

Techniques de réduction d'une luxation glénohumérale antérieure

Anterior shoulder dislocations reduction techniques

M. Raphaël

Reçu le 12 octobre 2011 ; accepté le 3 mars 2012
© SFMU et Springer-Verlag France 2012

Résumé Il existe de nombreuses méthodes de réduction d'une luxation glénohumérale. La plupart ont un taux de réussite comparable autour de 70 à 90 %, sous réserve que la technique soit parfaitement maîtrisée. Les différences portent sur le principe biomécanique utilisé, la position du patient, le recours à une aide ou du matériel et la douleur provoquée par le geste. **Certaines techniques en traction majoritaire doivent être proscrites du fait de leur important risque de lésion vasculonerveuses et osseuses.** Le choix est fonction de l'habitude du praticien et de la présentation du patient. Des techniques simples, non douloureuses, rapides et sûres existent. Elles doivent être connues et privilégiées dans la mesure du possible.

Mots clés Luxation d'épaule · Techniques de réduction · Manipulation

Abstract No clear evidence exists supporting the superiority of any one of the many methods used to reduce anterior shoulder dislocations. Success rates range from 70 to 90%, provided that the technique is perfectly controlled. The differences relate to the bio mechanical principle used, the position of the patient, the use of an assistant or equipment and the pain caused by the technique. Traction-countertraction techniques are associated with a high rate of fractures, nervous injury and vascular injury compared with other techniques and should be avoided. The choice depends on the practitioner's usual and presentation of the patient. Techniques that are quick, simple, painless and sure are ideal. They must be known and preferred whenever possible.

Keywords Shoulder dislocation · Reduction techniques · Manipulation

M. Raphaël (✉)
Service d'accueil des urgences, CHU Bicêtre,
Assistance publique – Hôpitaux de Paris,
F-94270 Le Kremlin-Bicêtre, France
e-mail : maurice.raphael@bct.aphp.fr

De nombreuses techniques de réduction d'une luxation glénohumérale ont été décrites dans la littérature. Certaines sont très anciennes et beaucoup ne sont que des variantes de techniques déjà éprouvées. La plupart des ces méthodes ont un taux de réussite comparable, situé entre 70 et 90 %, sachant qu'une grande partie du succès est liée à la maîtrise du geste par l'opérateur [1,2]. Chacune de ces techniques possèdent des avantages et des inconvénients. Il est important de les connaître pour choisir la plus adaptée à la situation clinique. La préférence se porte sur les techniques simples, rapides, n'utilisant ni la force ni de contre appui axillaire et ne nécessitant aucun matériel ni aucune médication. Il est conseillé de ne pas s'acharner au-delà de trois échecs. Dans l'idéal, si la tentative de réduction s'est faite dans les règles de l'art, il est souhaitable de changer de méthode à chaque nouvel essai. Il vaut mieux n'utiliser qu'une seule méthode que l'on maîtrise parfaitement que d'expérimenter des techniques approximatives. Rappelons qu'une radiographie avant et après réduction reste indispensable.

Techniques combinées

L'objectif est de provoquer une « autoréduction » en modifiant l'équilibre des forces du couple rotateurs médiaux/rotateurs latéraux. Ces techniques sont les moins douloureuses et les plus sûres.

Technique de Milch

Le bras est monté lentement en abduction et rotation latérale pour porter la main derrière la tête. Un certain degré de rotation latérale est nécessaire. La réintégration est facilitée en appuyant sur la tête humérale avec son pouce [3] (Fig. 1).

Technique d'Hovelius

Le bras est monté doucement en flexion dans le plan sagittal. La flexion est moins douloureuse que l'abduction car elle ne s'oppose pas aux muscles de la coiffe des rotateurs (Fig. 2).

