

Cas clinique
La luxation bipolaire de l'avant-bras ou avant-bras flottant
(à propos d'un cas)

Bipolar forearm dislocation or floating forearm
(a case report)

A. Daoudi *, A. Elibrahimi, W.D. Loudiyi, A. Elmrini,
K. Chakour, F. Boutayeb

Service de chirurgie orthopédique, CHU Hassan II, Fès, Maroc

Reçu le 7 octobre 2007 ; reçu sous la forme révisée 15 juillet 2008 ; accepté le 15 novembre 2008

Résumé

La luxation bipolaire de l'avant-bras ou avant-bras flottant est une urgence traumatologique rare. Seulement six cas ont été rapportés dans la littérature. Elle associe une luxation du coude et du poignet homolatéral. Son pronostic dépend essentiellement de celui du poignet dont le diagnostic peut passer inaperçu initialement. Les auteurs rapportent une observation d'une luxation bipolaire associant une luxation postérieure du coude à une luxation périlunaire pure du poignet.

© 2008 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Abstract

Bipolar dislocation of the forearm or floating forearm is a rare injury. It combines concomitant elbow and wrist dislocation. Only six cases have been reported in the literature. The diagnosis of wrist dislocation may initially be missed and therefore the prognosis will be worse. The authors report a case of a bipolar dislocation with a posterior dislocation of the elbow and a perilunate dislocation of the wrist.

© 2008 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Mots clés : Luxation bipolaire ; Coude ; Poignet ; Luxation périlunaire pure

Keywords: Bipolar dislocation; Elbow; Wrist; Perilunate dislocation

1. Introduction

La luxation bipolaire de l'avant-bras ou avant-bras flottant est une urgence traumatologique exceptionnelle, associant une luxation du coude et du poignet homolatérale. Seulement six cas ont été rapportés dans la littérature [1–4]. Nous rapportons l'observation d'une luxation bipolaire associant une luxation postérieure du coude à une luxation périlunaire pure du poignet.

2. Observation

Il s'agit de M. D.C. âgé de 40 ans, façadier de profession, sans antécédent pathologique notable ; victime lors d'un accident de travail d'une chute d'un échafaudage de cinq mètres avec réception sur l'hémicorps gauche, membre supérieur gauche en extension. À l'admission, le patient était conscient avec un état hémodynamique stable. L'examen clinique du membre supérieur gauche objectivait une perte des repères anatomiques du coude, un empâtement de la face dorsale du poignet avec une ouverture cutanée antérieure de 2 cm sans lésion vasculaire ni déficit nerveux, notamment dans le territoire du nerf médian (Fig. 1). Par ailleurs, il y avait une impotence fonctionnelle totale de la hanche gauche. Le bilan radiologique réalisé en urgence objectivait une

* Auteur correspondant. Faculté de médecine et de pharmacie de Fès, BP 1893, Fès, Maroc.

Adresse e-mail : daoudiabelkrim@yahoo.fr (A. Daoudi).



Fig. 1. Aspect clinique de la luxation bipolaire.

luxation postéromédiale du coude gauche, une luxation rétro-lunaire pure du carpe gauche type II (Fig. 2) et une fracture non déplacée du cotyle gauche.

Sous anesthésie générale, le patient a bénéficié d'une réduction orthopédique de la luxation du coude, d'un parage de la plaie antérieure du poignet dont l'exploration ne mettait pas en évidence de lésion vasculonerveuse ni tendineuse. Par une voie postérieure du poignet, nous avons réalisé une réduction de la luxation qu'on a stabilisée par un triple brochage : scapholunaire, scaphocapital et triquérolunaire. Une réparation du ligament scapholunaire a été réalisée. Le traitement chirurgical a été complété par une immobilisation plâtrée brachio-antébrachio-palmaire. Les suites opératoires étaient simples. Le patient était revu à la consultation où la libération du coude était réalisée au dixième jour et l'ablation des broches au 45^e jour. Un programme de rééducation était démarré en parallèle.

À huit mois de recul, le patient avait repris son travail initial, le coude était stable et indolore avec une flexion–extension complète et une prono-supination libre. Le poignet était stable avec une légère douleur occasionnelle, une flexion à 50° et une extension à 30°. L'évolution de la fracture du cotyle était favorable.

3. Discussion

Le terme de luxation bipolaire de l'avant-bras (*bipolar fracture dislocation of the forearm*) est récent. Il a été attribué par Jupiter et al. en 1994 à l'association d'une fracture–luxation de Monteggia et d'une fracture luxation de Galeazzi [5]. Masmejean et Cognet en 2000 étaient les premiers à parler de luxation bipolaire de l'avant-bras devant l'association d'une luxation postérieure vraie du coude à une luxation périlunaire du poignet [2]. Ils ne retrouvent dans une revue de la littérature mondiale que trois cas. À ces trois cas, qui ont été rapportés par Chen [1], ils ajoutent leur observation de luxation bipolaire concomitante avec une fracture des deux os de l'avant-bras ipsilatéral [2]. Depuis deux nouveaux cas ont été décrits [3,4]. Pour les six cas décrits, il s'agissait d'une luxation postérieure du coude vraie associée à une luxation trans-scapholunaire dans quatre cas, à une luxation trans-scaphocapitorérolunaire dans un cas et à une luxation antérieure du lunatum dans un cas (Tableau 1). Nous n'avons pas pris en compte l'observation rapportée par Kerr et Gunderson [6] dans laquelle il s'agit plutôt d'une subluxation de la tête radiale et non pas d'une vraie luxation du coude.

La particularité de notre observation est qu'il s'agit du premier cas de la littérature où une luxation postérieure du coude est concomitante avec une luxation rétro-lunaire pure du carpe homolatéral, sans fracture associée des os du carpe ou de l'avant-bras.

La luxation bipolaire de l'avant-bras est l'apanage du sujet jeune 23–35 ans, victime d'un traumatisme de haute vélocité, faisant suite à une chute d'un lieu élevé avec réception sur le membre supérieur, poignet et coude en extension. C'est le mécanisme admis par la plupart des auteurs [1,2,4], car c'est le seul qui pourrait expliquer les luxations simultanées des deux articulations. Leung et al. parlaient en 2005 dans une étude cadavérique argumentée de quatre cas cliniques d'un nouveau concept de mécanisme de luxation de l'avant-bras (*crisscross injury*) dans lequel les articulations radio-ulnaires proximale et distale peuvent être luxées simultanément sans qu'il y ait de fractures du radius et ou de l'ulna [7]. Pour nous cette lésion quoiqu'elle réalise une luxation bipolaire des radio-ulnaires proximale et distale, ne peut pas être qualifiée d'avant-bras flottant puisque l'huméro-ulnaire et la radiocarpienne restent intacts.

Si le diagnostic de la luxation du coude est souvent évident ; celui de la luxation du carpe peut passer inaperçu vu la discrétion de sa sémiologie clinique, d'autant plus qu'un polytraumatisme est fréquemment associé [1,2,4,8]. Ce retard diagnostique retrouvé deux fois sur cinq, peut être de plusieurs jours à plusieurs semaines, aggravant ainsi le pronostic fonctionnel du carpe [1–4,8,9].

Le traitement consiste en une prise en charge urgente des deux lésions. La luxation du coude est traitée orthopédiquement. Pour la luxation périlunaire, la réduction orthopédique doit toujours être tentée, même si l'intervention est programmée de principe. Elle permettra la réduction de la luxation et la réparation des lésions osseuses et capsuloligamentaires associées. [1,4,6,8,9].

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4049780>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4049780>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)