

**La Pratique Du Judo,
Cause Rare De Luxation
De L'épaule Chez
L'enfant
A Propos D'un Cas**

**The Practice Of The Judo,
Rare Cause Of Shoulder
Dislocation In Child
A Case Report**

Y.Ouchrif^a, I. ELOuakili^a, R. Oukrim^a, M. Mahfoud^a, MS. Berrada^a, M. ELYaacoubi^a, H. Alarab^b, JL. Ceolin^b

RESUME

La luxation de l'épaule chez l'enfant est une pathologie rare en traumatologie pédiatrique. Elle présente des caractéristiques anatomo-cliniques, thérapeutiques et pronostiques qui la différencient de la pathologie de l'adulte. Nous rapportons le cas d'un jeune garçon de 9 ans qui a présenté lors d'un combat au judo une luxation antérieure de son épaule gauche.

Mots clés : épaule, luxation, enfant, judo

Conflit d'intérêt : Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt en rapport avec la rédaction de cet article

a. Service de Traumatologie-Orthopédie, CHU de Rabat Maroc

b. Service de Traumatologie-Orthopédie pédiatrique, CH René Dubos Pontoise.

SUMMARY

Traumatic shoulder dislocation in child is a very rare injury. The treatment and the recurrence rate are different than adult. We report a case of shoulder dislocation in a 9 years old judoka.

Keywords: Shoulder dislocation, child, judo

INTRODUCTION

La luxation de l'épaule se définit par une perte de contact total et permanente de la tête humérale par rapport à la cavité glénoïde de l'omoplate. Il s'agit d'une pathologie traumatique très rare chez l'enfant. Uniquement 2% des luxations gléno-humérales touchent les enfants de moins de 10 ans (1). On observe plus habituellement des fracture-décollement épiphysaires de l'extrémité supérieure de l'humérus. Tout ceci explique l'absence de recommandations standards dans le traitement de ces luxations pédiatriques. Le taux de récurrence après le premier épisode est diversement apprécié par les auteurs mais reste pour la plupart plus important que chez l'adulte. Le traitement des instabilités reste un sujet de controverse.

OBSERVATION

Il s'agit d'un enfant de 9 ans qui lors d'un combat au judo a été maintenu par son adversaire en position forcée bras en

extension, rétropulsion et rotation interne (figure 1). Le jeune judoka s'est plaint d'une douleur et une impotence fonctionnelle totale de son membre supérieure. Il a été emmené en urgence à l'hôpital. A l'inspection, nous avons noté une attitude du traumatisé du membre supérieur, une perte des repères anatomiques de l'épaule avec une déformation en coup de hache externe, signe de l'épaulette, le sillon delto-pectoral effacé.



Figure 1 : schématisation de la manœuvre de luxation.

La palpation a mis en évidence un vide sous acromial et la tête humérale est palpée au niveau du sillon delto pectoral. Aucune complication vasculo-nerveuse du membre traumatisé n'a été notée. On a réalisé une radiographie de l'épaule de face qui a posé le diagnostic de luxation antéro-interne de l'épaule gauche et a objectivé une avulsion partielle du trochiter (figure 2). L'enfant a été admis en urgence au bloc opératoire où il a bénéficié d'une réduction sous anesthésie générale suivie d'une



Figure 2 : radiographie de l'épaule gauche de face objectivant une luxation antéro interne avec une avulsion partielle du trochite

immobilisation coude au corps pour 3 semaines. Une radiographie de contrôle a été réalisée immédiatement après l'immobilisation qui a montré la bonne réduction de l'articulation gléno-humérale et la réduction du fragment du trochiter (figure3). L'enfant était gardé en hospitalisation pendant 24h, aucune complication immédiate n'a été notée. L'enfant a été vu en consultation régulièrement à J7, J15 puis J21 avec des radiographies de contrôle. A la dernière consultation l'immobilisation a été levée et un protocole de rééducation consistant en un renforcement du deltoïde et des rotateurs internes et externes a été débuté. La reprise de l'activité scolaire était autorisée à la 3^{ème} semaine et l'activité sportive au 3^{ème} mois. Après un an de recul aucune récurrence de la luxation n'a été notée.



Figure 3 : radiographie de contrôle après réduction.

DISCUSSION

La luxation de l'épaule chez l'enfant est rare. En traumatologie pédiatrique, il est plus habituel de décrire les fractures décollement épiphysaire de l'extrémité supérieure de l'humérus. En effet, la présence d'un cartilage de croissance non encore soudé diminue les forces transmises vers l'articulation. En plus, chez l'enfant les structures ligamentaires sont beaucoup plus résistantes que l'os (2). Dans la littérature, quelques cas seulement reprenant les luxations gléno-humérales chez l'enfant et l'adolescent ont été publiés. Rowe (3) dans sa série de 488 épaules a retrouvé seulement 6 enfants de moins de 10 ans ayant une première luxation traumatique.

Le mécanisme décrit chez notre judoka est différent de celui habituellement décrit chez l'adulte, à savoir abduction rotation externe. En effet, ici il associe extension, rétropulsion et rotation interne forcée et

maintenue quelques minutes par une tiers personne. Ce même mécanisme a été rapporté par Heck (4) en 1981 chez un enfant de 7 ans et précédemment décrit dans les combats de catch et de lutte (4). D'autres mécanismes ont été rapportés dans la littérature avec en particulier la traction sur le coude bras en abduction et rotation externe connu sous le terme de «pulled elbow syndrome» qui associe en plus une subluxation de la tête radiale. Dominik Seybold (5) l'a publié en 2009 chez un enfant de 2 ans.

