

Case report

La luxation erecta bilatérale: à propos d'un cas

Tarik Madani¹&, Redouane Hani¹, Mohamed Amine Karabila¹, Mohammed Kharmaz¹, Mohamed El Ouadghiri¹, Abdou Lahlou¹, Mly Omar Lamrani¹, Ahmed El Bardouni¹, Mustapha Mahfoud¹, Mohamed Saleh Berrada¹, Mouradh El Yaacoubi¹

¹Service de Traumatologie-Orthopédie au CHU IBN-Sina, Rabat, Maroc

[&]Corresponding author: Tarik Madani, Service de Traumatologie-Orthopédie au CHU IBN-Sina, Rabat, Maroc

Key words: Luxation bilatérale, erecta, épaule

Received: 09/07/2015 - Accepted: 12/11/2015 - Published: 02/12/2015

Abstract

La luxation erecta est une lésion rare, elle est encore plus rare quand elle est bilatérale. Nous rapportons un cas de luxation erecta bilatérale chez un sportif victime d'une chute lors d'une séance de gymnastique. Le patient s'est présenté aux urgences avec une attitude d'abduction irréductible des deux épaules, l'examen vasculo-nerveux était normal. La radiographie a confirmé le diagnostic d'une luxation erecta bilatérale associée à une fracture des deux tubercules majeurs. Le patient a bénéficié d'une réduction orthopédique et d'un bandage coude au corps. Le suivi a montré un score de l'UCLA à 30 points. L'objectif de notre travail est d'insister sur la rareté de la luxation erecta bilatérale et de rappeler sa particularité clinique, thérapeutique et évolutive.

Pan African Medical Journal. 2015; 22:316 doi:10.11604/pamj.2015.22.316.7456

This article is available online at: <http://www.panafrican-med-journal.com/content/article/22/316/full/>

© Tarik Madani et al. The Pan African Medical Journal - ISSN 1937-8688. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/2.0>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Introduction

La luxation de l'épaule, est définie par une perte de contact totale et permanente de la tête humérale avec la cavité glénoïde de la scapula se produisant au décours d'un traumatisme. C'est une des urgences thérapeutique à cause du risque vital du membre (compression d'éléments vasculo-nerveux) et aussi fonctionnel (déformation articulaire, instabilité, arthrose). L'attitude vicieuse diffère selon la forme anatomopathologique, le membre en abduction irréductible est pathognomonique de la luxation erecta. Nous rapportons le cas d'une luxation erecta bilatérale chez un jeune patient survenue lors d'une chute les deux bras en abduction. L'objectif de notre travail est d'insister sur la rareté de la luxation erecta bilatérale et de rappeler sa particularité clinique, thérapeutique et évolutive.

Patient et observation

Nous rapportons le cas d'un patient de 19 ans qui a été admis aux urgences du CHU de Rabat pour douleur et impotence fonctionnelle totale des deux épaules survenue lors d'une séance de sport (gymnastique) après une chute sur les barres parallèles les deux bras en abduction le patient n'avait pas d'antécédent d'épaule instable .

L'examen clinique trouve une déformation des moignons des deux épaules avec les deux membres supérieures en abduction et une impossibilité de ramener le coude au corps (**Figure 1**). L'examen vasculo-nerveux est normal. La radiographie standard des deux épaules a montré une luxation erecta bilatérale avec une position sous-glénoïdienne de la tête humérale associée à une fracture des deux tubercules majeurs (**Figure 2**).

Le patient a bénéficié d'une réduction sous sédation avec succès (**Figure 3**), elle consistait en une traction dans l'axe du membre avec un bondage coude au corps pendant 3 semaines puis adressé au service de kinésithérapie pour rééducation. Le contrôle après six mois a objectivé une élévation antérieure de 150°, en se basant sur l'échelle de notation de l'UCLA [1] le patient avait un score de 30 points.

