la congruence et la fonctionnalité des surfaces articulaires,
- Assu er l'indolence de l'articulation

3.8.2 Méthodes du traitement

A-les luxations antérieures

1-Le traitement orthopédique

Il consiste en une réduction et une contention non sanglante de la luxation (la réduction manuelle suivie du plâtrage)

Le traitement de la luxation fraîche de l'épaule commence par la réduction avec ou sans anesthésie générale. Il existe plusieurs techniques de cet acte : les plus utilisées étant les suivantes :

- Technique d'**HIPPOCRATE-COOPER** :

Le malade est allongé sur le plancher : le médecin s'assied face au malade du côté de la luxation et saisit sa main avec les deux bras. Le talon de son pied chaussé (du même côté que le bras luxé) est placé dans l'aisselle du malade et presse sur la tête humérale qui y siège. En même temps le médecin pratique l'extension suivant l'axe du bras, la tête humérale rentre dans la capsule.

- Technique de **KOCHER**

S'applique aux sujets robustes pour les luxations antérieures en l'absence de la fracture du col huméral et de l'arrachement du tubercule majeur. Elle est cependant contre indiquée aux personnes âgées atteintes d'ostéoporose. Le patient est en décubitus dorsal sur une table le bras luxé dépassant le bord de cette table. La technique se fait en quatre temps :

Premier temps : le chirurgien tient avec un bras le tiers inférieur de l'avant-bras du membre lésé et avec l'autre (opposé au membre luxé) le coude fléchi à angle droit et le rapproche avec précaution au tronc, en faisant l'extension axiale. L'assistant immobilise l'épaule.

Deuxième temps : Tout en poursuivant l'extension suivant l'axe du bras qui se serre contre le tronc, le chirurgien tourne lentement le bras en dehors jusqu'à ce que l'avant-bras soit au plan frontal du tronc. La surface articulaire de la tête se place en avant. Souvent la réduction survient à ce deuxième temps, on entend alors un bruit sec.

Troisième temps : En maintenant l'extension et la position de rotation en dehors, on place peu à peu l'avant-bras en haut et en avant en poussant le coude serré contre le tronc vers la ligne médiane et vers le haut. La tête se place ordinairement contre le siège de la rupture capsulaire. Parfois la réduction survient à cette étape.

Quatrième temps : Il commence après l'exécution minutieuse du procédé précédent. L'avant-bras servant de levier, on fait une rotation brusque en dedans. La main du patient est placée sur l'articulation gléno-humérale opposée et les avant-bras sur la poitrine. C'est à ce moment que survient généralement la réduction. Si elle n'a pas lieu, il faut répéter soigneusement et sans se presser tous les temps sans faire de mouvement brusque et violent.

- Technique de **MOTHES**

Le patient couché sur une table d'opération ; un drap de lit entoure le thorax du blessé et va se fixer à un crochet (ou à tout autre point de fixation mural) pour donner une stabilité totale à la contre-extension. Deux aides vigoureux prenant l'avant-bras du blessé à hauteur du poignet, et tirent patiemment , progressivement et énergiquement en prenant point d'appui avec un pied contre la table d'opération , le bras étant maintenu en abduction à plus de 90°. Le chirurgien accompagne la progression de la tête humérale dans le creux axillaire vers la brèche capsulaire, en appuyant sur elle sans brutalité. En quelques secondes la tête humérale franchit la brèche capsulaire et réintègre la cavité glénoïde avec le plus souvent, une sensation de ressaut caractéristique. Le bras est ramené le long du thorax.

La réduction doit être immédiatement suivie d'une immobilisation, la plus part des auteurs proposent une immobilisation coude au corps en rotation interne par un appareillage plâtré en thoraco-brachial ou un bandage de **DUJARIER** pour une durée de 3 à 4 semaines.

2-Le traitement chirurgical

Le traitement est habituellement chirurgical pour les luxations récidivantes de l'épaule ; et les luxations invétérées en vue d'une réduction « à ciel ouvert »

Le traitement chirurgical d'une luxation récidivante de l'épaule étant naturellement envisagé dès lors que la fréquence des récurrences entraînent un handicap fonctionnel ressenti comme insupportable par le patient.

Les techniques proposées sont innombrables chacune d'elles prétendent s'opposer à l'élément jugé par son auteur, responsable de la récurrence. L'unanimité étant loin d'être faite sur la pathogénie, aucune technique n'a non plus acquis l'universalité : chaque technique semble avoir son ère géographique de prédilection.

La voie d'abord est deltopectorale, le geste réalisé pourra être :

- Un geste capsulo-ligamentaire (**BANKART** ou capsulorrhaphie s'il existe une hyperlaxité capsulo-ligamentaire constitutionnelle).
- Une butée osseuse avec de très nombreuses techniques possibles(**LATARJET** ; **EDEN-HYBINETTE**).

La technique de **PATTE** modifiée est la plus utilisée, elle est dérivée de celle de **LATARJET**. Son principe de base est la réalisation d'un triple verrouillage avec une ouverture du sous-scapulaire dans le sens des fibres : ce qui permet d'éviter les risques de limitation de la rotation externe.

D'autres techniques, plus rarement utilisées ont été d'écrites, les capsulomyorrphies antérieures (**PUTTI-PLATT ; BOYTCHEV**), capsulomyorrphies postérieures, ostéotomie de **WEBER**.

Autres techniques : **BRISTOW-TRILLAT**

Cette technique consiste à faire une section cunéiforme de la coracoïde au niveau de son tiers moyen sans entamer la corticale supérieure et à rabattre sa partie antérieure qui porte les insertions des muscles coraco-huméraux et du petit pectoral jusqu'au contact du bord antérieur de la glène ; un clou trans-scapulaire traversant la partie de la coracoïde ainsi rabaissée le fixe contre la face antérieure de l'omoplate et ferme le détroit sous-coracoïdien , tandis que se constitue un cal osseux stabilisant la coracoïde dans sa nouvelle situation .