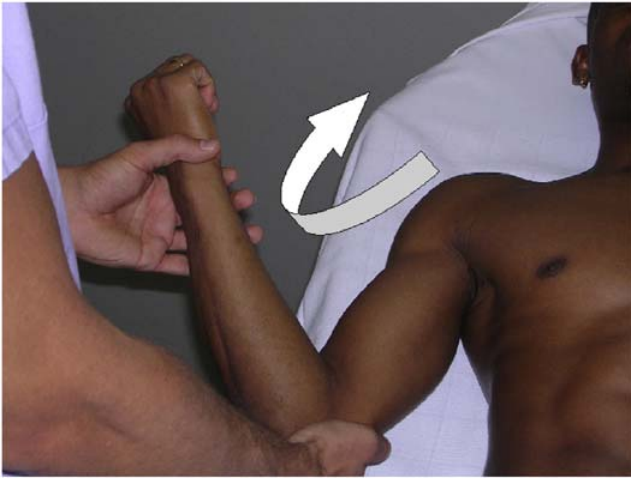


Fig. 1 Technique de Milch ; le bras est monté en abduction dans le plan frontal



Fig. 2 Technique d'Hovelius ; le bras est monté en flexion dans le plan sagittal



Fig. 3 Technique de Lippert ; le bras est tracté verticalement vers le bas

Manipulation de la scapula

Le point fixe est ici la tête humérale. La scapula reste mobile car il n'y a pas de contraction réflexe des muscles périscapulaires. Le patient est assis sur le bord du brancard, le côté indemne calé contre le dossier relevé à 90°. Coté luxé, le coude est fléchi à 90°. L'opérateur se tient derrière le patient et simultanément pousse le bord libre de la scapula médialement avec une main et abaisse l'acromion avec l'autre, tandis qu'une aide tracte le bras vers le bas en appuyant sur la partie proximale de l'avant-bras [4]. Une variante se pratique en décubitus ventral. Le membre luxé pend, tracté par un poids de cinq kilos attaché au poignet. L'opérateur manipule la scapula de la même façon que précédemment.

Techniques en rotation latérale

Elles s'opposent à la contracture du sub scapulaire (rotateur médial) :

Technique en rotation externe

Le patient est allongé sur le dos. Le coude est fléchi à 90°. L'opérateur maintient le bras en adduction en tenant le coude avec une main. Son autre main saisie le poignet. Le patient laisse tomber sa main latéralement, sur le bord du brancard. L'opérateur guide doucement la course de l'avant-bras en tenant le poignet et en s'arrêtant dès que les muscles se contractent [5]. Cette méthode est réputée sûre et rapide (5 à 10 min).

Technique de Kocher

Le bras en adduction, coude au corps fléchi à 90°, est amené en rotation latérale jusqu'au plan sagittal. Il est alors élevé en flexion à 90° puis remis en rotation médiale. Le rebord de la glène sert de pivot ce qui, combiné à la force nécessaire pour s'opposer à la tension musculaire, **majoré le risque de fracture.** Cette manœuvre est **traumatisante, douloureuse et dangereuse.** Elle doit être évitée dans la mesure du possible.

Techniques en traction

Le principe consiste à tracter le bras pour permettre le déplacement de la tête humérale vers la glène. Un contre-appui s'oppose au déplacement du scapulum et fait levier en poussant sur la tête humérale. Sa pression sur les éléments vasculonerveux est délétère. La réduction survient au prix

d'une traction brutale ou d'un épuisement musculaire. Plusieurs variantes existent [6]. D'emblée, insistons sur le fait que la technique d'Hippocrate qui consiste à tirer sur le bras en légère abduction avec une contretaction axillaire et la technique de la chaise, doivent être proscrites. Elles sont douloureuses et associées à un risque de complications vasculaires, nerveuses et osseuses non négligeable [7]. En cas d'échec des techniques recommandées, le choix se porte sur l'une des méthodes suivantes :

Technique de Stimson

Le patient est allongé en décubitus ventral. Le membre luxé pend au bord du brancard, tracté par un poids de cinq kilos attaché au poignet. Le bord du brancard joue le rôle de levier et fixe le scapulum. Le bras est fléchi à 90°. La tête humérale est mobilisée vers le bas. L'axe et la force de traction sont constants. La réduction est obtenue en moyenne au bout de 30 minutes. Elle se pratique sans opérateur. Il n'y a pas d'écrasement des structures vasculonerveuses, car la pression s'exerce sur la partie antérieure de l'épaule. A contrario, cette méthode nécessite du matériel (sacs de sable ou poches de solutés) et il est souvent difficile d'installer un patient avec l'épaule luxée en décubitus ventral.

La technique de Lippert

Le patient est installé en décubitus ventral comme pour la technique précédente. Les poids sont remplacés par l'intervention d'un opérateur assis qui tracte le bras vers le bas (Fig. 3).

Conflit d'intérêt : l'auteur ne déclare aucun conflit d'intérêt.

Références :

1. Riebel GD, McCabe JB (1991) Anterior shoulder dislocation: a review of reduction techniques. *Am J Emerg Med* 9:180-9
2. Wen DY (1999) Current concepts in the treatment of anterior shoulder dislocations. *Am J Emerg Med* 17:401-7
3. Johnson G, Hulse W, McGowan A (1992) The Milch technique for reduction of anterior shoulder dislocations in an accident and emergency department. *Arch Emerg Med* 9:40-3
4. Kothari RU, Dronen SC (1992) Prospective evaluation of the scapular manipulation technique in reducing anterior shoulder dislocations. *Ann Emerg Med* 21:1349-52
5. Mirick MJ, Clinton JE, Ruiz E (1979) External rotation method of shoulder dislocation reduction. *JACEP* 8:528-31
6. Mattick A, Wyatt JP (2000) From Hippocrates to the Eskimo: a history of techniques used to reduce anterior dislocation of the shoulder. *J R Coll Surg Edinb* 45:312-6
7. Beeson MS (1999) Complications of shoulder dislocation. *Am J Emerg Med* 17:288-95