Le diagnostic est suspecté cliniquement, confirmé par un bilan radiologique standard qui objective la luxation et recherche des fractures associées : lésion de Hill-Sachs (6), avulsion du trochiter, fracture de la cavité glénoïde et une fracture décollement de la tête humérale associée (7). Notre patient a présenté une avulsion partielle du trochiter qui s'est réduite spontanément après réduction de la luxation. Cette dernière doit se faire en urgence sous anesthésie générale. Tous les auteurs insistent sur des manœuvres douces. Parmi ces techniques celle décrite par Milch (8) utilisant la position zéro du bras où toutes les forces musculaires se neutralisent. Chez notre patient la réduction a été obtenue facilement après une légère traction.

La durée d'immobilisation en rotation interne est de 3 semaines pour la plupart

des auteurs, mais certains l'ont prolongé de 6 semaines en pensant que ça diminue le taux de récurrences.

Le taux de récurrence après une première luxation a été longtemps décrit comme étant très élevé chez l'enfant, mais des études récentes ont remis en question cette constatation. Rowe (3) en 1963 rapporte 100% de récurrences chez les enfants de 1 à 10 ans. En 1983 Wagner et Lyne (9), ont décrit 9 cas de luxations chez des enfants âgés entre 12 à 16 ans et ont rapporté 80% de récurrence. Récemment en 2002, Lawton et al (10) dans sa série de 4 cas âgés moins de 10 ans ont conclu que le taux de récurrence était moindre chez le jeune enfant par rapport à l'adolescent. Une analyse multicentrique rétrospective des luxations traumatiques chez l'enfant et l'adolescent (11) a abouti aux mêmes conclusions avec un taux de récurrence de 0% pour les enfants de moins de 14 ans. Postacchini et al (12) expliquent ce taux de récurrence faible chez le jeune enfant par l'élasticité plus importante des structures ligamentaires.

Ces dernières conclusions justifient le traitement orthopédique pour les luxations traumatiques gléno-humérales chez l'enfant de moins de 10 ans avec réduction et immobilisation de 3 semaines. Rockwood (13) a décrit un protocole de rééducation avec renforcement du deltoïde et des rotateurs de l'épaule. Les parents doivent toujours être avertis du risque de

récurrence qui nécessite pour la majorité des auteurs un traitement chirurgical.

CONCLUSION

La luxation gléno-humérale est une pathologie très rare en traumatologie pédiatrique. Elle ne pose pas de problème diagnostique ni de réduction qui doit être faite sous anesthésie. Le taux de récurrence après un premier épisode reste très débattu avant l'âge de 10 ans, son traitement reste orthopédique. La chirurgie stabilisatrice se justifie après une récurrence et ayant les mêmes principes que chez l'adulte.

REFERENCES

- 1-Bishop JY, Flatow EL (2005) Pediatric shoulder trauma. Clin OrthopRelatRes 432:41-48
- 2-Lampert C, Baumgartner G, Slongo T, Kohler G, Horst M (2003) Traumatic shoulder dislocation in children and adolescents. Eur J Trauma 6:375-378
- 3-Rowe C. R. Prognosis in dislocations of the shoulder. J. Bone Joint Surg, 1956, 38-A, 957-977
- 4-Heck C.C. Anterior dislocation of the glenohumeral joint in a child. J. Trauma, 1981, 21, 174-175
- 5-Dominik Seybold · Thomas A. Schildhauer · GertMuhr. Rare anterior shoulder dislocation in a toddler. ArchOrthop Trauma Surg (2009) 129:295-298
- 6-Yun Sun Choi, MD& Hollis G. Potter, MD& David M. Scher, MD. A Shearing Osteochondral Fracture of the Humeral Head Following an Anterior Shoulder Dislocation in a Child. HSSJ (2005) 1:100-102
- 7-Mustafa Isik1*, Mehmet Subasi1, Oguz Cebesoy1, Irfan Koca2 and Ugur Pamukcu1. Traumatic shoulder fracture-dislocation in a 7-year-old child: a case report. Isik et al. Journal of Medical Case Reports 2013, 7:156

8-Garnavos C (1992) Technical note: modifications and improvements of the Milch technique for the reduction of anterior dislocation of the shoulder without premedication. *J Trauma* 32:801–803

9-Wagner KT Jr, Lyne ED (1983) Adolescent traumatic dislocations of the shoulder with open epiphyses. *J PediatrOrthop* 3:61–62

10-Lawton RL, Choudhury S, Mansat P, CoWeld RH, Stans AA (2002) Pediatric shoulder instability : presentation, Wndings, treatment, and outcomes. *J PediatrOrthop* 22:52–61

11-Lampert C, Baumgartner G, Slongo T, Kohler G, Horst M (2003) Traumatic shoulder dislocation in children an adolescents. *Eur J Trauma* 6:375–378

12-Postacchini F, Gumina S, Cinotti G (2000) Anterior shoulder dislocation in adolescents. *J ShoulderElbowSurg* 9:470–474

13-Rockwood C. *The Shoulder*. Saunders, Philadelphia 2004.