B-les luxations postérieures

1- Le traitement orthopédique

Si la luxation récente est confirmée, la réduction est réalisée sous anesthésie générale par traction dans l'axe en adduction en imprimant progressivement une rotation externe . Le bras est ensuite maintenu en position de rotation neutre pour une durée de 3 à 4 semaines ; avec limitation de la rotation interne jusqu'à la 6ème semaine . Une radiographie de contrôle doit bien sûr être toujours réalisée.

2- Le traitement chirurgical

Les indications : Dans les luxations postérieures aiguës traumatiques, la réduction sous anesthésie générale doit toujours être tentée. Si la luxation est associée à une fracture du tubercule mineur ou à une fracture du col huméral, une réduction sanglante avec ostéosynthèse est réalisée. Si la luxation est irréductible le problème s'apparente à celui d'une luxation invétérée. Lorsque la luxation est incoercible ou si la taille de l'encoche est supérieure à 30% de la surface humérale, un abord chirurgical est souhaitable par voie deltopectorale, pour réaliser relèvement-greffe de la zone impactée. D'autres proposent de réaliser un transfert du subscapulaire ou du tubercule mineur comme dans les luxations invétérées. En post-opératoire, une immobilisation en rotation externe est maintenue pour un mois.

Pour les luxations postérieures invétérées, l'abstention thérapeutique peut être proposée chez les sujets âgés ou à faible demande fonctionnelle. La réduction orthopédique peut être tentée jusqu'à la 6ème semaine. Au-delà, une réduction sanglante est réalisé, avec comblement de l'encoche pour transfert du subscapulaire ou du tubercule mineur pour les encoches inférieures à 40% , par allogreffe ou prothèse lorsque l'encoche est plus volumineuse .

Les luxations postérieures récidivantes involontaires sont traitées par butée postérieure ou par capsulorrhaphie postérieure.

Les subluxations ou luxations postérieures habituelles volontaires relèvent d'une prise en charge psychologique et représentent une contre-indication au traitement chirurgical.

C- Les autres variétés: Les luxations supérieures et inférieures bénéficient d'un traitement orthopédique : réduction avec ou sans anesthésie générale, suivie d'une immobilisation par un thoraco-brachial pendant 3 à 4 semaines

3.9 COMPLICATIONS APRES LE TRAITEMENT

a) L'instabilité antérieure de l'épaule : est la complication majeure la plus fréquente ,en particulier chez le sujet jeune. Cette instabilité se manifeste sous deux formes différentes :

-forme majeure : les luxations antéro-internes récidivantes;

-forme mineure : il peut s'agir de :

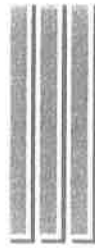
*L'épaule douloureuse et instable : survient surtout chez le sportif ; il ne s'agit pas en fait de véritable luxation ; elle se traduit par des épisodes douloureux (avec instabilité et douleur apparaissant lors du mouvement d'abduction , rétropulsion et rotation externe), des épisodes de ressaut ,voir de blocages fugaces.

*Le syndrome du bourrelet : une partie du bourrelet désinsère flotte dans l'articulation et donne alors des signes un peu semblable à ceux d'une rupture méniscale : douleur lors des mouvements, claquement, ressaut, et blocage.

b) La raideur de l'épaule : plus rare , sa fréquence augmente avec l'importance des dégâts et surtout l'âge du patient .Schematiquement elle se manifeste sous deux formes :

*Epaule pseudo-paralytique par rupture de la coiffe des rotateurs(sus-épineux)

*Epaule bloquée ou "gelée" par capsulite retractile.la mobilité active et passive est très limitée . La radiographie retrouve un aspect déminéralisé de l'épaule, si besoin l'arthrographie confirme le diagnostic en montrant une diminution de la capacité articulaire.



NOTRE ETUDE

III. NOTRE ETUDE

I. Matériels :

Cadre d'étude

Notre étude s'est déroulée dans le Service d'Orthopédie et de Traumatologie de l'Hôpital Gabriel Touré de Bamako

Historique de l'hôpital Gabriel Touré

Ancien dispensaire central de la ville de Bamako érigé en hôpital Gabriel Touré en février 1959. Il est situé à l'est de l'École Nationale d'Ingénieurs (E.N.I). Il est facilement accessible pour la majorité de la population car situé en pleine ville. Ce facteur additionné à d'autres fait que très souvent les demandes exprimées excèdent largement les capacités de l'institution. L'Hôpital Gabriel Touré est donc devenu une structure de premier recours des soins ordinaires au détriment de ses objectifs, à savoir un hôpital de dernier recours ,au sommet de la pyramide sanitaire du pays.

L'hôpital Gabriel Touré comporte :

- Un service de médecine
- Un service de réanimation
- Un service de radiologie et d'imagerie médicale
- Un service de chirurgie
- Un service de pédiatrie
- Un service de traumatologie et d'orthopédie
- Un service de gynécologie obstétrique
- Un service d'oto-rhino-laryngologie
- Un service des urgences chirurgicales
- Un service de cardiologie
- Un service d'urologie
- Un laboratoire central et une pharmacie
- Les services sociaux et administratifs
- Une cuisine

- Une buanderie
- Une morgue
- Un service de maintenance

Toutes ces structures sont coordonnées et gérées par une direction générale assistée par une direction technique.

Aperçu général sur le service de traumatologie

Les locaux du service :

Le service de traumatologie et d'orthopédie de par sa structure comprend :

- Un bâtiment principal situé au rez-de-chaussée du pavillon Bénitiéni Fofana dans la partie Nord de l'hôpital
- Un bâtiment annexe dans la partie Sud au dessus du service de réanimation adulte.

