

LA LUXATION DE L'ÉPAULE CHEZ LE MOTOCYCLISTE

Les traumatismes de l'épaule sont particulièrement fréquents dans la pratique de la moto. Il existe deux types de mécanisme. Le mécanisme direct est un choc sur le moignon de l'épaule lors d'une chute, il peut générer une fracture de clavicule ou une luxation acromioclaviculaire. Le mécanisme indirect se déroule le plus souvent lors d'une chute lorsque le bras est porté en abduction - rotation latérale, par exemple si le pilote est éjecté et s'il continue à tenir son guidon. Ce mécanisme peut provoquer une luxation de l'articulation scapulo-humérale, c'est la luxation de l'épaule. La luxation antérieure est la plus fréquente en pratique sportive. La luxation postérieure, qu'il faut savoir rechercher notamment par la perte de la rotation latérale, survient dans un contexte particulier (épilepsie) et est plus difficile à diagnostiquer du fait notamment d'un bilan radiographique souvent trompeur. Nous exposerons ici la luxation antérieure du sportif ; la principale complication de cette forme étant la luxation récidivante de l'épaule.

Conduite à tenir sur le terrain

Lorsqu'un pilote consulte en urgence pour, à priori, une luxation de l'épaule, il est important de rechercher l'existence de complications immédiates qui sont essentiellement représentées par une lésion du nerf axillaire. On élimine cette lésion en testant la sensibilité du moignon de l'épaule. Enfin, il est essentiel de rechercher le pouls radial pour éliminer une complication vasculaire de l'artère axillaire, tout à fait exceptionnelle. Ces deux complications étant éliminées, l'examen clinique est le plus souvent caractéristique avec en particulier un comblement du sillon deltopectoral, un signe de l'épaulette et un coup de hache latéral correspondant à une dépression au niveau de l'acromion par traction sur les fibres du deltoïde moyen.

Bilan radiologique et prise en charge initiale en urgence

Le bilan complémentaire doit être radiographique avec au moins une radiographie de l'épaule de face et une épaule de profil de coiffe (ou de Lamy) et un profil de glène. C'est sur le cliché de profil de coiffe que l'on va voir se projeter la tête de l'humérus en avant de la glène, le plus souvent sous la coracoïde (Fig. 1). Le profil de glène recherche une fracture du rebord antéro-inférieur de la glène (lésion de "passage"). Ce bilan radiographique permet de rechercher des lésions osseuses associées notamment une encoche au niveau de la tête humérale qui correspond à l'empreinte d'impaction du bord antérieur de la glène sur la tête humérale et qui signe la luxation. Le bilan radiographique recherche également une fracture

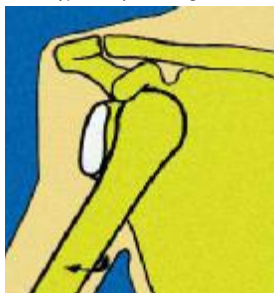


Fig. 1 - Représentation schématique d'une luxation antérieure sous-coracoïdienne de l'articulation scapulo-humérale

notamment du tubercule majeur. La réduction doit alors être réalisée en urgence. Elle peut se faire selon les différentes techniques connues. La plus simple est d'allonger le patient sur le dos, de tenir le thorax avec une aîsse que l'on passe au niveau de l'aisselle. Le patient est maintenu par l'aisselle par un aide qui se trouve de l'autre côté de l'épaule lésée. Le sujet qui réduit la luxation empoigne alors le bras et le coude à 90° de flexion afin de contrôler la force de traction et les rotations. Il existe deux clefs pour réussir : ne pas être pressé, c'est-à-dire savoir s'asseoir pour être confortable pour faire la manœuvre et réaliser une traction dans l'axe du bras qui doit être douce, continue de façon progressive et sans à-coups (ne jamais être brutal !). On réduit le plus souvent sans anesthésie avec un "ressaut" tout à fait caractéristique la luxation en repositionnant le bras en rotation médiale.

Si cette réduction n'est pas possible ou trop difficile du fait de la contracture du patient, on peut proposer une injection aux urgences d'antalgiques et/ou myorelaxants.

Dans les cas extrêmes, il faudra réaliser cette réduction sous anesthésie. S'il s'agit d'un 1er épisode, l'immobilisation coude au corps bien que discutée est la solution de prudence. Cette immobilisation doit être prolongée afin que la poche de décollement (Fig. 2), au niveau de la capsule antérieure, puisse cicatriser en rotation médiale du bras pour une durée de 3 à 5 semaines. Après cette période, une rééducation douce peut être débutée. Toute activité sportive à risque doit être interdite pendant 3 mois.



