

# Luxation gléno-humérale postérieure

## Posterior Shoulder Dislocation

M. Chinellato · L. Cloarec

Reçu le 23 octobre 2014; accepté le 20 mars 2015  
© SFMU et Lavoisier SAS 2015

### Introduction

La luxation gléno-humérale postérieure est une entité rare, représentant moins de 3 % des luxations de l'épaule. Les étiologies principales sont les traumatismes directs et indirects, les crises convulsives et l'électrocution. Le diagnostic est difficile à poser du fait de signes cliniques et radiologiques peu évidents. Il est manqué dans 50 à 80 % des cas lors de la consultation initiale avec des conséquences importantes sur le pronostic fonctionnel de l'épaule [1]. Nous rapportons ici les cas de trois patients présentant une luxation gléno-humérale postérieure.

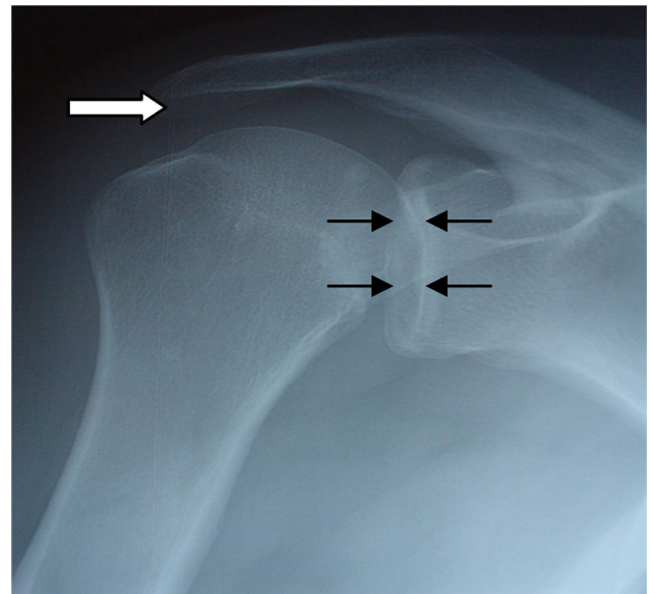
### Observations

Un jeune homme de 32 ans, sans antécédent particulier, se présente aux urgences pour une impotence fonctionnelle totale et douloureuse de l'épaule droite de survenue spontanée au cours de la nuit. Aucune notion de traumatisme, ni de signe d'épilepsie ne sont retrouvés à l'interrogatoire. À l'examen, le patient se présente dans l'attitude du traumatisé du membre supérieur. On ne retrouve pas de modification du galbe de l'épaule, la mobilité de l'épaule est très limitée avec une perte totale de la rotation externe, l'épaule étant spontanément en rotation interne. L'antéflexion est possible mais très limitée et il n'est pas mis en évidence d'atteinte vasculonerveuse du membre supérieur droit. La radiographie de face met en évidence des signes compatibles avec une luxation postérieure (Fig. 1). Le scanner de l'épaule confirme le diagnostic avec mise en évidence d'une lésion de type Hill-Sachs inversée (Fig. 2). Le patient a bénéficié d'une réduction sous anesthé-

sie générale puis d'une immobilisation de l'épaule en rotation externe pendant un mois.

Un footballeur de 24 ans chute lourdement sur la face antérieure de l'épaule gauche lors d'un match. Il ressent alors une violente douleur avec une impotence fonctionnelle totale, l'épaule étant figée en rotation interne. L'examen clinique ne retrouve pas de déformation osseuse et le galbe de l'épaule est respecté. Les radiographies de face et de profil confirment le diagnostic de luxation gléno-humérale postérieure (Fig. 3). Elle se réduit spontanément lorsque le patient s'allonge sur le matelas d'examen. Il bénéficie à sa sortie d'une immobilisation de l'épaule pendant quatre semaines.