Le service de traumatologie de l'hôpital Gabriel Touré comprend :

- Un bureau pour le chef de service
- Trois bureaux pour les assistants chefs de clinique
- Un bureau pour le spécialiste de neurochirurgie assistant technique cubain.
- Un bureau de consultation pour les consultations externes
- Une salle de garde pour les étudiants en médecine en fin de cycle
- Deux bureaux pour les majors des deux bâtiments
- Deux salles de soins
- Un secrétariat
- Une unité de kinésithérapie
- Une salle de plâtrage
- Un bloc à froid spécifique à la traumatologie et un bloc au service des urgences chirurgicales en partage avec les autres services chirurgicaux.

Le personnel

Le service de chirurgie orthopédique et traumatologique de l'hôpital Gabriel Touré comporte :

- Un professeur de chirurgie orthopédique et traumatologique, chef de service.
- Trois assistants chefs de clinique
- Un spécialiste de neurochirurgie
- Des médecins en formation du certificat d'Etude de Spécialisées de chirurgie générale dans le service
- Huit kinésithérapeutes dont deux sont détachés pour la salle de plâtre
- Trois infirmiers du premier cycle
- Deux aides soignantes
- Deux manœuvres
- Des étudiants en fin de cycle de médecine et de pharmacie faisant fonction d'interne
- Une secrétaire

Les activités du service :

Les activités thérapeutiques, les activités de recherche et les activités pédagogiques.

Les activités thérapeutiques sont :

- **Les consultations :** Elles sont effectuées du lundi au jeudi et sont assurées par le professeur, les assistants chefs de clinique, les médecins en spécialisation, et les étudiants.
- **Les visites générales :** Ont lieu chaque vendredi sous la direction du professeur en compagnie des assistants chefs de clinique et les autres membres du personnel.
- **Les interventions chirurgicales :** Elles ont lieu du lundi au jeudi.
- **Les activités de neurochirurgicales du service :** les consultations et activités opératoires neurochirurgicales ont eu lieu une fois par semaine en plus des urgences.

Les activités de recherches :

Le professeur, les assistants chefs de clinique, les médecins en spécialisation et les étudiant en médecine en fin de cycle mènent des activités et de recherche dans le cadre de la formation initiale et continue.

Les activités pédagogiques

- Chaque vendredi le service se réunit en staff et discute des cas intéressants (présentation de dossiers, compte rendu de garde).
- = Tous les quinze jours a eu lieu un exposé fait par un étudiant en fin de cycle sur un sujet donné par un assistant chef de clinique.

2 – Méthode

Notre étude est de type **rétrospectif** et **longitudinale descriptive**, s'étendant sur 18 mois. De décembre 2001 à mai 2003.

Le recul minimum pour chaque patient était de 6 mois.

Le recueil des données a été fait à partir de :

- Registres de consultation externe
- = Dossiers de consultation et de suivi des malades.

Critères d'inclusion

ont été retenus dans l'étude :

- Les patients présentant une luxation gléno-humérale confirmée radiologiquement et dont le traitement a été totalement effectué dans notre service durant la période d'étude.

Critères de non-inclusion

Ont été exclus de l'étude :

- Les patients n'ayant pas effectué tous les examens complémentaires demandés.
- Les patients perdus de vue ou ayant interrompu notre traitement.

Ainsi, sur **89** patients **58** ont été retenus.

La saisie et l'analyse des données ont été effectuées sur le logiciel **Epi – info.6.0**

Les tableaux et les figures ont été effectués respectivement sur **Excel** et **paint**.

RESULTATS

III.2 Résultats

1). Répartition des patients présentant une luxation gléno-humérale selon les classes d'âge (Tableau I et Fig1)

Classes d'âge (ans)	Effectif absolu	Pourcentage (%)
0-19	9	15,5
20-39	32	55,2
40-59	15	25,9
≥60	2	3,4
TOTAL	58	100

La classe d'âge modale dans notre série était celle de 20-39 avec 55,2 % cas. L'âge moyen de nos patients était de 28,5 ans

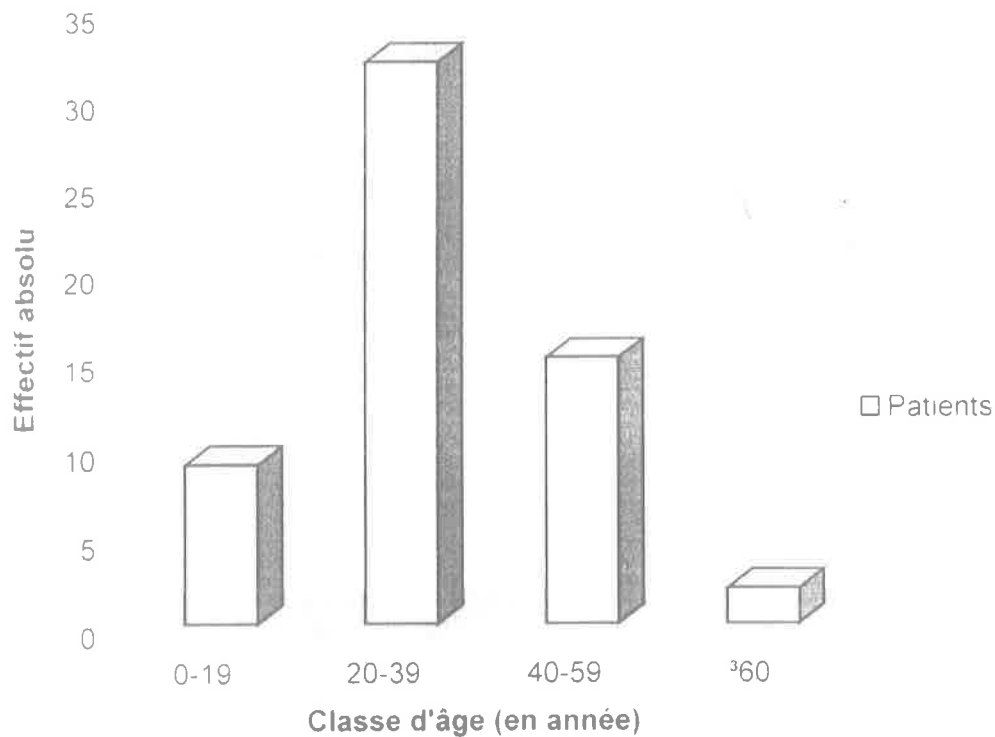


Fig 1: Répartition des patients selon les classes d'âge

2). Répartition des patients présentant une luxation gléno-humérale selon le sexe (Tableau II et Fig2)

