

LUXATION ANTÉRIEURE DE L'ÉPAULE EN MILIEU PÉRILLEUX

Quels sont les enjeux de la prise en charge en préhospitalier ?

La suspicion de luxation antérieure de l'épaule posée facilement par les sauveteurs-secouristes et le médecin, est fréquente en milieu périlleux. La conduite à tenir avec un bilan radiologique préalable doit être stricte en raison des complications possibles. Une réduction en préhospitalier est-elle pour autant possible ?

Dr Pierre Leveque

La luxation antérieure de l'épaule survient lors d'un traumatisme indirect par une chute sur le coude, la main plaçant le bras dans un mouvement d'armé, parfois sur un traumatisme direct se produisant sur la partie postérieure de l'épaule.

DIAGNOSTIC ET COMPLICATIONS

Le blessé ressent une vive douleur avec une impression de déboitement articulaire, et ne peut plus aligner le bras le long du corps. Dans une luxation antérieure, le bras est anormalement tourné vers l'extérieur et l'extrémité de l'acromion peut faire saillie sous la peau : c'est le « signe de l'épaulette ». À la palpation, on ne retrouve plus la tête humérale dans sa glène.

Les complications secondaires à une luxation d'épaule sont de trois types :

→ Les fractures, qui peuvent être classées en deux catégories, les bénignes autorisant une réduction par manœuvre externe, en opposition aux complexes contre indiquant le plus souvent les

manœuvres externes, ces dernières pouvant potentiellement aggraver les lésions préexistantes. Elles nécessitent alors une réduction au bloc opératoire, sous contrôle radiologique.

→ La principale complication neurologique est l'atteinte du plexus brachial marquée par une anesthésie du moignon de l'épaule et/ou un déficit périphérique.

→ Au niveau vasculaire, il faut écarter une rupture de l'artère axillaire marquée par la diminution ou l'abolition du pouls radial qui pose l'indication d'une réduction immédiate.

La prise en charge de la luxation d'épaule doit être stricte en raison des complications possibles et

débuter par un examen clinique précis et consigné à la recherche d'une lésion neurologique et/ou vasculaire.

Dans la prise en charge initiale, la réalisation de radiographies est recommandée systématiquement car il n'existe à ce jour aucun critère validé permettant de s'en affranchir.

ENJEUX DE LA PRISE EN CHARGE

En préhospitalier, il n'est évidemment pas possible d'obtenir des clichés radiologiques, mais une réduction sur place est-elle pour autant possible ?

Focus sur l'ANMSM

L'association nationale des médecins et des sauveteurs en montagne (ANMSM) regroupe la majorité des médecins et une partie des sauveteurs et équipages qui participent en France aux missions de secours en montagne. L'objectif principal de notre association est d'améliorer la qualité et l'efficacité de la prise en charge médicale des victimes d'accidents de montagne en participant à la formation initiale et continue des médecins du secours et des sauveteurs-secouristes (PGHM, CRS montagne, etc.)

www.secours-montagne.fr



SOMMAIRE

■ **AU-DELA DU RÉFÉRENTIEL**
Luxation antérieure de l'épaule en milieu périlleux, quels sont les enjeux de la prise en charge ?
page 54

■ **CHEF D'ÉQUIPE**
Interventions USAR, comment gérer les émotions ?
page 56

■ **PSYCHOLOGIE**
Différences hommes-femmes dans la gestion du stress, comprendre les stratégies d'adaptation et les impacts du TSPT
page 60



© Benoit Maps

→ La réduction de la luxation permet de soulager efficacement le blessé sur le plan algique ;
 → Elle est d'autant plus facile qu'elle est précoce avant l'instauration d'un spasme musculaire ;
 → L'extraction de la victime en milieu périlleux est fortement simplifiée une fois la réduction effectuée. Elle peut se faire hélitreuiller par la technique dite de la « culotte ». Si la réduction sur place n'est pas possible, le patient reste alors trop douloureux et doit être évacué conditionné dans une perche, ce qui nécessite plus de manipulations de la part des sauveteurs et de l'équipage de l'hélicoptère.

La prise en charge de la luxation de l'épaule n'est pas aussi facile et codifiée en milieu périlleux. Elle repose davantage sur la clinique et l'expérience du médecin.

Un âge supérieur à 40 ans, un choc

L'extraction de la victime est fortement simplifiée une fois la réduction effectuée.

direct sur l'épaule la notion de craquement lors du traumatisme, et les autres traumatismes associés, sont des arguments devant faire suspecter une fracture complexe de l'épaule et contre indiquer la réduction sur place.

“ La prise en charge de la luxation de l'épaule n'est pas aussi facile et codifiée en milieu périlleux ”

EN PRATIQUE

L'indication de réduire sur place peut être retenue devant :

- une complication d'emblée ischémique ;
- un bénéfice supérieur aux risques encourus par le patient et les secours pour la mise en condition initiale ;
- l'absence évidente d'argument pour une fracture complexe (par exemple récurrence chez un sujet jeune sans notion de traumatisme brutal).

Le médecin a alors le choix entre plusieurs techniques (par exemple technique de Davos ou de Hennepin, manipulation scapulaire, méthode FARES...) sans qu'aucune n'ait fait la preuve de sa supériorité par rapport aux autres. La réduction s'accompagne fréquemment d'une sédation procédurale (hypnose ; analgésie sédation intraveineuse ou intranasale).

Une installation confortable pour le traumatisé ainsi qu'une traction douce sont des facteurs de réussite, mais pas toujours évidents à mettre en place en préhospitalier.

Réduite ou non, l'épaule est immobilisée par les secours pour l'évacuation en milieu hospitalier. ■

Dr Pierre Leveque

Ancien médecin militaire, le Dr Pierre Leveque a participé au soutien santé des forces armées en OPEX dans des milieux hostiles, comme isolés.

Désormais urgentiste, il exerce une activité

préhospitalière en SMUR terrestre et hélicoptère : en ville comme en plaine, en mer, et en montagne. Membre de l'ANMSM, il participe à la formation des sauveteurs-secouristes, et médicalise le secours en montagne dans les Alpes, comme dans les Pyrénées.



© DR