Un homme de 30 ans tombe lourdement dans une excavation lors d'une partie de chasse, tenant son fusil contre sa poitrine. À l'admission aux urgences, il se plaint de souffrir et de ne plus pouvoir bouger l'épaule gauche. L'examen



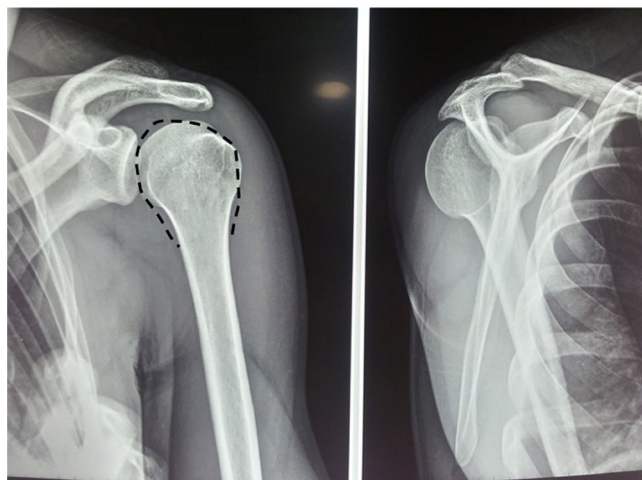
**Fig. 1** Radiographie de face révélant une légère ascension de la tête humérale avec une diminution de l'espace acromio-huméral (flèche blanche) ainsi qu'une disparition de l'interligne gléno-huméral (flèches noires)

M. Chinellato (✉)  
Service urgences/UHCD, centre hospitalier de Calvi,  
lieu-dit Guazzole, F-20260 Calvi  
e-mail : m.chinellato@orange.fr

L. Cloarec  
Service médical de l'UIISC n°5, quartier de Chabrières,  
route nationale 200, BP 17, F-20250 Corte



**Fig. 2** Scanner de l'épaule permettant la confirmation du diagnostic et mettant en évidence une lésion de type Hill-Sachs inversé (flèche noire)

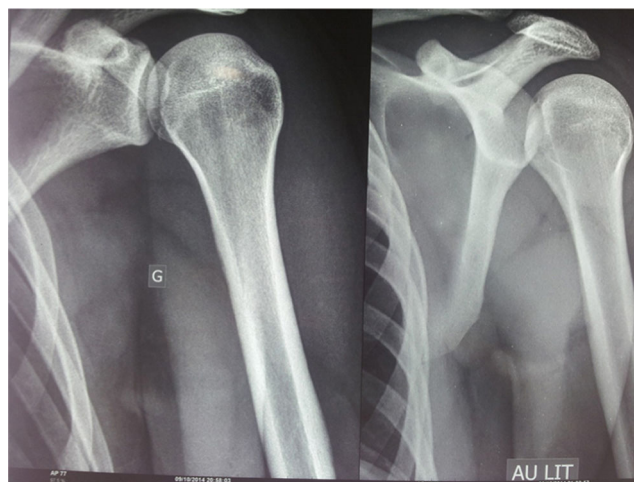


**Fig. 3** Radiographie de face et de profil illustrant la rotation interne de la tête humérale avec le signe de l'ampoule (pointillés)

clinique met en évidence une limitation quasi totale de la rotation externe de l'épaule, l'antépulsion restant possible mais douloureuse. Les radiographies confirment la luxation gléno-humérale postérieure de l'épaule (Fig. 4). Le traitement consiste en une réduction sous anesthésie générale puis une immobilisation de l'épaule pendant quatre semaines.

## Discussion

La luxation gléno-humérale postérieure s'intègre dans le registre des instabilités postérieures regroupant la luxation aiguë (durée de moins de six semaines), la luxation chronique (durée supérieure à six semaines) et la luxation récidivante ; ces deux dernières n'étant pas abordées dans cet article.



**Fig. 4** Radiographie de face et de profil mettant en évidence la rotation interne et la position postérieure de la tête humérale

C'est une lésion peu fréquente dont le diagnostic est souvent manqué par méconnaissance de la clinique généralement peu bruyante et d'un bilan radiologique inadapté ou difficile à interpréter [2]. Le mécanisme typique de la luxation post-traumatique est une force axiale qui s'exerce sur le bras tendu en élévation antérieure et en rotation interne. Plus rarement, elle peut être due à un traumatisme antéropostérieur direct [3]. Lors de l'épilepsie et de l'électrocution, le mécanisme de luxation postérieure réside en une désynchronisation entre les muscles responsables de la rotation interne qui prennent le dessus sur ceux de la rotation externe. Rarement, la luxation postérieure peut être bilatérale. Elle touche préférentiellement l'adulte jeune de sexe masculin. Il est important de penser systématiquement à la luxation postérieure de l'épaule devant toute impotence fonctionnelle inexpiquée ou secondaire à un accident à haute vitesse ou à une tétanisation (crises convulsives, électrocution).