Sexe	Effectif absolu	Pourcentage (%)
Féminin	15	25,9
Masculin	43	74,1
TOTAL	58	100

Dans notre étude, le sexe masculin était majoritaire avec 43 cas soit 74,1%. Le sexe ratio était de 2,86

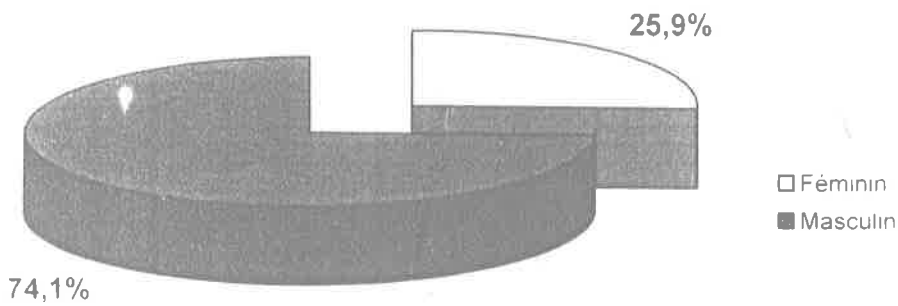


Fig 2 : Répartition des patients selon le sexe

3). Repartition des patients présentant une luxation gléno-humérale selon la profession (Tableau III)

Profession	Effectif absolu	Pourcentage(%)
Ménagères	4	6,9
Ouvriers et Artisans	3	5,2
Commerçants	8	13,8
Elèves et Étudiants	18	31,0
Enseignants	2	3,4
Cadres supérieurs	5	8,6
Cadres moyens	11	19,0
Agents de sécurité	2	3,4
Cultivateurs	2	3,4
Chauffeurs	3	5,2
TOTAL	58	100

Les élèves et étudiants constituaient le groupe socio-professionnel le plus représenté avec 31% des sujets de notre étude.

4). Répartition des patients présentant une luxation gléno-humérale selon leur résidence (Tableau IV)

Résidence	Effectif absolu	Pourcentage(%)
Commune I	9	15,5
Commune II	5	8,6
Commune III	8	13,7
Commune IV	11	18,9
Commune V	4	6,8
Commune VI	13	22,4
Hors de Bamako*	8	13,7
TOTAL	58	100

*Hors Bamako= Kalanban ,Kati

Dans notre étude, La commune VI était la zone de résidence la plus représentée avec 22,4% des cas.

5). Repartition des patients présentant une luxation gléno-humérale selon leurs ethnies (Tableau V)

Ethnie	Effectif absolu	Pourcentage(%)
Bamanan	22	37,9
Sonraï	10	17,2
Sarakolé	8	13,8
Peuhl	8	13,8
Malinké	4	6,8
Dogon	2	3,4
Kassonké	1	1,7
Bobo	1	1,7
Maure	1	1,7
Ouolof	1	1,7
TOTAL	58	100

Les Bamanans avec 37,9 %, représentait l'ethnie la plus touchée dans notre étude, suivi par les peuhls et les sarakolés.

6). Répartition des patients présentant une luxation gléno-humérale selon l'ancienneté de la luxation (Tableau VI)

Episode	Effectif absolu	Pourcentage(%)
Récent	35	60,3
Ancien	11	19,0
Récidive	12	20,7
TOTAL	58	100

Dans notre série les épisodes récents de luxation étaient les plus fréquentes avec 60,3 % des cas.

7). Répartition des patients présentant une luxation gléno-humérale selon l'étiologie (Tableau VII)

Etiologie	Effectif absolu	Pourcentage(%)
AVP	19	32,8
Accident domestique	20	34,5
Accident de sport	11	19,0
Accident de travail	1	1,7
CBV	7	12,1
TOTAL	58	100

L'étiologie la plus fréquente de luxation de l'épaule dans notre étude est représentée par les accidents domestiques avec 34,8 % des cas.

8). Répartition des patients présentant une luxation gléno-humérale selon le mécanisme (Tableau VIII)

Mécanisme	Effectif absolu	Pourcentage(%)
Direct	31	53,4
Indirect	27	46,6
TOTAL	58	100

Dans notre série, le mécanisme direct était le plus en cause dans la survenue des luxations de l'épaule avec 53,4% des cas.

9). Répartition des patients présentant une luxation gléno-humérale selon les signes fonctionnels

La douleur et l'impotence fonctionnelle étaient des signes fonctionnels constants, elles étaient présentes chez tout nos patients.

10). Répartition des patients présentant une luxation gléno-humérale selon les signes à l'inspection (Tableau X)

Signes	Effectif absolu	Pourcentage(%)
Œdème et signe de l'épaulette	1	1,7
Coup de hache externe et signe de l'épaulette	29	50,0
Œdème, Coup de hache externe et signe de l'épaulette	16	27,6
Ouverture cutanée, Coup de hache externe et signe de l'épaulette	3	5,2
Coup de hache externe, amyotrophie du deltoïde et signe de l'épaulette	1	1,7
Œdème, ouverture cutanée, Coup de hache externe et signe de l'épaulette	8	13,8
TOTAL	58	100

Parmi les signes à l'inspection, le coup de hache externe et le signe de l'épaulette étaient les signes les plus fréquemment retrouvés elles étaient isolées chez la moitié de nos patients ou associées à d'autres signes comme un Œdème (27,6%) ou à une ouverture cutanée (13,8%) de nos patients.