Discussion

La luxation erecta est une entité relativement rare, elle représente seulement 0,5% de toutes les luxations de l'épaule [2, 3], la luxation erecta bilatérale est encore plus rare, seulement quelques cas ont été publiés jusqu'à aujourd'hui [4-6]. La présentation clinique était pathognomonique chez notre patient avec le mécanisme chute sur les bras en abduction, la fixation irréductible des épaule en abduction et la tête humérale palpable sous la glène contre la cage thoracique [4, 5], Gagey et al. ont décrit ce mécanisme, à propos de 32 luxations erecta expérimentales [7], par une simple élévation rotation externe du membre. Le terrain d'hyperlaxité ligamentaire a été rapporté dans plusieurs séries [8,9]. Les accidents de la voie publique représentent l'étiologie principale suivi des accidents de sports [10, 11].

La réduction de la luxation par la technique de traction-contre traction réalisée avec succès pour les deux épaule montre l'efficacité de la technique elle consiste en une traction du bras dans l'axe du membre pendant que l'aide applique un contre appui sur le thorax. Le bras ensuite ramené en adduction et une immobilisation coude

au corps est gardé pendant 3 semaine. Une radiographie post-réduction doit être faite afin de confirmer la réussite de la réduction et de déceler d'éventuelle fracture iatrogène.

Nous n'avons pas noté de complications vasculo-nerveuse chez notre patient, pourtant des cas de lésions de l'artère axillaire et du plexus brachial ont été observés à cause de la proximité de l'articulation gléno-humérale de ces deux éléments nobles, dans la série de Mallon et al. [6] comportant 86 observations, ont été rapportées une atteinte du nerf axillaire dans 60% des cas et une atteinte de l'artère axillaire dans 3% des cas. Garcia et al. ont rapporté un cas de luxation erecta bilatérale compliqué d'une thrombose de l'artère axillaire imposant un traitement anticoagulant [12] .

Le pronostic de la luxation erecta bilatérale était bon chez notre patient vu le score UCLA obtenu au sixième mois malgré les lésions osseuses associées, mais pour d'autres auteurs [13] le pronostic était moins bon.

Conclusion

La luxation erecta est une lésion rare. Il faut y penser devant toute luxation de l'épaule en hyper abduction car elle peut être prise pour une luxation antérieure. Les lésions associées sont fréquentes, notamment les fractures du tubercule majeur. Le pronostic est le plus souvent favorable. La réduction orthopédique est la technique de choix et la rééducation doit être précoce.

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

Contributions des auteurs

Tous les auteurs ont lu et approuvé la version finale du manuscrit.

Figures

Figure 1: Attitude irréductible des deux épaules en abduction

Figure 2: Position sous-glénoïdienne de la tête humérale associée à une fracture des deux tubercules majeurs

Figure 3: Image montrant la réduction de la luxation bilatérale

Références

1. Amstutz HC, Sew Hoy A, Clark IC. UCLA anatomic total shoulder arthroplasty. Clin Orthop Relat Res. 1981 Mar-Apr;1(155):7-20. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)
2. Tsuchiday T, Yaney K, Kimura Y. Luxation event of bilateral shoulders. J Shoulder Elbow Surg. 2001;10(1):595-7. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)
3. Yamamoto T, Yoshiya K, Kurosaka T. Luxatio erecta: a report of five cases and reviews of literature. Am J Orthop. 2003;32(1):601-3. [Google Scholar](#)