Un examen clinique minutieux de l'épaule est fondamental car il permet souvent de redresser le diagnostic. À l'inspection, le patient se présente dans l'attitude du traumatisé du membre supérieur. Il peut exister de façon inconstante un creux de la face antérieure de l'épaule avec un processus coracoïde proéminent et un bombement de la face postérieure de l'épaule. L'examen de la mobilité montre une rotation interne fixée avec une perte complète et pathognomonique de la rotation externe, ainsi qu'une limitation de l'élévation antérieure du bras et de la supination de l'avant-bras [4]. Elle peut aussi s'accompagner de lésions osseuses au niveau de la glène et de l'humérus, de lésion du labrum ou de la coiffe des rotateurs ainsi que de lésions vasculonerveuses qu'il est important de dépister afin d'éliminer une complication aggravant le pronostic fonctionnel [5].

Le diagnostic repose sur des examens cliniques précis et radiologiques complets, incluant une incidence de face vraie

de l'articulation gléno-humérale et une vue axillaire. Sur un cliché de face, les anomalies radiographiques sont subtiles mais très évocatrices : disparition de l'interligne glénohuméral, rotation interne de l'humérus, disparition de l'espace acromio-huméral et surtout signe dit de l'ampoule, traduisant un aspect arrondi inhabituel de la tête humérale qui se trouve en rotation interne forcée. Le profil axillaire, le plus contributif, présente une tête humérale en arrière de la glène et évalue le volume de l'encoche antérieure éventuelle. Si cette incidence n'est pas réalisable, un profil de Bloom-Obata (profil gléno-huméral) ou de Lamy (profil de coiffe) aide au diagnostic. Enfin, les signes radiologiques étant très subtils sur les clichés standard, le scanner permet d'affirmer le diagnostic et de mettre en évidence d'éventuelles lésions osseuses associées.

Le traitement consiste en une réduction de la luxation sous anesthésie générale, idéalement réalisée au bloc opératoire par un chirurgien orthopédique suivie d'une immobilisation en abduction rotation latérale à 10° pendant deux à trois semaines. Une rééducation spécialisée précoce est ensuite fondamentale. Une intervention chirurgicale peut néanmoins être indiquée en fonction de la taille du défaut huméral, des différentes lésions associées, de l'âge et des antécédents éventuels du patient. Une rééducation spécialisée est ensuite fondamentale [6].

En conclusion, la luxation gléno-humérale postérieure est relativement rare mais il convient d'y penser dans un contexte bien précis d'épilepsie, d'électrocution ou de violent choc sur la face antérieure de l'épaule.

**Liens d'intérêts** Les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêt.

## Références

1. Cunningham G, Hoffmeyer P (2011) Luxation postérieure de l'épaule, défis diagnostiques et thérapeutiques. *Rev Med Suisse* 7:2489–93
2. Robinson CM, Aderinto J (2005) Posterior shoulder dislocations and fracture-dislocations. *J Bone Joint Surg Am* 87:639–50
3. Blasier R, Sosjowsky L, Malicky D, et al (1997) Posterior glenohumeral subluxation: Active and passive stabilization in a biomechanical model. *J Bone Joint Surg Am* 79:433–40
4. Buhler M, Gerber C (2002) Shoulder instability related to epileptic seizures. *J Shoulder Elbow Surg* 11:339–44
5. Rowe C, Zarins B (1982) Chronic unreduced dislocation of the shoulder. *J Bone Joint Surg Am* 64:494–505
6. Walch G, Boileau P, Martin B, et al (1990) Unreduced posterior luxations and fractures-luxations of the shoulder. About 30 cases. *Rev Chir Orthop Reparatrice Appar Mot* 76:546–58