

Femme de 48 ans .Chute sur un sol humide en faisant son ménage . Bras droit bloqué en abduction . Paresthésies au niveau de la main



Quels sont les principaux éléments sémiologiques à retenir



Luxation gléno-humérale vraie (perte de contact des éléments articulaires)

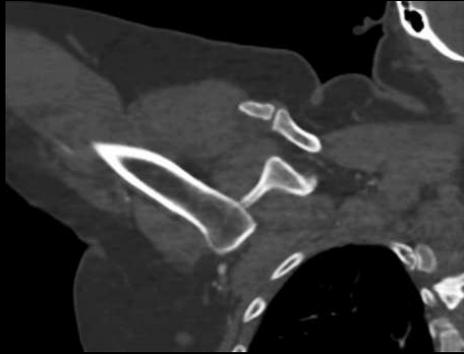
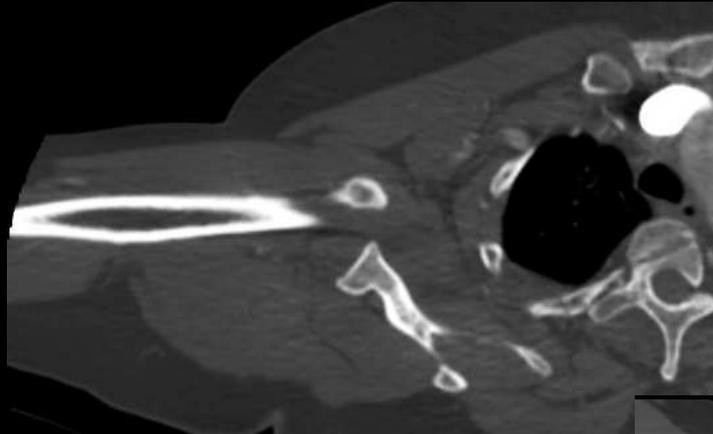
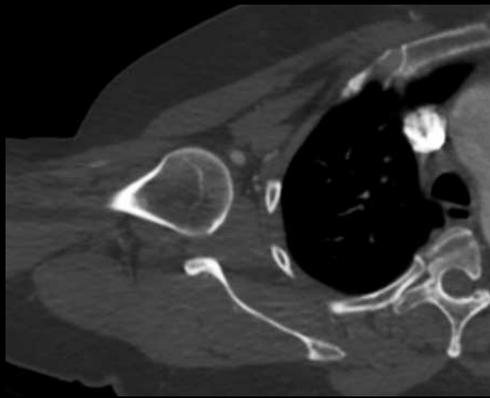
Abduction irréductible

Retentissement vasculo-nerveux précoce

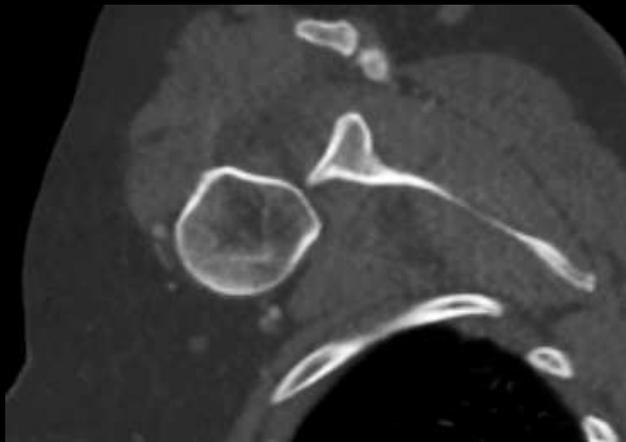
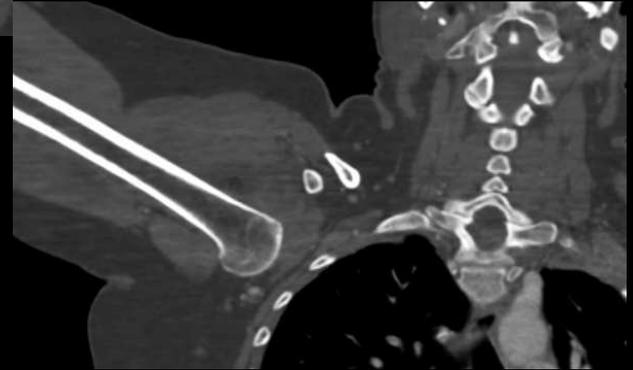
Ce tableau clinique au décours d'un traumatisme en abduction est caractéristique d'une **luxation erecta** ; c'est une **urgence thérapeutique** en raison du risque de compression des vaisseaux axillaires et des nerfs du plexus brachial

