

LUXATION SCAPULO-HUMÉRALE TRAUMATIQUE CHEZ L'ENFANT ET L'ADOLESCENT À PROPOS DE 9 PATIENTS

R. ELBAUM, H. PARENT, R. ZELLER, R. SERINGE

Les auteurs ont revu de 1974 à 1989, 9 dossiers d'enfants et d'adolescents (moyenne d'âge de 12 ans 4 mois) présentant une luxation traumatique de l'épaule.

Tous les patients ont été suivis avec un recul minimum de 2 ans suite au premier épisode traumatique. Six patients ont été traités par réduction orthopédique et immobilisation pendant 3 semaines suivie d'un programme de rééducation. Deux patients ont réduit eux-mêmes leur luxation.

Le taux de récurrence a été de 70%. Les auteurs ont voulu insister sur le fait que la luxation traumatique de l'épaule est une pathologie rare en traumatologie pédiatrique. Le taux de récurrence après le premier épisode est plus important que chez l'adulte.

Le but de cet article est d'insister sur l'importance de la prise en charge depuis le traumatisme initial jusqu'à la stabilisation des lésions.

Keywords : shoulder ; dislocation ; luxatio erecta ; pediatric traumatology.

Mots-clés : luxation scapulo-humérale ; luxation erecta ; traumatologie infantile.

INTRODUCTION

Par luxation traumatique de l'épaule, nous définissons tout déplacement d'origine traumatique de la tête humérale par rapport à la cavité glénoïde qu'il soit antérieur, postérieur, inférieur ou supérieur et qu'il soit associé ou non à une lésion osseuse (bord antérieur de la glène, trochiter ...).

La luxation scapulo-humérale est une pathologie inhabituelle chez l'enfant. Il est plus fréquent d'observer en cas de traumatisme de l'épaule chez le patient jeune, une fracture de l'extrémité supé-

rieure de l'humérus de type décollement épiphysaire ou fracture métaphysaire (1, 7, 9).

Étant donné le petit nombre de cas publiés dans la littérature (2, 6, 9, 11), nous avons étudié la série de notre service afin d'établir une comparaison avec les autres auteurs en ce qui concerne le taux important de récurrences.

RAPPEL ANATOMIQUE (fig. 1)

L'insertion scapulaire de la capsule se fait le long du rebord osseux de la glène et du labrum. L'insertion humérale est située au niveau du col anatomique à proximité du plateau épiphysaire sauf au niveau du versant interne, où son attache descend le long de la métaphyse humérale sur environ un centimètre.

Cette particularité anatomique explique qu'en cas de décollement épiphysaire, un petit fragment métaphysaire interne soit emporté avec l'épiphysaire (SALTER II) (9).

D'autre part, les attaches capsulo-ligamentaires présentent une plus grande résistance chez le jeune enfant, expliquant la moins grande fréquence de luxation de l'épaule à cet âge.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

Nous avons étudié 9 dossiers d'enfants vus à l'Hôpital Saint Vincent de Paul entre 1974 et 1989, pour une luxation de l'épaule (tabl. I).

Service d'Orthopédie Pédiatrique, Hôpital St Vincent de Paul, 82 avenue Denfert Rochereau, 75014 Paris, France.

Correspondance et tirés à part : R. Elbaum.

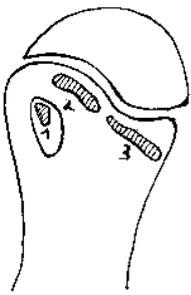


Fig. 1a

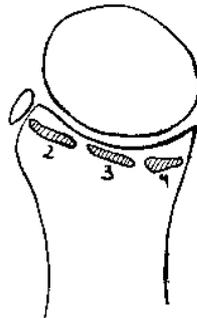


Fig. 1b

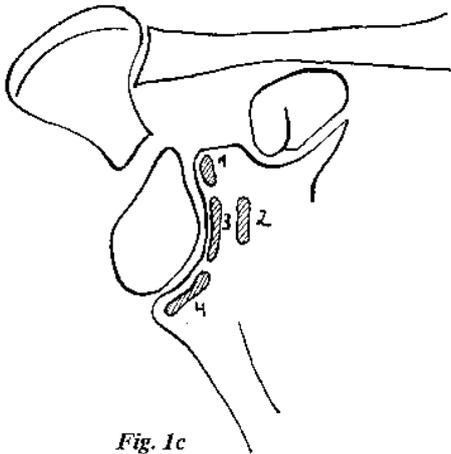


Fig. 1c

Fig. 1. — Insertions humérales et glénoïdiennes des ligaments gléno-huméraux : 1a) versant huméral, vue de face ; 1b) vue antérieure ; 1c) versant scapulaire.

