

# TRAUMATOLOGIE:

## Epaule


Mb sup 33% des atteintes

**1 Tendineuses**

**2 Articulaires:**



**3 Osseuses**

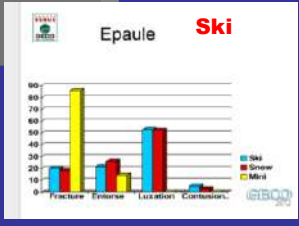


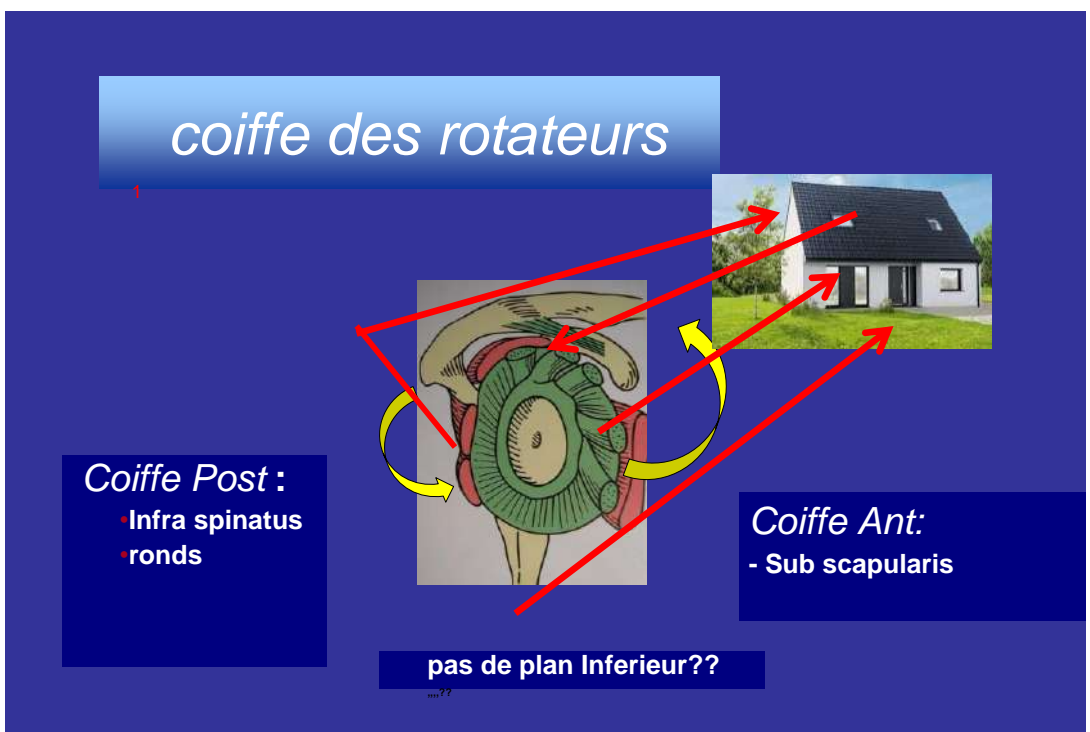
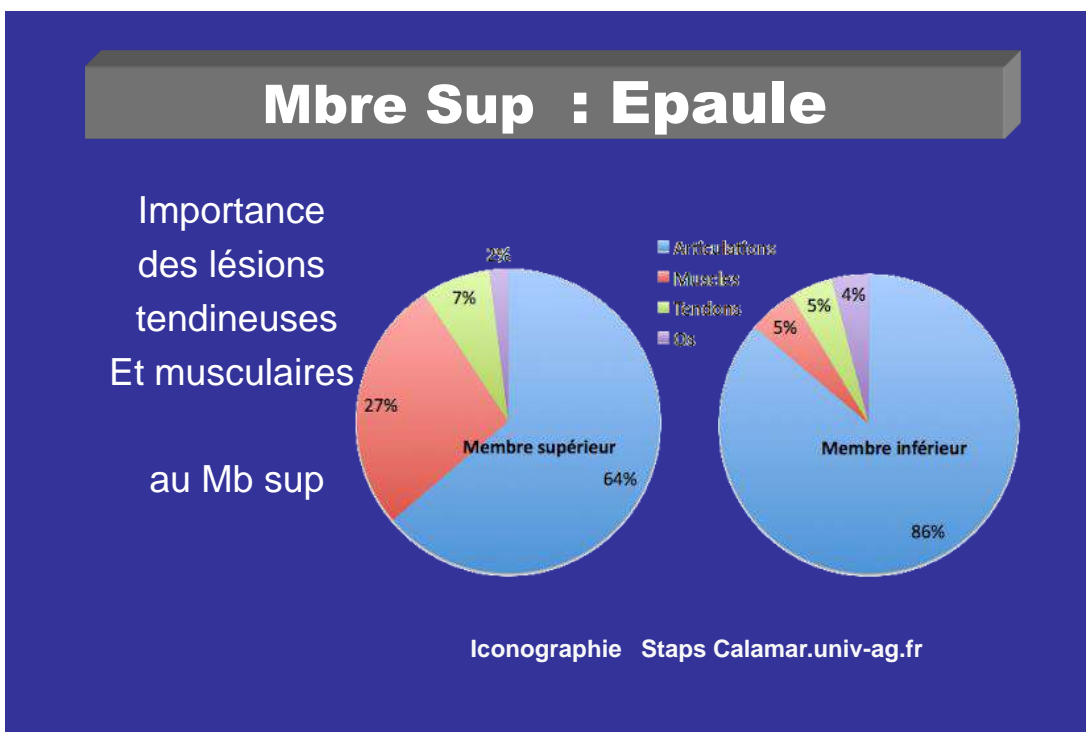
# Lésions:

**1 Tendineuses & ligts  
bourrelet**

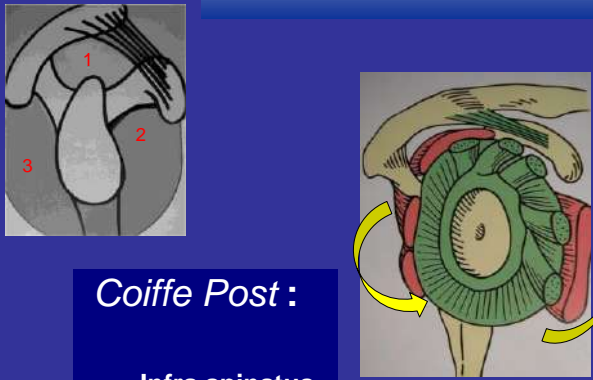
**2 Articulaires:**  
EDI.....  
Acromio Claviculaire

**3 Osseuses = ESH  
Trochiter tête hum**





## A coiffe des rotateurs



**Coiffe Post :**

- Infra spinatus
- ronds

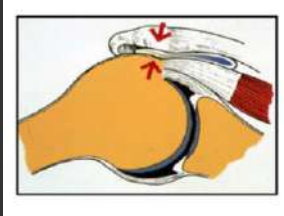
**Coiffe Ant:**

- Sub scapularis
- renforcé par Gd pectoral
- Rappel du Lg Biceps ?

**Stabilité antero post**

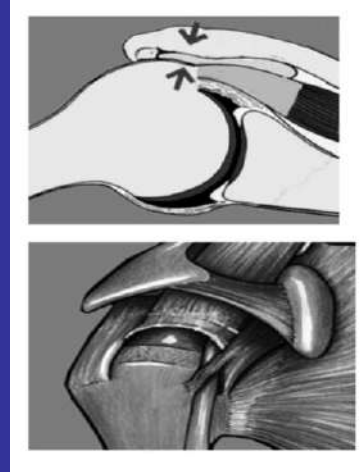
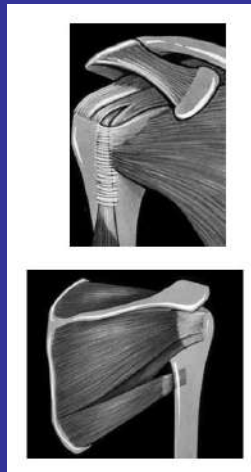
## causes de lésions: épaule: 7 à 10%