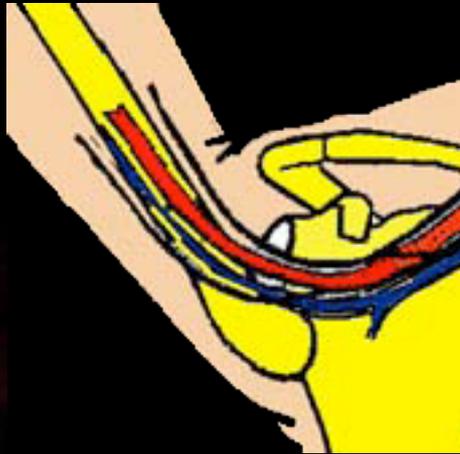
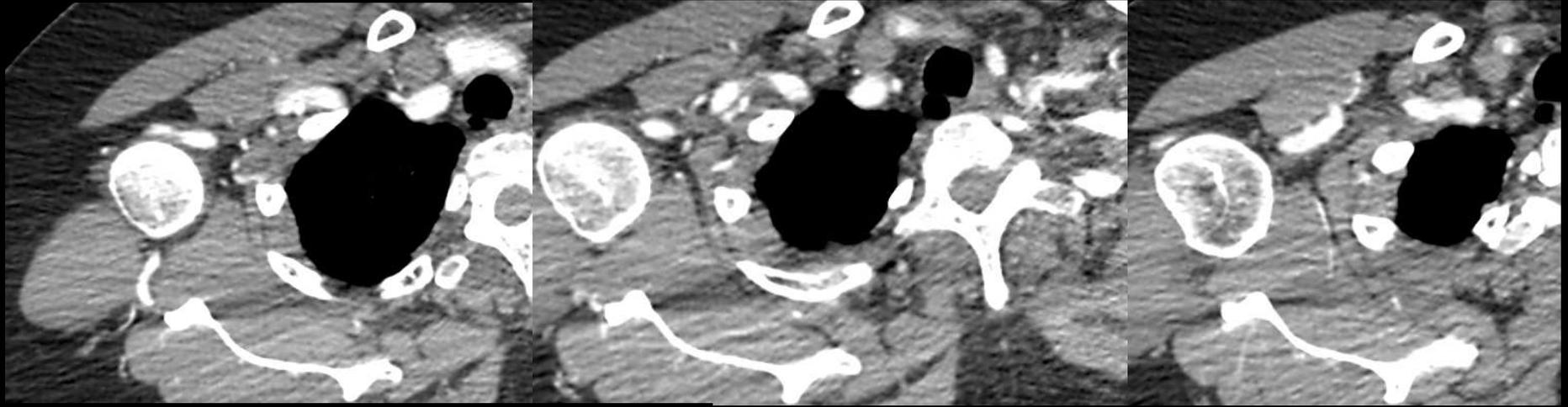


Marion GRANDHAYE IHN
Obs radiologie Guilloz



Le scanner , en particulier les reformations frontales , montrent bien la luxation inférieure de la tête fémorale par rapport à la glène





L'étirement des axes vasculo-nerveux du creux axillaire est objectivé sur l'angio CT , ainsi que la réduction de calibre du lit d'aval

Luxation erecta= luxation en mat

Généralités

Variété rare de luxation (0.5% de l'ensemble des luxations)

Décrite en 1859 par Middeldorp

Surtout rencontrée chez le sujet jeune

Luxation inférieure de la tête humérale avec un axe diaphysaire au dessus de l'horizontale



Clinique

Attitude typique de l'épaule : bras en l'air, en **abduction forcée avec impossibilité de ramener le coude au corps**

Palpation de la tête humérale dans le creux axillaire, vacuité de la glène et modifications des reliefs musculaires et osseux

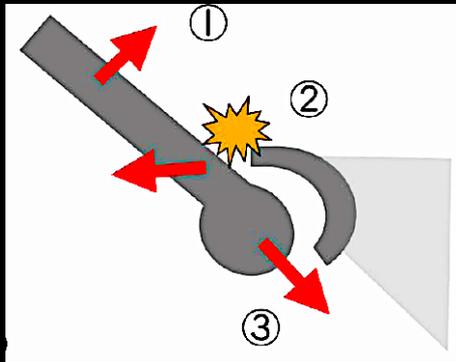
Peut être prise pour une luxation antérieure



Mécanisme

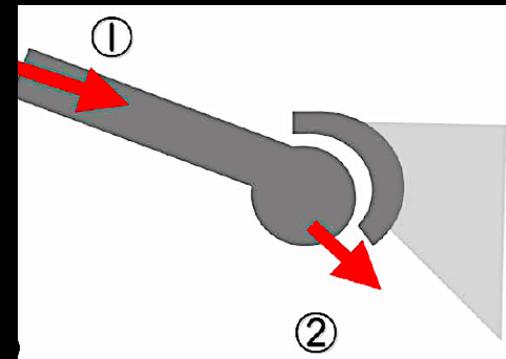
Direct

Abduction violente sur un membre déjà en abduction, l'acromion servant de levier



Indirect

Surcharge lourde sur un membre en abduction complète



Lésion systématique du bourrelet et du ligament gléno-huméral inférieur

Complications : récurrence, lésion de la coiffe des rotateurs, fracture du tubercule majeur (80 % des cas) et lésions vasculo-nerveuses (60 % des cas).

Take home message

La luxation erecta de l'épaule fait suite à un traumatisme sur un bras avec hyperabduction violente .

C'est une **forme rare de luxation gléno-humérale** , observée en règle chez des **sujets jeunes** , cliniquement évidente (bras en abduction irréductible , tête humérale palpable sous la glène)

C'est une **urgence thérapeutique** en raison du risque majeur d'étirement par compression des axes vasculo-nerveux axillaires (présent dans 60 % des cas)

La réduction sous AG doit être faite le plus tôt possible , en tirant le bras dans l'axe puis en adduction , suivie d'une immobilisation par bandage de Velpeau ou Dujarrier mousse pendant 3 à 6 semaines

Le pronostic fonctionnel est bon.