11). Répartition des patients présentant une luxation gléno-humérale selon les signes à la palpation (Tableau XI)

Signes	Effectif absolu	Pourcentage(%)
Comblement du sillon deltopectoral et vacuité de la glène	26	44,8
Vacuité de la glène et épaule douloureuse à la palpation	1	1,7
Comblement du sillon deltopectoral vacuité de la glène et épaule douloureuse à la palpation et à la mobilisation	31	53,4
TOTAL	58	100

Le comblement du sillon deltopectoral et la vacuité de la glène étaient retrouvés isolés dans 44,8% des cas ou associés à une douleur à la mobilisation et à la palpation dans 53% des cas.

8.

12). Répartition des patients présentant une luxation gléno-humérale selon l'état général (Tableau XII)

Etat général	Effectif absolu	Pourcentage(%)
Bon	54	93,1
Moyen	2	3,4
Mauvais	2	3,4
TOTAL	58	100

La majorité de nos patients avait un bon état général (93.1% des cas).

13). Répartition des patients présentant une luxation gléno-humérale selon les investigations paracliniques effectuées (Tableau XIII)

Imagerie	Effectif absolu	Pourcentage(%)
Radiographie standard	58	96,6
Profil de LAMY	1	1,7
Radiographie standard face . profil transaxillaire et Scanner (TDM)	1	1,7
TOTAL	60	100

La radiographie standard était l'examen paraclinique le plus utilisé soit chez 100% de nos patients.

14). Répartition des patients présentant une luxation gléno-humérale selon les lésions associées (Tableau XIV)

Lésions associées	Effectif absolu	Pourcentage(%)
Aucunes	43	70,6
Traumatisme crânien	6	10,3
Fracture du tubercule majeur	5	8,6
Lésions neurologiques	1	1,7
Traumatisme crânien et fracture du Tubercule majeur	1	1,7
Fracture du tubercule majeur et lésion Neurologique	1	1,7
Lésions thoraciques	1	1,7
TOTAL	58	100

Dans notre étude, le traumatisme crânien était la lésion associée la plus rencontrée avec 10,34% des cas.

15). Répartition des patients présentant une luxation gléno-humérale selon le type anatomopathologique (Tableau XV)

Type anatomopathologique		Effectif absolu	Pourcentage(%)
Antéro-interne	Extra-coracoïdienne	9	15,5
	Sous coracoïdienne	43	74,1
	Intra-coracoïdienne	5	8,6
Postérieure	Sous acromiale	1	1,7
TOTAL		58	100

Dans notre étude, les luxations antéro-internes et plus précisément les sous coracoïdiennes étaient les types anatomopathologiques les plus rencontrés avec respectivement 98,2% et 74,1% des cas.

16). Répartition des patients présentant une luxation gléno-humérale selon le côté atteint (Tableau XVI)

Côté atteint	Effectif absolu	Pourcentage(%)
Droit	42	72,4
Gauche	16	27,6
TOTAL	58	100

Dans notre étude, les luxations de l'épaule siégeaient le plus fréquemment (72,4% des cas) au côté droit.

17). Répartition des patients présentant une luxation gléno-humérale selon le type de traitement (Tableau XVII)

Traitement	Effectif absolu	Pourcentage(%)
Orthopédique	57	98,2
Chirurgical	1	1,7
TOTAL	58	100

Le type de traitement le plus utilisé dans notre étude était orthopédique (98,2% des cas).



18). Répartition des patients présentant une luxation gléno-humérale selon la durée du traitement (Tableau XVIII)

Durée (en semaine)	Effectif absolu	Pourcentage(%)
Trois	52	91,2
Quatre	5	8,7
TOTAL	57	100

La durée modale de traitement dans notre étude était de trois semaines (91,2% des cas).

NB : Nous avons observé un cas de décès.

19). Répartition des patients présentant une luxation gléno-humérale selon la restitution anatomique (Tableau XIX)

Restitution anatomique	Effectif absolu	Pourcentage(%)
Intégrale	48	82,8
Satisfaisante	3	5,2
Non satisfaisante	7	12,1
TOTAL	58	100

La restitution anatomique était intégrale chez 82,8% de nos patients.

20). Répartition des patients présentant une luxation gléno-humérale selon leur appréciation subjective de la restitution fonctionnelle (Tableau XX)

Appréciation de la restitution fonctionnelle	Effectif absolu	Pourcentage(%)
Satisfait	42	72,4
Moyennement satisfait	9	15,8
Non satisfait	7	12,3
TOTAL	58	100

72,4% de nos patients étaient satisfaits de la restitution fonctionnelle de leur articulation.

21). Répartition des patients présentant une luxation gléno-humérale selon l'étiologie et le sexe (Tableau XXI)

Sexe	Etiologie					TOTAL
	AVP	Accident Domestique	Accident de sport	Accident de Travail	CBV	
Féminin	1	10	1	0	3	15
Masculin	18	10	10	1	4	43
TOTAL	19	20	11	1	7	58

Dans notre étude, les accidents de la voie publique qui étaient plus fréquents concernaient plus le sexe masculin.

22). Répartition des patients présentant une luxation gléno-humérale selon le type de traitement et la forme anatomo-pathologique. (Tableau XXII)

Type anatomo-pathologique	Type de traitement		TOTAL
	Orthopédique	Chirurgical	
Extra-coracoïdienne	8	0	8
Sous coracoïdienne	45	0	45
Intra-coracoïdienne	3	1	4
Postérieure	1	0	1
TOTAL	57	1	58

Dans notre étude, le traitement orthopédique était le plus utilisé. seul 1 cas de luxation intra coracoïdienne a subi un traitement chirurgical ceci ne permet pas de test statistique.