- Conflit Ant int**
- **Tendinite coiffe rot**
- Lg biceps**
- **Epaule doull instable**



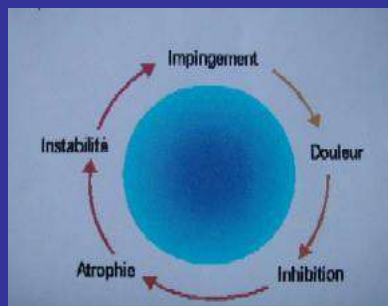
## Traumatologie M Sup :

Tendons :  
Coiffe des  
rotateurs



## Bilan Lésionnel

Différents tableaux:  
Selon la topographie de  
l'atteinte



# Traumatologie M Sup :

Tendons :Coiffe des rotateurs

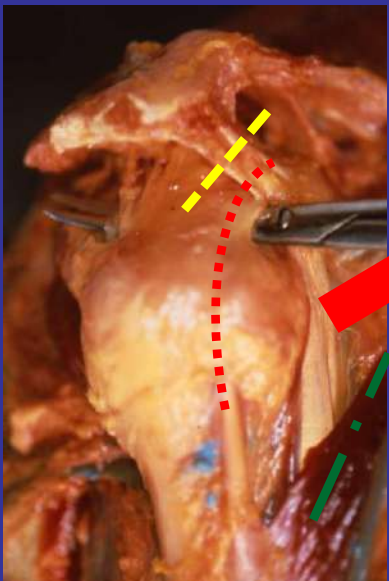

## Progression des lésions

- Accrochage , conflit
- Rupture

*Conflit en Add Flex rot int !*

# Lg Biceps

au carrefour coiffe bourrelet



- Lg biceps
- Supra spin
- Sub scapulaire
- Gd Pectoral

## Lésions associées

### *Localisation*

Expliquant la fréquence des lésions associées  
à sa partie sup:  
Avec le supra et l'infra spinatus  
Avec le bourrelet

## Lg Biceps



### **Gestes stress:**

Ante Flex+ Abd +Rot ext

Ex: stress au service

# Lésions du Lg Biceps coulisse

- Tendinite
- Subluxation
- Rupture

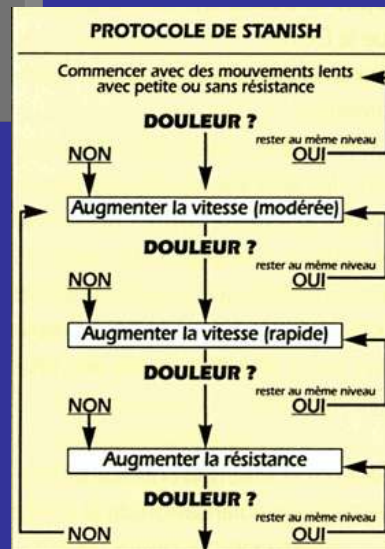


Dégénérescence, rupture possible, luxation en avant de la coulisse bicipitale  
Ce qui favorise l'ascension de la tête et aggrave le conflit

Traitement : ténotomie et réinsertion sur l'humérus


Dessins: H. Walch

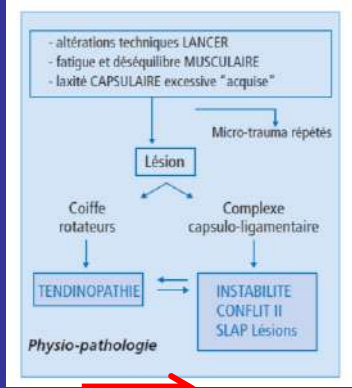
## Trt tendinite :