4. Davids JR, Talbott RD. Luxatio erecta humeri a case report. Clin Orthop Relat Res. 1990; (252):144-149. **PubMed | Google Scholar**
5. Freundlich BD. Luxatio erecta. J Trauma. 1983;23(5):434-436. **PubMed | Google Scholar**
6. Mallon WJ, Bassett FH 3rd, Goldner RD. Luxatio erecta: the inferior glenohumeral dislocation. J Orthop Trauma. 1990;4(1):19-24. **PubMed | Google Scholar**
7. Gagey O, Gagey N, Boisrenoult P, Hue E, Mazas F. Experimental study of dislocations of the scapulohumeral joint. Rev Chir Reparatrice Appar Mot. 1993;79(1):13-21. **PubMed | Google Scholar**
8. Memahon PJ, Tibone JE, Lee TQ. The inferior band of the glenohumeral ligament: biomechanical proprieties. J Shoulder Elbow Surg. 1998;7(1):467-7. **PubMed | Google Scholar**
9. Wen DY. Current concept in the treatment of anterior shoulder dislocation. J Emerg Med. 1999;17(1):401-7. **PubMed | Google Scholar**
10. Dahmi FZ et al. Luxation erecta de l'épaule (à propos de huit cas). J de chirg de la main. 2008 Sep;27(4):167-70. **PubMed | Google Scholar**
11. Gordon I et al. Results of treatment of luxatio erecta. Jse. 2009;07(1):062. **PubMed | Google Scholar**
12. Garcia R, Ponsky T, Brody F, Long J. Bilateral luxatio erecta complicated by venous thrombosis. J Trauma. 2006;60(1):1132-4. **PubMed | Google Scholar**
13. Sewecke J, Sokratis V. Bilateral luxatio erecta: a case report and review of the literature. Am J Orthop. 2006;35(1):578-80. **PubMed | Google Scholar**



Figure 1: Attitude irréductible des deux épaules en abduction

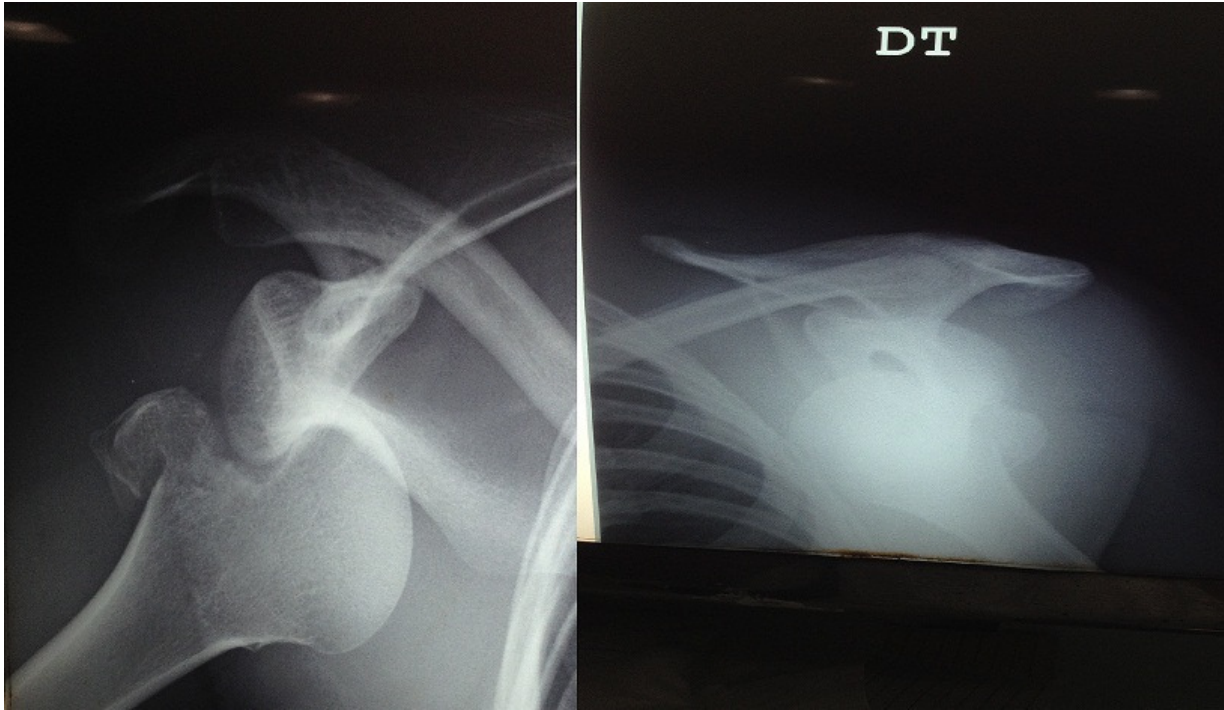


Figure 2: Position sous-glénoïdienne de la tête humérale associée à une fracture des deux tubercules majeurs



Figure 3: Image montrant la réduction de la luxation bilatérale