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

Il s'agissait de 5 filles et 4 garçons. L'âge moyen était de 12 ans et 4 mois avec comme extrêmes 9 ans et 6 mois et 15 ans et 10 mois.

Tous les cas de luxation scapulo-humérale atraumatique, volontaire et multi-directionnelle ont été exclus de la série.

Un patient (n° 9) victime d'une déféstration, présentant une luxation de l'épaule droite associée à de multiples fractures (diaphyse humérale, bassin) ainsi que des lésions viscérales (rate, brèche vasculaire mésentérique), est décédé 36 heures après son admission.

Nos patients ont été suivis avec un recul minimum par rapport à la première luxation de 2 ans et maximum de 10 ans.

Les patients n° 5 et n° 8 n'ont pu être recontactés.

RÉSULTATS

1. Localisation et côté

Dans 90% des cas, il s'agissait de luxation classique antérieure ou antéro-interne.

Nous avons retrouvé 1 cas de luxation erecta (patient n° 4) (fig. 2).

Il s'agissait d'un patient de 16 ans qui a présenté suite à un accident sportif dont le mécanisme luxant n'a pu être précisé, une luxation inférieure sans antécédent d'instabilité scapulo-humérale.

Le côté droit était atteint dans 55% des cas, cependant les données anamnestiques n'ont pu déterminer si l'épaule lésée correspondait à l'épaule

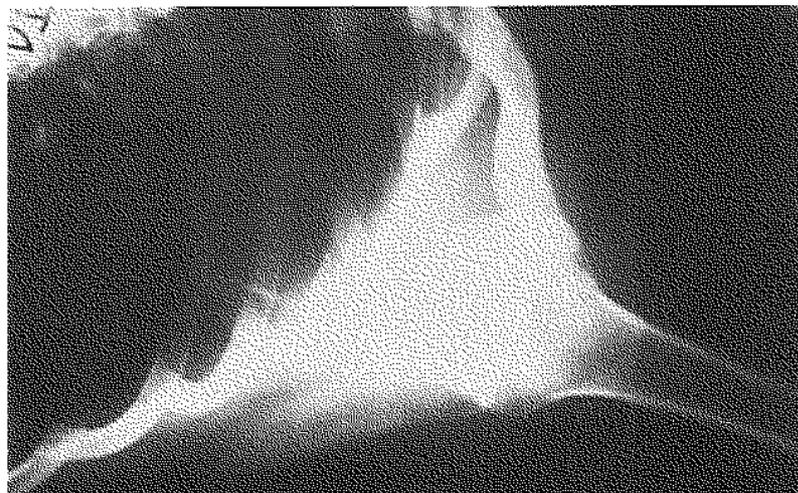


Fig. 2. — Radiographie représentant 1 cas de luxation erecta chez 1 patient de 16 ans.

Tableau I. — Revue des 9 patients présentant une luxation scapulo-humérale traumatique

Patient n°	Age	Sexe	Localisation	Côté	Lésions associées	Mécanisme	Traitement immédiat	Kiné	Récidives	Trait. Chir.
1. S. J.	9 a 6 m	M	Ant. Int.	G	Clavicule	A.V.P.	Red/AG DUJ 3 sem.	—	0	?
2. J.B.	15 a 5 m	M	Ant. Int.	D	—	AS (judo)	Autored.	+	5	Butée ant.
3. O. G.	13 a 6 m	F	Ant. Int.	D	—	AS. (natat.)	Autored.	—	3	—
4. T. M.	15 a 10 m	M	Erecta.	D	—	AS. (foot)	Red/AG DUJ, 3 sem.	+	3	Bankart ss arthro.
5. A. C.	13 a 10 m	F	Ant. Int.	D	—	?	Red/loc DUJ, 3 sem.	+	2	Proposition de Bankart
6. D. D.	15a	M	Antérieure	G	Trochiter Glène + polytrauma	A.V.P.	Red/AG DUJ, 3 sem.	—	0	—
7. M. C.	15a	F	Ant. Int.	G	—	?	Red/AG DUJ, 3 sem.	+	3	Proposition de Bankart
8. L. J.	13 a 3 m	F	Ant. Int.	D	—	—	Red/AG DUJ, 15 jrs	—	?	—
9. A. I.	14a	F	Antérieure	G	Trochiter + Polytrauma	Défènes- tration	dcd 36 ^e h.	—	—	—