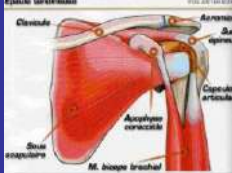
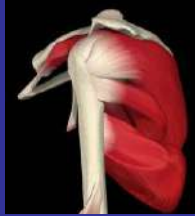
## Traumatologie Mb Sup :

### Tendons : Coiffe des rotateurs





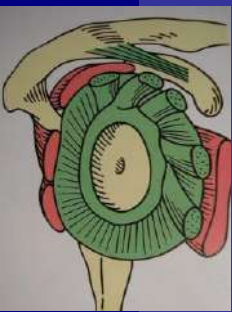
**tendinopathie Laxité = Conflit**

## Epaule conflictuelle CAI

**(atteintes) :**

- Antéro Sup ++
- Accrochage en
- - Flex, Add, R Int
- - ou abd *en charge*



**éléments lésés**

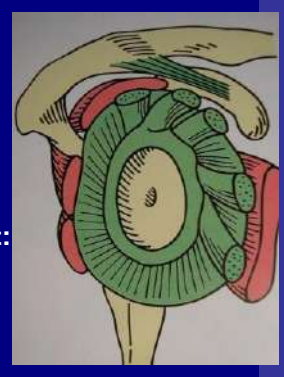
- ▣ Supra spinatus
- ▣ Lg Biceps ?



# Bilan clinique

## atteinte / coiffe :

- Ant int SSp
- Post Ext: Inf sP



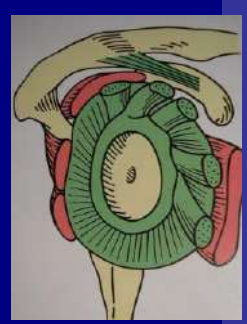
## clinique :

- ▣ douleur+++
- ▣ Gêne Fnelle / AVQ

# Bilan évolutif du CAI


## atteintes :

- CAI
- Rupture:
  - partielle
  - totale
- isolée ou associée
  - + Lg Biceps
  - + infra spinatus



## conséquences :

- ▣ douleur, perte Fm.
- ▣ Risque évolutif / rupture totale
- ▣ RRF +++
- ▣ fixateurs scapulaires, abaisseurs / THum



## Traitement

- C Ant Int
- Rupture coiffe:
- Partielle:
- Rupture totale:

**protocoles:**

- ▣ RRF si échec
- ▣ A bursoscopie  
Tt 4 à 6 sem.
- ▣ Partielle , RRF  
Si échec = Chir réinsertion
- ▣ Totale = chir & RRF
- ▣ Tt 3 mois

### c) Bouvrelet

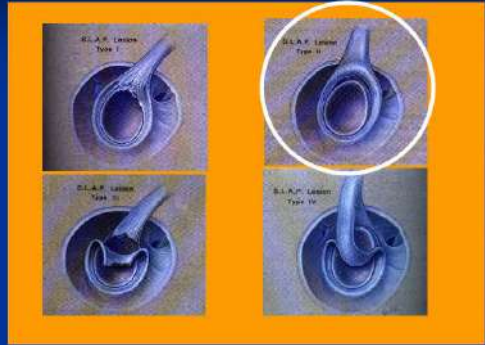
### SLAPS Syndrome :

Mécanisme: Choc direct  
ou indirect

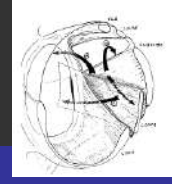
bras mort, douleur, ressaut, blocage fugace  
Bilan arthroscopique

