




ELSEVIER
MASSON

Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

www.em-consulte.com

JOURNAL DE
TRAUMATOLOGIE
DU SPORT

Journal de Traumatologie du Sport 27 (2010) 14–19

Mise au point

La luxation sternoclaviculaire postérieure

Posterior sternoclavicular dislocation

M. Rousset^b, P. Moreel^{a,*}, S. Descamps^b

^a Polyclinique du parc Rambot, 2, avenue du Dr-Ferdinand-Aurientis, 13626 Aix-en-Provence cedex 1, France

^b Service d'orthopédie-traumatologie, CHU Gabriel-Montpied, BP 69, 63003 Clermont-Ferrand, France

Disponible sur Internet le 22 janvier 2010

Résumé

Les luxations sternoclaviculaires sont rares et souvent méconnues initialement. Le diagnostic est donc souvent fait secondairement lors de l'apparition de symptômes secondaires à la compression des structures vasculo-aériennes. Une douleur intense, malgré une imagerie radiologique standard peu contributive, doit attirer l'attention, les déformations locales étant rapidement masquées par l'œdème et l'hématome. Elles peuvent entraîner de graves complications chez les sujets jeunes qu'elles touchent plus particulièrement, notamment dans des traumatismes à haute énergie lors d'accidents motorisés et de sports. Toute tentative de réduction chirurgicale ou orthopédique doit être faite au bloc opératoire. De plus, devant une telle luxation instable ou irréductible, une réduction à ciel ouvert, complétée par une stabilisation chirurgicale, est indiquée.

© 2010 Publié par Elsevier Masson SAS.

Mots clés : Luxation postérieure ; Clavicule ; Sternum

Abstract

Posterior sternoclavicular dislocations are rarely diagnosed immediately after the traumatism. Most of the time this diagnosis is highlighted when appears compression of vascular or breathing structures. Severe pain in case of normal standard X-rays should alert the physician. Moreover, local deformations are quickly masked by an important swelling and bruising. Posterior sternoclavicular dislocation can cause serious complications. It occurs often in young patients, especially in high-energy traumatism in case of motor or sports accidents. Any surgical or orthopaedic treatment should be realized into operative theatre. Moreover, if the dislocation is unstable or non-reducible, an open reduced procedure with surgical stabilization is indicated.

© 2010 Published by Elsevier Masson SAS.

Keywords: Posterior dislocation; Clavicle; Sternum

1. Introduction

Les luxations sternoclaviculaires sont rares et souvent méconnues initialement. Elles peuvent entraîner de graves complications chez les sujets jeunes qu'elles touchent plus particulièrement, notamment dans des traumatismes à haute énergie lors d'accidents motorisés et de sports.

La luxation sternoclaviculaire postérieure est connue pour son taux élevé de complications.

Devant une telle luxation instable ou irréductible, une réduction à ciel ouvert, complétée par une stabilisation chirurgicale, est indiquée.

2. Anatomie

L'épiphyse interne de la clavicule, épaisse de seulement 2 à 3 millimètres, ne forme pas son noyau d'ossification avant l'âge de 18 ans [1–3]. La fusion n'apparaîtra pas avant l'âge de 22 à 25 ans. Dès lors, ces luxations peuvent être considérées comme des fractures-décollements épiphysaires. Il s'agit d'un dégantage du fourreau périosté de la partie médiale de la clavicule [4,5], l'épiphyse interne et le ménisque restant alors sur le versant sternal. L'articulation et ses ligaments restent pratiquement intacts et attachés au fourreau périosté.

L'articulation sternoclaviculaire est une diarthrodie [6] (Fig. 1). La surface articulaire claviculaire (en forme de selle concave d'avant en arrière et convexe de haut en bas) est largement supérieure à celle du sternum (fossette claviculaire). Cette disproportion dans une articulation peu congruente et

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : p.moreel@wanadoo.fr (P. Moreel).

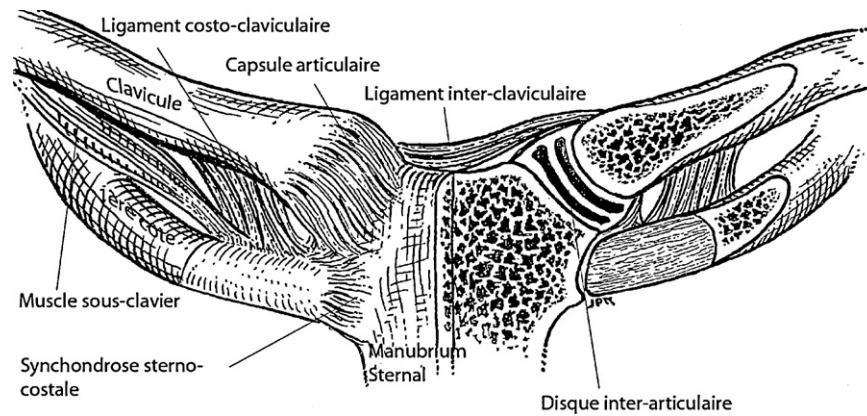


Fig. 1. Coupe frontale de l'articulation sternoclaviculaire.

continuellement mobile doit être compensée par des structures ligamentaires périphériques très puissantes.