dominante. Nous n'avons pas observé de luxation bilatérale.

2. Lésions associées

- Fracture de clavicule homolatérale : 1 cas
- Fracture du trochiter : 2 cas (fig. 3)
- Fracture de la glène : 1 cas.

3. Étiologie

La cause de la luxation a pu être précisée chez 6 de nos patients. Deux enfants (n° 1 et n° 6) ont été victimes d'un accident sur la voie publique mais le mécanisme n'a pu être déterminé.

Le patient n° 2 s'est luxé l'épaule au cours d'un accident de judo par un mécanisme direct (chute sur le moignon de l'épaule).

Chez 3 patients, la cause du traumatisme n'a pu être retrouvée.

4. Traitement initial

- Réduction sous anesthésie générale : 5 patients.
- Réduction sans anesthésie : 1 patient.
- 2 patients (n° 2 et n° 3) ont réduit eux-mêmes leur luxation sur le lieu du traumatisme.

Ils ont été vus en consultation pour leurs récidives.

— L'immobilisation a consisté en un maintien dans une attelle de Dujarrier en rotation interne chez 6 patients. Le délai d'immobilisation a été de 3 semaines chez 5 patients. Les patients n° 2 et n° 5 n'ont pas été immobilisés.

— Un programme de rééducation a été entrepris chez 4 patients.

5. Récidives

Le patient n° 8 a été revu à notre consultation de traumatologie au 15^e jour post-traumatique. Il

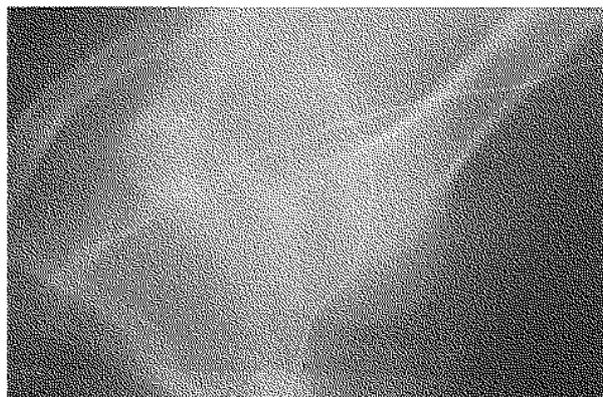


Fig. 3. — Luxation antérieure de l'épaule associée à une fracture du trochiter chez un patient de 15 ans.

ne s'est plus présenté par la suite et n'a pu être recontacté.

Cinq patients sur 7 (71%) ont présenté une ou plusieurs récurrences. Le délai d'apparition de la première récurrence était au minimum de 3 semaines et au maximum de 2 ans par rapport à la date de la première luxation.

Le patient n° 2 a présenté sa première récurrence 3 semaines après son épisode de luxation et a présenté les 4 autres dans l'année qui a suivi.

Le patient n° 3 a présenté 3 épisodes en 3 mois. Il a, chaque fois, réduit lui-même sa luxation et il a été vu à notre consultation pour un problème d'épaule douloureuse, avec un syndrome d'appréhension en abduction-rotation externe.

Le patient n° 4 a présenté, suite à sa luxation erecta, 3 épisodes de luxation antéro-interne.

Toutes les récurrences correspondaient à des luxations vraies de type antéro-interne et étaient causées par des mouvements de faible amplitude par rapport au mécanisme luxant initial.

6. Traitement chirurgical

Trois patients ont eu une indication opératoire, mais 2 ont refusé pour des motifs personnels.