# SLAPS Syndrome, Stades:

Superior Labrum Antero-Post lesion



s1: blet >  
s2 blet > & lg biceps  
s3 anse seu & biceps ok



## d) Fractures Luxations :

Mécanisme complications

- traitements
- évolution
- délais

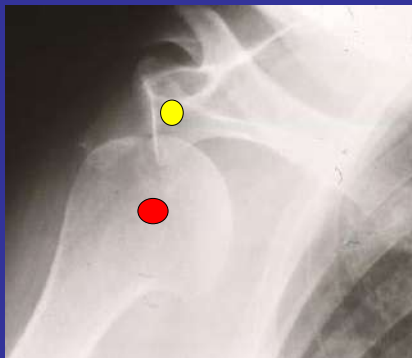
## d2 Epaule instable:

Luxation ant -interne

Slap Syndrome (bourelet)

## Scapulo-humérale:

LAI: Luxation ant Interne



## Luxation Antero interne:

Mécanisme: Choc direct /jeune  
ou indirect /agé

complications associées: art veineuse  
ou fract??

Récidive « instabilité » épaule+++  
arthrose

## LAI Traitement:



Urgence / réduction  
immobilisation & Rf

Risques : vascul & Neuro

si > 2 récurrences = chir

## LAI Traitement:

### Orthopédique

immobilisation 3 à 6 sem / jeune  
3 sem / agé

si chirurgie = immob 3 sem

## LAI Traitement:

### Rééducation

- Récupérer les amplitudes \*\*
- équilibre des couples rot
- proprioception

## Délais/ Lux Ant Int :

### Prévention

Eviter mvts extrêmes

Renforcer: fixateurs, couples rotateurs  
crse intermed & ext, W excentrique++

Reprise sport      3 à 6m

## Couples Musculaires

### Ratios :

**E/F**

5/4

**65%**

**Re/Ri**

2/3

**55%**

**Abd/Add**

1/2

**47%**

### Isocinétique

Vit rap, crse interm

### Isométrique

Concentrique, crse  
intermédiaire

## Modification des Couples

**Slap synd Lb**

**Instab ant inf**

**Instab &  
coiffe**

**Isométrique Concentrique**

$\uparrow e / f, \downarrow re / ri.$

$re / ri \uparrow \downarrow.$

$\downarrow Abd/add, \uparrow e / f,$

$\downarrow re / ri.$

## Rééducation, tronc commun \*\*

- Correctifs posturaux
- Fixateurs d'omoplate
- Gain d'amplitude
- Equilibre musculaire (couples)  
abaisseurs/abducteurs,  
Ext/Flech, rot ext/int





# Rééducation, stabilisation.

Recentrage contrôlé par bio feed back avec EMG de contact



Pliométrie

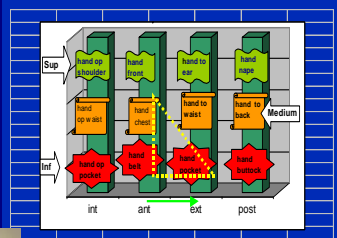


Sollicitation, des rot ext

# Rééducation, Bilan.

- Douleur**
- Postural
- Analytique
- Mob passive
- F M
- Global:
- Fonctionnel
- Proprioception

## Aire f nelle



## Mode de Travail

□ - ISOMETRIQUE

Concentrique, course intermédiaire  
Puis Excentrique course externe.

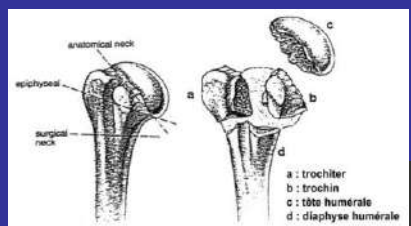


□ - ISOCINETIQUE

Vit rapide (120à 180°/sec) vers vitesses lentes  
F /e, Re/Ri, arcs limités.