Fig. 2 - Représentation schématique d'une lésion dite de passage du bourrelet et de la capsule antérieure

Luxation récidivante de l'épaule

Il existe chez le motocycliste une indication chirurgicale formelle après le 3ème épisode de luxation. Le médecin doit disposer d'au moins une radiographie avec l'épaule luxée.

Le vrai diagnostic différentiel est l'épaule douloureuse et instable, avec des épisodes de subluxation sans luxation "vraie". Il s'agit essentiellement de lésions du bourrelet. Dans le cadre de la luxation récidivante du motard, l'examen clinique le plus souvent ne montre pas d'anomalie particulière si ce n'est un signe d'appréhension lorsque l'on met le bras en abduction et rotation latérale reproduisant le geste de l'armé du bras. Le bilan d'imagerie doit comporter le bilan radiographique standard sus-cité. On recherche particulièrement l'existence d'un écoulement du bord antérieur de la glène. Si la lésion du bord antérieur de la glène est évidente sur le bilan radiographique, l'indication chirurgicale peut être posée d'emblée. En l'absence de signe osseux évident, c'est l'arthromodensitométrie de l'épaule qui est l'examen de référence. Elle permet de mettre en évidence une poche de décollement de la capsule antérieure (appelée souvent

lésion de Bankart) et/ou une lésion du bourrelet et/ou une fracture de la glène antéro-inférieure.

Il existe à ce jour deux techniques : soit la réinsertion du bourrelet et de la capsule antérieure qui se fait maintenant sous arthroscopie, c'est la retente capsulaire de Bankart (Fig. 3). Cette intervention a l'avantage de sa simplicité. Elle nécessite une immobilisation stricte d'au moins 5 semaines après l'intervention



Fig. 3 - Principe de l'intervention de Bankart

avant de débiter la rééducation. Le risque de récurrence est plus élevé que dans l'autre technique probablement entre 15 et 20% selon les auteurs mais cette intervention ne comporte pas de risque particulier. En cas de récurrence, la butée peut alors être réalisée secondairement.

La deuxième intervention classique à proposer est la butée osseuse que nous réalisons couchée et vissée (Fig. 4).

Il s'agit de l'intervention de Latarjet qui consiste à couper la coracoïde avec son insertion du muscle coracobiceps et à visser cette coracoïde au niveau du défaut osseux antéro-inférieur de la glène. L'inconvénient de cette technique est qu'elle doit être réalisée à ciel ouvert. L'avantage est que la rééducation, comme il s'agit d'un montage solide, peut être plus précoce.



Fig. 4 - Principe de l'intervention de Latarjet

On peut espérer de ces deux interventions une reprise de la moto entre le 3ème et 6ème mois. Les résultats sont le plus souvent tout à fait satisfaisants avec, néanmoins dans les deux cas, un risque de récurrence toujours présent. Il faut en informer le pilote.

Au total

La luxation récidivante du motard est une pathologie fréquente. Il est essentiel de bien expliquer au motard que si il veut conserver, voire améliorer son niveau de compétition, l'intervention chirurgicale est toujours souhaitable après le 3ème "vrai" épisode. L'intervention a aussi pour but de stabiliser les lésions dans le temps, notamment de protéger l'épaule de l'apparition de lésions dégénératives toujours possibles à long terme (arthrose, coiffe, ...).

Docteur Emmanuel MASMEJEAN

Chirurgie de la main et du membre supérieur, Service de Chirurgie Orthopédique et traumatologie, HEGP, Paris
Responsable de l'enseignement de Médecine du Sport à la faculté de Médecine Paris-Descartes.

Membre de l'Académie Nationale de Chirurgie
emmanuel.masmejean@esp.aphp.fr

"Stéthoscope"

Cette rubrique est la vôtre pour vos remarques, suggestions ou autres questions.
A vos stylos ou à vos claviers !

N'hésitez pas à nous contacter **avant le 15 novembre 2007**

- soit par e-mail aux adresses suivantes :

M. Reinhard Kraenzler : doc_rk@wanadoo.fr

Mme Nadine Ther : nther@ffmoto.com

- soit par courrier :

FFM - Mme Nadine Ther - 74, avenue parmentier - 75011 PARIS

Au sommaire du prochain numéro

L'organisation des secours sur une épreuve nationale

Fédération Française de Motocyclisme

74, Avenue Parmentier - 75011 PARIS

Tél. : 01.49.23.77.00 - Fax : 01.47.00.08.37

e-mail : ffm@ffmoto.com

www.ffmoto.org