23). Répartition des patients présentant une luxation gléno-humérale selon la forme anatomo-pathologique et le résultat anatomique (Tableau XXIII)

Type anatomo-Pathologique	Résultat anatomique			TOTAL
	Restitution anatomique intégrale	Restitution anatomique satisfaisante	Restitution anatomique non satisfaisante	
Extra-coracoïdienne	7	0	2	9
Sous coracoïdienne	38	2	3	43
Intra-coracoïdienne	3	1	1	5
Postérieure	0	0	1	1
TOTAL	48	3	7	58

Dans notre étude, la restitution anatomique était intégrale dans les cas de luxation antéro-interne

24). Répartition des patients présentant une luxation gléno-humérale en fonction des résultats anatomiques et du traitement pré hospitalier (Tableau XXIV)

Traitement antérieur	Résultat anatomique			TOTAL
	Restitution anatomique intégrale	Restitution anatomique satisfaisante	Restitution anatomique non satisfaisante	
Aucun	43	2	2	47
Automédication	1	0	0	1
Traditionnel	5	1	4	10
TOTAL	48	3	6	58

Dans notre étude, la restitution anatomique était intégrale si aucun traitement antérieur n'avait été entrepris.

25). Répartition des résultats fonctionnels subjectifs en fonction du traitement antérieur (Tableau XXV)

Traitement antérieur	Résultat fonctionnel subjectif selon le malade			TOTAL
	Satisfait	Moyennement satisfait	non satisfait	
Aucun	39	5	2	46
Automédication	1	0	0	1
Traditionnel	2	4	5	11
TOTAL	42	9	7	58

Les patients étaient satisfaits du résultat fonctionnel si aucun traitement antérieur n'a été entrepris.

26). Répartition des patients présentant une luxation gléno-humérale selon le traitement antérieur et le résultat fonctionnel subjectif (restitution anatomique) : (Tableau XXVI)

Traitement antérieur	Patient		TOTAL
	Satisfait	Non satisfait	
Aucun	43	3	46
Automédication ou traitement traditionnel	8	4	12
TOTAL	51	7	58

L'absence de traitement antérieur était significativement associée à l'obtention d'une restitution anatomique satisfaisant.

COMMENTAIRES
ET
DISCUSSIONS

➤ Selon l'étiologie

Chez la grande majorité de nos patients, le facteur étiologique était les accidents domestiques et les accidents de la voie publique. Les accidents de sport venaient en troisième position. **SARAGAGLIA D ; PICARD F ; BREDONCHEL T ; MONCENIS C ; SARDO M ; TOURNE Y** [35] ont trouvé comme principal facteur étiologique les accidents de sport et les accidents de la voie publique. La différence entre nos données et celles de **MONCENIS C** pourrait s'expliquer par le fait que le sport est plus pratiqué dans les pays où ces études ont été menées qu'au Mali. D'autre part au niveau des différents clubs sportifs du Mali la prise en charge de ces traumatismes se fait généralement par le médecin de l'équipe sans consultation à l'hôpital.

2.- Au plan diagnostique et clinique

➤ Sur le plan clinique

La douleur et l'impotence fonctionnelle ainsi que le signe de l'épaulette, le coup de hache externe et le signe de **BERGER** étaient les signes cliniques les plus rencontrés. Ces mêmes signes sont retrouvés chez la quasi-totalité des auteurs lorsqu'il s'agit de luxation antéro-interne de l'épaule. Le cas de luxation postérieure de notre étude a présenté des difficultés diagnostiques du fait de l'absence de signe physique de la luxation antéro-interne. Les signes retrouvés dans ce cas palpation de la tête humérale en arrière et en dessous de l'acromion ont été décrits par d'autres auteurs [2].

➤ Les examens complémentaires

La radiographie standard de face nous a permis de diagnostiquer les cas de luxation antéro-interne.

Le cas de luxation postérieure a été confirmé radiologiquement sur les incidences de **LAMY et de BERNAGEAU**. Différents auteurs [2] recommandent ces incidences pour le diagnostic des luxations postérieures de l'épaule et l'importance des radiographies standards pour diagnostiquer les lésions associées. L'examen tomodensitométrique de l'épaule du patient avec la luxation postérieure a permis de confirmer son diagnostic et aussi de déterminer les indications thérapeutiques conformément à la littérature, les patients présentant une encoche de la tête de plus de 50% du diamètre ainsi que les patients avec une luxation ancienne de plus de 6 mois doivent bénéficier non pas d'une réduction de la luxation mais d'une prothèse de l'épaule [39]. Dans le cas précis de notre patient avec la luxation postérieure, nous avons préféré faire la rééducation fonctionnelle. Cette attitude thérapeutique s'explique par l'incapacité de pratiquer l'arthroplastie de l'épaule dans notre service (manque d'implant et de plateau technique).

- 60,3% des cas de notre étude étaient des luxations récentes. Chez les autres patients il s'agissait de luxations anciennes prises en charge par les guérisseurs traditionnels. Les sources bibliographiques aux-quelles nous avons eu accès ne font pas cas de la fréquence des luxations récidivantes et ou anciennes. La fréquence de ces deux formes dépendrait de la qualité de la prise en charge dès le premier épisode de luxation.

3. Au plan thérapeutique

Le traitement a surtout été orthopédique (98,2% des cas). Les méthodes de réduction des luxations de l'épaule sont nombreuses et aucune d'entre elles ne fait l'unanimité. Dans notre série nous avons surtout utilisé les techniques de **MOTHES** et de **KOCHER** qui sont recommandées par beaucoup d'auteurs [12]. Tous les patients ont bénéficié après réduction d'une immobilisation par appareillage plâtré en thoraco-brachial pour une durée de trois à quatre semaines. Ce délai correspond aux délais recommandés par de nombreux auteurs [16,21,34].

Le traitement chirurgical : il a été utilisé chez un seul de nos patients présentant une luxation antéro-interne récidivante. La technique utilisée était une butée trans sous-scapulaire pré-glénoïdienne de **LATARJET**.

Notre préférence pour cette technique s'explique par sa relative simplicité et son efficacité [11,17]. D'autres techniques comme celle de **BRISTOW TRILLAT**, et **PATT** ont également trouvé une grande utilisation.

La kinésithérapie était utilisée comme traitement adjuvant au traitement orthopédique et chirurgical. Chez nos patients elle a été pratiquée pendant 45 jours. Les mêmes recommandations quand à la durée de la kinésithérapie sont faites par de nombreux auteurs comme **AROMEN JG, REGAN K, [01]** et **YONEDA B,WELSH RP, MELNTOOSH DL [40]**.