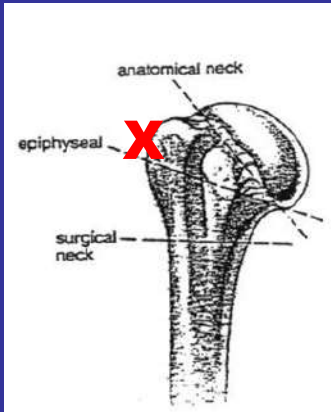
**NB: over flow, excentrique  
vers concentrique.**

## e) Fracture ESH:



**Trochiter  
trochin  
tête humérale**

## Fracture ESH:



Trochiter

## Fracture Trochiter:

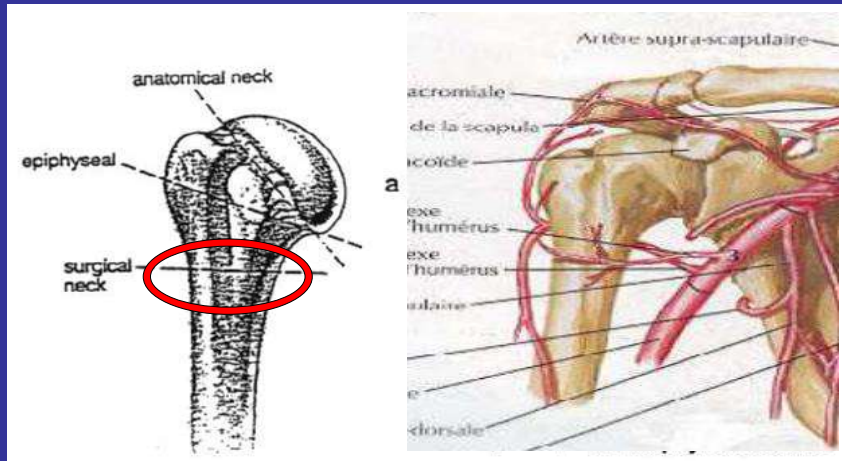
Mécanisme: choc direct

conséquences:

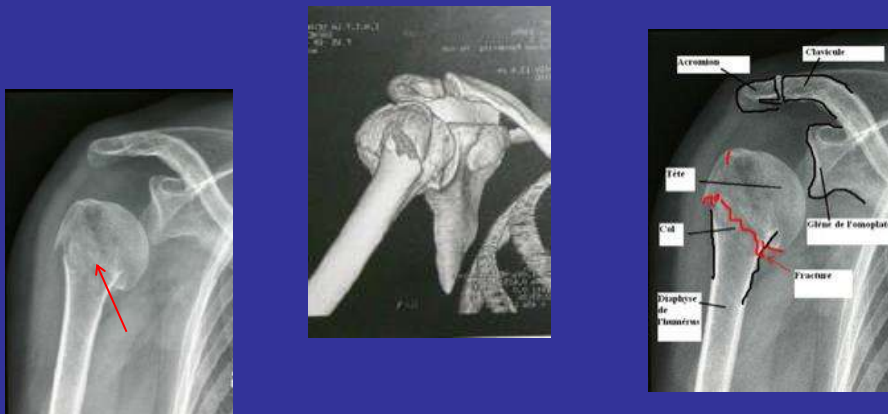
abd=0

risques: raideur, pseudarthrose

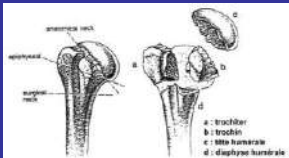
# Tête Humérale



# Fracture ESH:



## Fracture ESH:



conséquences spécifiques /  
mobilité active

Trochiter = Abd □  
trochin = R int □  
tête humérale = mob Glob □

## Reeducation:

**Nursing surveillance orthèse**

**Tronc commun (cf)**

**Readaptation: gestes AVQ  
quotidiens, sportifs**

**Prophylaxie**

## Rééducation, tronc commun.

- Correctifs posturaux
- Fixateurs d'omoplate
- Gain d'amplitude
- Equilibre musculaire (couples)  
abaisseurs/abducteurs,  
Ext/Flech, rot ext/int



Reprise d activité /fract **ESH**

**Légère, familiale: 2m**  
**Travail: 3 à 4 m** (*selon acté*)

## Déficit force M:

### RENFORCER

Fixateurs omoplate

Abaisseurs / tête humérale

Rot ext & abd : en excentrique