

1 GENERALITES

- Ces lignes directrices sont le résultat d'un consensus avec le service de chirurgie de l'appareil locomoteur et n'ont pas pour vocation de régler toutes les situations qui peuvent se présenter aux urgences.
- Des informations complémentaires sur les traumatismes de l'épaule peuvent être consultées sur le site du Réseau des Urgences Genevoises (www.urgences-ge.ch).
- L'usage de la sédation analgésie doit impérativement se conformer à la directive en vigueur dans le service.
- Toute réduction au bloc opératoire se fait en présence d'un médecin orthopédiste.

2 RADIOGRAPHIES

- Epaule : face/Neer
- Clavicule : face/tangentielle
- Articulation acromio-claviculaire : face (associée à une Rx clavicule/épaule)

3 PATHOLOGIES

- L'absence de douleurs vives en rotations passive douce de l'épaule parle pour une affection n'impliquant pas l'humérus ou l'articulation gléno-humérale.

3.1 ENTORSE/LUXATION STERNO-CLAVICULAIRE

- Douleur localisée, exclue des lésions associées (trachée, pneumothorax, vaisseaux médiastin, membre supérieur et atteinte articulation acromio-claviculaire).
- Incidence radiologique spécifique souvent insuffisante → diagnostic par CT voire angio-CT (bilan lésionnel)
- Luxation antérieure : plus fréquente, pas de réduction nécessaire habituellement (instable) ; traitement par antalgie/glace et écharpe pendant 1-2 semaine ; atteinte esthétique/arthrosique.
- Luxation postérieure : plus grave, souvent plus douloureuse ; discussion avec orthopédiste/chirurgie thoracique pour transfert dans centre universitaire pour réduction fermée au bloc opératoire voire ouverte si échec.

3.2 FRACTURE DE CLAVICULE

- Avis orthopédiq... urgent si ouverte/menace cutanée (peau en souffrance/incarcérée)
- Gilet orthopédiq...
- Si déplacement important/fracture comminutive: avis orthopédiq... à la prochaine heure ouvrable
- Suivi en policlinique à J2-6 avec contrôle Rx

3.3 ENTORSE ACROMIO-CLAVICULAIRE

- Douleur spécifique à la palpation de l'articulation
- Tester cliniquement si instabilité antéro-postérieure (stade II) et inféro-supérieure (stade III)
- Gilet orthopédiq... avec suivi en policlinique à 5 à 7 jours
- Très rare cas de déplacement majeur avec incarcération (stades IV-V-VI) → avis orthopédiq... urgent

4 LUXATION DE L'EPAULE

- Déterminer si luxation antérieure ou postérieure (rare, électrocution/crise convulsive, MS bloqué en RI): position de la tête humérale sur le Neer (compléter par une axiale en cas de doute si possible)
- En cas de fracture sous capitale + luxation → avis orthopédiq... urgent avant toute réduction
- Tester et documenter le nerf axillaire (sensibilité moignon de l'épaule avant et après réduction et contraction deltoïde coude au corps après), ulnaire, médian et radial. Les luxations erecta ont plus de risques de lésions de plexus si la position luxée est prolongée.

- La réduction doit se faire sans effort démesuré (bonne relaxation/sédation aux urgences) ; si plusieurs échecs/contexte difficile/fractures associées → avis orthopédique et bloc opératoire.
- Premier épisode et < 30 ans :

Si patient sportif ou travailleur de force avec présence d'une luxation confirmée par radiographie = IRM d'emblée et contrôle à 3 semaines chez Dr Bongiorno en policlinique :

 - 3 semaines gilet orthopédique strict (pas de prescription de physiothérapie), pour la douche permission d'enlever le gilet en gardant la position coude au corps
 - suivi en policlinique à 1 et 3 semaines (status neurologique et coiffe)
- Premier épisode et < 50 ans :
 - 3 semaines gilet orthopédique strict (pas de prescription de physiothérapie), pour la douche permission d'enlever le gilet en gardant la position coude au corps
 - suivi en policlinique à 1 et 3 semaines (status neurologique et coiffe)
- Premier épisode et > 50 ans :
 - gilet orthopédique à but antalgique
 - suivi en policlinique à 1 semaine pour évaluer début physiothérapie et nouveau contrôle neurologique et de la coiffe
 - Évaluer le besoin d'aide à domicile avec l'IMUD
- Luxation récidivante (secondaire à traumatisme mineur/dernière luxation récente) :
 - gilet orthopédique pendant 1 semaine
 - suivi en policlinique à 1 semaine et consultation spécialisée d'orthopédie après quelques semaines

4.1 FRACTURE DE L'OMOPLATE

- Traitement conservateur le plus souvent par gilet orthopédique 4 semaines avec contrôle en policlinique à J5-7
- Si atteinte significative de la glène → CT et discussion avec orthopédiste

4.2 FRACTURES DE L'HUMERUS PROXIMAL

- Fracture non/peu déplacée est traitée le plus souvent de manière conservative
- Si déplacement significatif → discussion indication opératoire avec orthopédiste (CT souvent nécessaire)
- Avis traumatologique non urgent à la prochaine heure ouvrable sauf si troubles neuro-vasculaires/luxation/dislocation
- Gilet orthopédique pour traitement conservateur 4 semaines (jusqu'à 6 semaines si atteinte tubérosité(s))
- Prescrire une bonne antalgie avec des réserves car fracture pas totalement immobilisée dans le gilet
- Évaluer le besoin d'aide à domicile avec l'IMUD
- Suivi en policlinique à 2-4 jours avec radiographies avant consultation (bon Rx à faire)

4.3 FRACTURE HUMERALE DIAPHYSIAIRE

- Avis orthopédique urgent si ouvert/menace cutanée/troubles neuro-vasculaires
- Alignement sous sédation analgésie selon le cas
- Immobilisation par plâtre en U + gilet orthopédique par-dessus
- Avis orthopédique à la prochaine heure ouvrable
- Suivi en policlinique J2-4 avec contrôle Rx

4.4 PATHOLOGIES ALGIQUES NON TRAUMATIQUES DE L'EPAULE

- Tendinopathie calcifiante, tendinopathie de la coiffe, bursite, arthrose gléno-humérale ou acromio-claviculaire, etc.
- Mettre le membre supérieur au repos → bretelle/écharpe/gilet orthopédique selon douleurs et risque de chute; antalgie (y.c. possibilité d'une infiltration sous acromiale pour les tendinopathies calcifiantes) puis contrôle à 5-10 jours en policlinique

5 URGENCES

- Avis orthopédique urgent en cas de :
 - Fracture ouverte ou avec souffrance cutanée
 - Fracture/luxation de l'épaule ou sterno-claviculaire postérieure
 - Tout traumatisme avec troubles neuro-vasculaires
 - Suspicion de syndrome de loges (avant-bras surtout, même si trauma plus proximal)

VALIDATION

N° de version	Date d'émission	Elaboré/Modifié par :	Validé par :
1.0	23.03.2022	Ulrich Landes (médecin adjoint URG) Mouas Jammal (médecin-chef OTR)	Service d'orthopédie et traumatologie Yvan Fournier (médecin-chef URG)