4. Evolution et résultats

Globalement pris nos patients ont présentés une évolution favorable, nous avons noté 12,3% de résultats non satisfaisants. Ce pourcentage élevé pourrait s'expliquer par le retard de la prise en charge et le non respect du traitement par les patients (délai d'immobilisation trop court, rééducation insuffisante). Parmi les 12 patients présentant des luxations récidivantes un seul a accepté de se faire opérer. Les patients dont la prise en charge a été faite précocement (réduction) et qui ont respecté nos consignes (délai d'immobilisation, rééducation fonctionnelle suffisante) ont donné des résultats satisfaisants. L'importance du délai d'immobilisation nécessaire à la cicatrisation de la capsule articulaire ainsi que celle de la rééducation fait l'unanimité dans la littérature.

CONCLUSION
ET
RECOMMANDATIONS

CONCLUSION

Au terme de notre étude, nous avons noté que :

Les luxations de l'épaule étaient des affections traumatiques fréquentes surtout chez le jeune et l'adulte jeune. Elle touchait plus le sexe masculin que le sexe féminin. Leurs étiologies sont nombreuses mais dominées par les accidents domestiques suivis par les accidents de la voie publique.

Le diagnostic de ces lésions était aisé et était basé sur la radiographie, celle-ci permettait une orientation thérapeutique et pronostique .

La conduite thérapeutique était fonction du type de luxation et de la lésion associée , le traitement a été orthopédique chez la majorité de nos patients. Un patient présentant une luxation récidivante a bénéficié d'un traitement chirurgical.

RECOMMANDATIONS

Au terme de cette étude, nous recommandons :

➤ **Aux autorités publiques et aux autorités sanitaires :**

La mise en place et la vulgarisation d'une politique de prévention des accidents de la voie publique par :

- *L'aménagement des voies publiques
- *La construction d'autoroutes
- *La vérification inopinée des freins ;pneus et phares des véhicules
- *La surveillance rigoureuse des systèmes de sécurité des moyens de transport urbain et interurbain.
- *Une promotion des systèmes de prévention des accidents de la voie publique à travers les médias.
- *La dotation du service de traumatologie de l'Hôpital Gabriel Touré en matériel logistique permettant une prise en charge correcte et prompte des luxations de l'épaule.

➤ **Aux autorités sportives, clubs sportifs, entraîneurs et médecins d'équipe :**

- *Demander une consultation spécialisée devant tout traumatisme de l'épaule.

➤ **Aux personnels socio-sanitaires :**

- *Le recyclage ou la formation régulière pour une meilleure prise en charge des luxations de l'épaule .

➤ **Au grand public :**

- *Le respect absolu du code de la route et des systèmes de signalisation.
- *La consultation chez le médecin dans un délai court, après un traumatisme de l'épaule .
- *Le suivi du traitement et le respect des conseils proposés par le médecin.
- *Le renoncement au traitement traditionnel à cause de ses multiples préjudices.

IV

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

ET

ANNEXES

IV. Références bibliographiques et annexes

1.AROMEN JG ;REGAN K

Decreasing the incidence of recurrence of first time anterior shoulder dislocation with rehabilitation .Am sports med 1984 ;12 :2836-291

2.BERNAGEAU J ;PATTE D

Luxations postérieures de l'épaule. Radio 1980 ; 61 :511-519

3.BERNAGEAU TN ;BRUNET ME ;HADDAD RJ

Fractured coracoïd process in acromio-claviar dislocations . Report of four cases and review of the litterature .Clin orthop 1983 ;175 :227-232

4.COUDANE H. SOMMET Z. FERY A.

Traumatisme de la ceinture scapulaire :Encyclopédie médico-chirurgicale.

5.DANIEL NERISSON

L'instabilité récidivante antérieure de l'épaule –Diagnostic et méthode du traitement arthroscopique- A propos d'une série de 42cas. Thèse Strasbourg. 1993

6.DE PALMA

Surgery of the shoulder

Philadelphia JB Lippincott compagny 1950

7.DE PALMA , CALLERY ,BENETT

Variational anatomy and degenerative lesions of the shoulder joint. American academy of orthopedic surgeons

Instructi onal course lectures 1949 ;6 :255

8.DELORME

Archiv Fur Klinische Chirurgie 1910, 21 :72-79

9.DUJARDIN C et COLL

Guide pratique de traumatologie 3^{ème} édition revue et complétée. MASSON Paris, Milan, Barcelone 1995

10. DÛPARC J ; LARGIER A

Les luxations fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus. Rev chir orthop
1976 : 62-110

11. GALEZ R

Actualités de chirurgie orthopédique II 1963 : P41-52 MASSON et cie éditeur

12. GAZIELLY D

Résultat des butées coracoïdiennes réalisées en 1995. A propos de 89 cas. Rev chir
orthop 2000 : 86(suppl 1) : 103-106

13. GENIN J ;

Prise en charge de la luxation gléno-humérale par les médecins de station de sport
d'hiver. Traumatologie sport 2001 : 18 : 113-122

14. GERBER C ; SCHNEEBERGER AG ; VINH THO SON

The arterial vascularization of the humeral head. Journal of bone and joint surg.
72A : 10 : 1486-1494

15. GUYOT X.

Instabilité antérieure de l'épaule

Annales orthopédiques de l'ouest 2000 : N° 32

16. GRAY'S

A NATOMY in : Edited by JOHNSOTNE TB, DAVIS D VAND, DAVIES F.