Le disque intra-articulaire adhère à la face profonde de la capsule. C'est un fibrocartilage qui s'attache au niveau du cartilage chondral de la première côte à la partie adjacente du sternum, médialement, et au niveau de l'extrémité supéromédiale de la clavicule, latéralement [7]. Il divise l'articulation en deux espaces bien distincts. On note de grandes différences interindividuelles (perforation centrale, adhérence à la surface sternale sur une surface \pm étendue). Il limite le déplacement supéromédial de la clavicule.

L'appareil ligamentaire sternoclaviculaire est le plus puissant système ligamentaire : il verrouille la plongée de la clavicule sous l'action du poids du membre supérieur. Pour ce faire, la capsule articulaire est renforcée en antérosupérieur et en postérieur par les ligaments sternoclaviculaires. La stabilité antéropostérieure dépend essentiellement des structures ligamentaires postérieures [8] ; de ce fait, les réparations chirurgicales pour instabilité doivent recréer cette structure [9].

3. Mobilité

L'articulation sternocostoclaviculaire est très mobile dans tous les plans de l'espace y compris en rotation [6].

C'est l'articulation la plus sollicitée de l'organisme puisque tout mouvement du membre supérieur lui est transmis. Elle donne l'impulsion initiale par une rotation combinée autour de ses deux axes, produisant une rotation conjointe ou automatique, longitudinale de 30° environ selon l'axe de la clavicule.

D'après Kapandji, on observe trois types de mouvements [10] :

- 30 à 35° d'élévation et d'abaissement, limités en bas par le contact avec le bord supérieur de la première côte et en haut par la tension du ligament costoclaviculaire. Dans l'abduction, les articulations scapulothoraciques interviennent pour 65 % (soit 120°) du mouvement ; acromioclaviculaire pour 13 % (soit 25°) ; sternoclaviculaire pour 22 % (soit 35°) ;
- 20 à 35° d'ante et de rétropulsion, limitée par la tension des deux lames du ligament costoclaviculaire. Dans l'élévation

antérieure du bras la mobilité est due aux articulations scapulothoraciques pour 50 % ; acromioclaviculaire pour 40 % ; et sternoclaviculaire pour 10 % ;

- 30 à 50° de rotation axiale autour du vilebrequin claviculaire qui agit comme un système amplificateur aboutissant à une circumduction distale.

4. Historique

En 1824, Sir Asley Cooper décrit pour la première fois une luxation sternoclaviculaire postérieure non traumatique chez un patient présentant une scoliose sévère ramenant l'omoplate vers l'avant, poussant l'extrémité médiale de la clavicule en arrière du sternum, compliquée d'une compression œsophagienne nécessitant une résection du bord médial de la clavicule à la scie [11]. Mais il n'a jamais rencontré une luxation sternoclaviculaire traumatique postérieure isolée [12].

Le premier cas de luxation sternoclaviculaire postérieure traumatique est rapporté par Rodrigues en 1843 [7].

De nombreux articles ont été publiés dans la littérature européenne à la fin du XIX^e siècle et ce n'est que secondairement que cette pathologie est mentionnée dans la littérature américaine [13–15].

Jusqu'en 1978, 80 cas sont décrits et publiés, dont 16 seulement avec complication de compression sur l'œsophage, la trachée ou les vaisseaux sous-claviers.

5. Épidémiologie - mécanisme

Les lésions sternoclaviculaires sont rares.

L'âge moyen de survenue est de 20 ans avec des valeurs extrêmes allant de 6 à 65 ans, 85 % de 15 à 25 ans, on note 97 % d'hommes.

On les rencontre dans des traumatismes à haute énergie lors d'accidents motorisés et de sports [16].

Deux mécanismes sont possibles :

- fréquemment, un choc indirect (décrit par de Palma) qui associe antépulsion et rotation interne du bras, combinée à un traumatisme sur le moignon de l'épaule correspondante.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4076824>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4076824>

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