Le patient n° 2 a été opéré dans notre service suite à sa 5^e récurrence, un an après sa première

luxation. Il a subi une intervention de type butée antérieure selon Latarjet (fig. 4a et fig. 4b).

Le patient n° 4 a été opéré dans un autre hôpital et a bénéficié d'une opération de type Bankart par voie arthroscopique 2 ans après sa première luxation.

DISCUSSION

Dans la littérature, 4 séries (5, 6, 9, 11) seulement reprenant les luxations scapulo-humérales chez l'enfant et l'adolescent ont été publiées. Elles ont toutes démontré un taux important de récurrences malgré des immobilisations de longue durée (4 à 6 semaines) (tabl. II).

Rockwood (9) dans son volume sur les fractures chez l'enfant, consacre une trentaine de pages très intéressantes à ce sujet.

Cependant, dans sa série de 44 cas, 8 seulement sont des luxations traumatiques avérées, les autres entrant dans le cadre des luxations atraumatiques volontaires ou involontaires.

Rowe (10) dans son étude sur 500 épaules, retrouve 8 patients âgés de moins de dix ans. Il démontre un taux de récurrences lié à l'âge de la première luxation, respectivement 100%, 94%, 79%, et 14% pour les tranches d'âge suivantes : inférieur à 10 ans, 10 à 20 ans, 21 à 30 ans et 31 à 60 ans.

Tableau II. — Revue des cas de luxation scapulo-humérale traumatique chez l'enfant et l'adolescent dans la littérature

Auteur	Rockwood 1984	Hovellius 1987	Marans <i>et al.</i> 1992	Wagner & Lyne 1983
Nbr. de cas	8 cas	254 cas 102 cas < 22 ans	21 cas	9 cas
Sex ration	5 M 3 F	55% M 45% F	15 M 6 F	6 M 3 F
Côté	G > D		80% du côté dominant	g > d
Age	13 a 8 m-15 a 8 m	12 a-40 a	5 a-16 a moyenne 13 a	12 a-16 a moyenne 13 a 5 m
Localisation	Antéro-interne	Antérieure	Antérieure	Antéro-interne
Durée immob.	4 à 6 sem.	3 sem.	60% 4 à 6 sem. 40% aucune immob.	4 sem.
Récurrences	50%	55% 12-22 a 37% 23-29 a 12% 30-40 a	100%	80%
Chirurgie	1 greffon iliaque 1 Bankart + Putti Platt	Butée ant. Latarjet 30% < 22 a 10% > 25 a	9 Putti Platt 3 Bankart 1 capsular shift	6 Magnuson Stack 1 Bristow Latarjet
Récurrences post chirurgie	0	—	?	0



Fig. 4a

Fig. 4a. — Butée antérieure de type Latarjet chez 1 patient de 15 ans et demi : incidence de face.



Fig. 4b

Fig. 4b. — Profil glénoïdien.

Hovellius (3, 4, 5) dans sa série de 254 patients, retrouve également cette corrélation. Il précise cependant que la gravité du traumatisme initial ne modifie en rien le taux de ces récurrences.

Heck (2) fut le premier à décrire un cas de luxation traumatique de l'épaule chez un garçon de 7 ans. A deux ans de recul, il ne présentait toujours pas de récurrence.

Nicastro et Adair (8) ont décrit un cas de fracture-luxation de l'épaule chez un jeune enfant de 32 mois. Aucun autre cas présentant ce type de lésion n'a été décrit dans la littérature.

Rockwood (9) préconise chez tous ses patients un programme strict de rééducation active de l'épaule visant à renforcer le deltoïde, les rotateurs internes et externes en précisant que cela préviendrait les futures subluxations et luxations récurrentes.

Il observe en effet le taux de récurrences le moins élevé (50%) par rapport aux séries des autres auteurs.

Dans notre série reprenant 9 dossiers dont 7 sont exploitables sur le plan du suivi, nous avons retrouvé un taux significatif (71%) de récurrences malgré une immobilisation de 3 semaines pour la plupart des enfants.

À noter qu'il n'existait pas de corrélation entre la pratique d'un programme de rééducation et la diminution du nombre de ces récurrences à court et moyen terme.

En effet, sur 4 patients n'ayant pas subi de kinésithérapie, 2 au moins n'ont pas présenté de récurrences, alors que les 4 autres ont tous présenté plusieurs récurrences.