Thirty second edition. London : longmans green and co 1958

17. HENRI JH ; GENUNG JA

National history of gléno-huméral dislocation revisited. Am sport med 1982 :
10 : 135-137

**18. HOVELIUS LK ; STANDSTROM BC ; ROSMARK DL ; SAEBO
M ; SUNDGREN KA ; MALMQVIST BG**

Long term results with the BANKART and BRISTOW LATARJET
procedures : recurrent shoulder instability and artropaty. Shoulder Elbow surg
2001 : 10 : 445-452

19. HOVELIUS L ; AUGUSTINI BG ; FREDIN H ; JOHANSSON O ; NORLIN R ; THORLING J

Primary anterior dislocation of the shoulder in young patients. A ten year prospective study. J Bone joint surg am 1983 ;65 :343-349.

20. HUTEN D ;

Arthroplastie prothétique de l'épaule. Cahier enseignement S.O.F.C.O.T 1987 ;28 :91-132

Expansion scientifique française 1987

21. KANPANDJI AI ; KANPANDJI T

Embrochage en « palmier » conférence d'enseignement de la S.O.F.C.O.T Paris :expansion scientifique française 1996;57-66

22. KUVILUATO O ; PASILA M ; JAROMA H ; SUNDHOLM A

Immobilization after primary dislocation of the shoulder. Act orthop scand 1980 ;51 :915-919

23. LANZ T. WASHSMUTH W.

Praktische anatomie. Z. weite auflage Berlin JULIUS

Springer 1959 ;13 :101

24. LE NEN D.

Instabilité antérieure de l'épaule

Annales orthopédiques de l'ouest 2000 ; N° 32

25. LIU SH ; HENRY MH

Anterior shoulder instability current review clin orthop. 1996 : 327-337

26. MALGAIGNE JF

Traité des fractures et des luxations de l'épaule. Ed baillière (Paris) 1855

27. MANSAT Ch

L'épaule bloquée :thèse de Toulouse 1967

28. MOSELY HF

The basic lesion of recurrent anterior dislocation of the shoulder surg chir north Am 1963 ;43 :1631-34

29. MOSELY HF, OVERGAARD

Anterior capsular mechanism in recurrent anterior dislocation of shoulder .morphological and clinical studies with special reference to glenoid labrum and glenohumeral ligament Jornal of bone and joint Surg 1962 ;44B : 913-27

30. NEER CD :

Displaced proximal humeral fractures. Part I :Classifications-evaluation Journal of bone and joint Surg 1970.52(6)1090-1103

Part II :Treatment of tree and four part displacement Journal of bone and joint Surg 1970.52 (6) 1090-1103

31. NORDQVIST A ; PETERSSON CJ :

Incidence and causes of shoulder girdle injuries in an urban population. Jornal of shoulder elbow surg 1995 ; A :107 – 112.

32. RIEUNAU G ; MANSAT M ; MARTINEZ CH ; GAY R

Séquelles des fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus .Rev chir orthop 1970 ;56 :3 :279

33. ROUVIERE A

Anatomie humaine descriptive et topographique :membres supérieur et inférieur Tome III 1951 :1124P :74fig

34. ROWE C

An atlas of anatomy and treatment of mid shaft of the clavicle. Clin orthop 1968 ;58 :29-42

35. ROWE C ; SAKELLARIDES HT

Factor related to recurrences of anterior dislocation of the shoulder . Clin orthop 1961 ;20 :4048

36. SÁRAGAGLIA D ; PICARD F ; LE BREDONCHET F ; MINCEINIS C ; SARDOU M ; TOURNÉY Y

Les instabilités antérieures aiguës de l'épaule : résultats à court terme du traitement orthopédique - Rev. Chir Orthop. 2001 ; 87 : 215-220

37. SIRVEAU F ; MOLE D ; et WATCH G

Instabilités et luxation gléno-humérale : encyclopédie médico-chirurgicale (éditions scientifiques et médicales) Elsevier SAS ; Paris ; App locomoteur 14 - 037, A - 10

38. SUTTON JB.

On the nature of ligaments (Part II)

Journal of anatomy and physiology 19 : 27

39. WAKIM BEAU FILS PH.

L'arthroscopie de l'épaule en position assise

Rev. chir orthop 1991 ; 77 : 577-580

40. WALCH G. MOLE D.

instabilités et luxations de l'épaule

EMC - app roc 1980 ; 14037, A 10, 5

41. YONEDA B ; WELSH RP ; MELNTOSH DL

Conservative treatment of shoulder dislocation in young males bone joint surg Am 1982 ; 64 : 254-255

42. YOUNACHEV G.

Traumatologie et orthopédie 2^{ème} édition Mir - Moscou - 1977.

43. YOUNACHEV G.

Traumatologie et orthopédie 3^{ème} édition Mir - Moscou 1977 Traduction française.

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : DIALLO

Prénom : Mahamadou

Titre : Les luxations traumatiques de l'épaule :Etude clinique et épidémiologique dans le service de traumatologie et de chirurgie orthopédique de l'Hôpital Gabriel Touré.

Année de soutenance :2004

Ville de soutenance :Bamako

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de médecine ,de pharmacie et d'odontostomatologie.

Secteur d'intérêt : Orthopédie. Traumatologie

RESUME

Notre étude avait pour objectif d'étudier les luxations traumatiques de l'épaule dans le service de traumatologie et de chirurgie orthopédique de l'Hôpital Gabriel Touré de Bamako.

Cette étude rétrospective et prospective a concerné les patients reçus au Service des Urgences Chirurgicales et à la consultation externe de traumatologie pendant la période d'étude de décembre 2001 à mai 2003.

Nos résultats ont montré que la luxation de l'épaule est une pathologie très fréquente, que la population jeune et adulte jeune était la couche la plus concernée (moyenne d'âge de 28,5ans). Le sexe masculin prédominait avec 74,1% des cas ;la majorité des patients était d'origine urbaine. La couche socioprofessionnelle la plus représentée était les élèves et étudiants. Le diagnostic a été clinique et radiologique : le type anatomopathologique le plus rencontré était la luxation sous coracoïdienne (74,1%) et le traitement a surtout été orthopédique (98,2%). Nos résultats ont été jugés satisfaisant dans 72,4% des cas.

Mots-clés: Luxation, épaule, clinique, traitement.