

Particularités

- ❖ **Luxation récidivante**
 - ◆ Immobilisation et ATi 10 jours
 - ◆ Pas de CPU, orienter vers le chirurgien référent
- ❖ **Luxation gléno-humérale postérieure**
 - ◆ Recherche systématique après convulsions, électrocution
 - ◆ Piège diagnostic : épaule peu déformée, radiographie de face trompeuse
 - ◆ Diagnostic = perte irréductible de la rotation latérale, radiographie de profil
 - ➔ **Avis sans délai**

Rupture de la coiffe des rotateurs

2 terrains :

- ◆ Patient > 40 ans +++, traumatisme à faible cinétique / microtraumatismes répétés / post-luxation GH
- ◆ Patient jeune / traumatisme à haute énergie

Testing souvent impossible à la phase aiguë (hyperalgie)
➔ **PEC valable pour toute suspicion de rupture de la coiffe**

Imagerie ➔ Radiographie ➔ Epaule face & profil

Lésion associée à rechercher ➔ Arrachement du tubercule mineur

Prise en charge ➔ **Ambulatoire**

- ❖ **Rupture aiguë chez le patient jeune :**
 - ◆ Immobilisation par coude au corps
 - ◆ IRM
 - ◆ CPU à J8 pour discussion d'un traitement chirurgical
- ❖ **Rupture sur coiffe dégénérative :**
 - ◆ Immobilisation par écharpe à visée antalgique
 - ◆ Echographie (+/- radiographie)
 - ◆ Orientation vers le médecin traitant à J8 pour suite de la prise en charge

Ruptures du grand pectoral

- ◆ Rares, musculature ++
- ◆ Douleur et défaut sur la zone d'insertion au tiers proximal de l'humérus
- ◆ Douleur à la mobilisation en abduction et en adduction contrariée
 - ➔ **IRM et CPU sous 3 semaines**