Il semble donc que le risque d'évolution vers la luxation récurrente chez l'enfant et l'adolescent

soit plus élevé que chez l'adulte et ce malgré un traitement orthopédique bien conduit.

CONCLUSION

La luxation scapulo-humérale est une pathologie peu fréquente en traumatologie pédiatrique.

Sa prise en charge doit être rigoureuse afin d'éviter un nombre trop important de récurrences qui peuvent compromettre les activités ludiques et sportives. Une chirurgie stabilisatrice précoce est justifiée en cas de récurrence.

BIBLIOGRAPHIE

1. Guibert. Fractures et décollements épiphysaires de l'extrémité supérieure de l'humérus chez l'enfant. *Chir. Pediat.*, 1983, 24, 197-200.
2. Heck C. C. Anterior dislocation of the gleno-humeral joint in a child. *J. Trauma*, 1981, 21, 174-175.
3. Hovelius L. et al. Recurrences after initial dislocation of the shoulder. *J. Bone Joint Surg.*, 1983, 65-A, 343-349.
4. Hovelius L., Lind B., Thorling J. Primary dislocation of the shoulder : factors affecting the two-year prognosis. *Clin. Orthop.*, 1983, 176, 181-185.
5. Hovelius L. Anterior dislocation of the shoulder in teenagers and young adults. *J. Bone Joint Surg.*, 1987, 69-A, 393-399.
6. Marans H. J., Angel K. R., Schemitsch E. H., Wedge J. H. The fate of traumatic anterior dislocation of the shoulder in children. *J. Bone Joint Surg.*, 1992, 74-A, 1242-1244.
7. Metaizeau J. P. Ostéosynthèse chez l'enfant. Sauramps Medical Montpellier, 1988.
8. Nicastro J. F., Adair D. M. Fracture-dislocation of the shoulder in a 32-month-old child. *J. Ped. Orthop.*, 1982, 2, 427-429.
9. Rockwood C. A. Subluxation and dislocation of the gleno-humeral joint. In C. A. Rockwood, K. E. Wilkins and R. E. King. *Fractures in Children*, Vol. III, pp. 659-682. J. B. Lippincott, Philadelphia, 1984.
10. Rowe C. R. Prognosis in dislocations of the shoulder. *J. Bone Joint Surg.*, 1956, 38-A, 957-977.
11. Wagner K. T., Lyne E. D. Adolescent traumatic dislocation of the shoulder with open epiphyses. *J. Ped. Orthop.*, 1983, 3, 61-62.

SAMENVATTING

R. ELBAUM, H. PARENT, R. ZELLER, R. SERINGE. Traumatische schouderluxatie bij kinderen en adolescenten.

Van 1974 tot 1989 hebben de auteurs 9 dossiers van kinderen en adolescenten, die eerder een traumatische schouderluxatie opliepen, doorgenomen. Zij werden gedurende 2 jaar gevolgd, na het eerste trauma. Zes patiënten werden conservatief behandeld met repositie, 3 weken immobilisatie en vervolgens revalidatie. Bij 2 patiënten gebeurde een spontane repositie. Zeventig procent luxaties recidiveerden.

De auteurs herinneren eraan dat de traumatische schouderluxatie zeldzaam is in kindertraumatologie. De kans op recidief is hoger bij het kind dan bij de volwassene.

De auteurs benadrukken het belang van een vroegtijdige behandeling tot en met het bekomen van een volledige stabiliteit van de schouder.

SUMMARY

R. ELBAUM, H. PARENT, R. ZELLER, R. SERINGE. Traumatic dislocation of the shoulder in children. Review of 9 cases.

From 1974 to 1989, 9 children or adolescents, with an average age of 12 years and 4 months were seen for traumatic dislocation of the shoulder. All patients were followed for a minimal period of 2 years following the primary dislocation. Six patients were treated with closed reduction and immobilization for 3 weeks followed by a rehabilitation program. The recurrence rate was 71%. The authors insist on the fact that traumatic glenohumeral dislocation is a rare pathology in pediatric traumatology. The recurrence rate following the initial episode is higher however than for the adult population. These patients should be followed until consolidation of their lesions.