

LUXATION BIPOLAIRE DE LA CLAVICULE PRÉSENTATION D'UN CAS

R. CARANFIL

SUMMARY : *Bipolar dislocation of the clavicle. A case report.*

The author reports a case of traumatic bipolar dislocation of the clavicle. This very rare lesion was first described by Porral in 1831. Since that time the number of new observations is very small and the treatment remains controversial. Because of his age, our patient was treated by a closed method : immobilization in a figure of 8 bandage after reduction by manipulation. The final functional result was good.

Keywords : shoulder ; clavicle ; dislocation.

Mots-clés : épaule ; clavicule ; luxation.

INTRODUCTION

La luxation bipolaire de la clavicule est une lésion rare, décrite pour la première fois par Porral en 1831 [cité par Benabdallah (2)]. Beckman (1) rapporte un nouveau cas en 1924. Malgré l'augmentation des accidents de travail et des accidents de la voie publique, ce n'est qu'en 1982 qu'un nouveau cas est rapporté par Gearen et Petty (5). À notre connaissance quatre cas seulement ont été rapportés dans la littérature depuis cette date (2, 3, 4, 6). Notre observation vient compléter cette courte série. Dans la littérature anglo-saxonne, on peut trouver cette luxation décrite comme «bipolar dislocation», «bifocal dislocation», «panclavicular dislocation» et «floating clavicle».

OBSERVATION

Le patient, âgé de 68 ans avait fait une chute d'environ 2,5 m, avec impact violent au niveau de

l'épaule droite. À l'admission il avait des douleurs vives et une impotence fonctionnelle importante. L'examen clinique de l'épaule droite montrait une déformation évidente et des ecchymoses au niveau des faces postérieure et latérale. Au niveau de la région claviculaire on observait très bien la luxation bipolaire de la clavicule traduite par des reliefs anormaux à ses deux extrémités.

L'extrémité interne faisait une saillie anormale antéro-inférieure et l'extrémité externe, une saillie anormale postéro-supérieure, les deux déformations correspondant au stade III de la classification anatomo-pathologique.

L'examen radiologique a mis en évidence la luxation des deux extrémités de la clavicule (fig. 1).

En raison de l'âge du patient et du fait que ses activités physiques courantes étaient assez limitées, ne comportant aucun travail de force, nous avons opté pour le traitement orthopédique. Sous anesthésie locale, nous avons pratiqué une réduction partielle des deux luxation par manœuvres externes. Le patient étant positionné en decubitus dorsal avec un coussin entre les omoplates, une traction en extension et abduction a été exercée sur le bras, en même temps qu'une pression directe sur la clavicule. Nous avons ensuite appliqué un bandage en 8 pour quatre semaines. Après ce délai il n'y avait pratiquement plus de douleurs et la fonction de l'épaule était satisfaisante. Le patient a poursuivi ensuite un programme de rééducation

Service de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique,
Hôpital Départemental Piatra Neamt, B-dul Traian nr. 1,
5600 Piatra Neamt, Roumanie.

Correspondance et tirés à part : R. Caranfil.

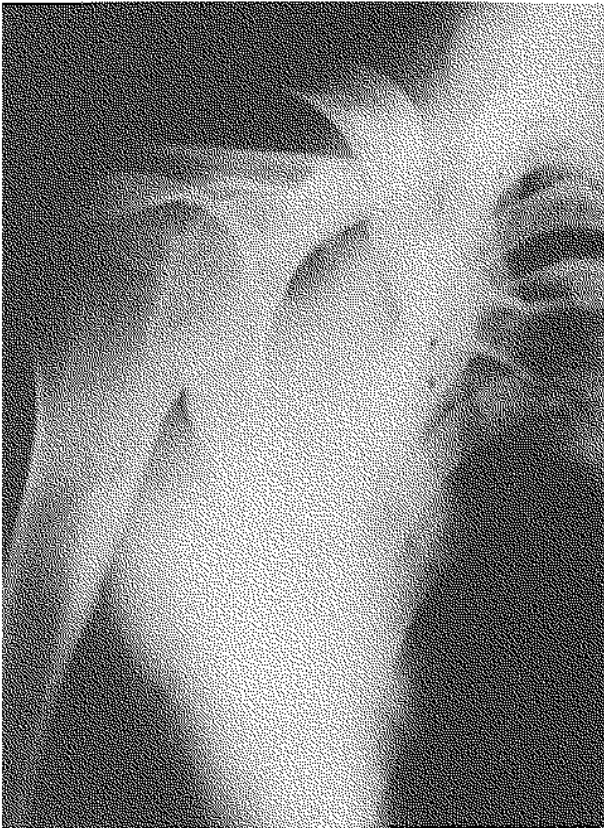


Fig. 1. — Radiographie de l'épaule à l'admission : luxation bipolaire de la clavicule.

fonctionnelle de son épaule droite. Revu en consultation trois mois plus tard, il bénéficiait d'un résultat fonctionnel satisfaisant.

DISCUSSION

Les données anatomiques et physiologiques montrent que la stabilité intrinsèque de la clavicule n'est pas fournie par ses articulations, mais par les ligaments et les insertions musculaires.

Le mécanisme de ce type de luxation reste encore hypothétique. Le traumatisme responsable d'une telle lésion n'est pas toujours violent, il peut être mineur comme dans les cas rapportés par Jain (6) et Echo *et coll.* (4).

En ce qui concerne le point d'impact de la force traumatique, les opinions sont partagées. Ainsi, Jain (6) considère que le point d'impact est situé

en arrière sur l'épine de l'omoplate, tandis que pour Cook et Horowitz (3) le point est situé sur les faces latérale et antérieure. Ces opinions contradictoires nous laissent soupçonner que les explications avancées quant au mécanisme sont elles mêmes divergentes. D'après Gearen et Petty (5) et d'après Jain (6) la luxation peut se produire comme suit : l'impact initial est appliqué au niveau de l'épine de l'omoplate en déterminant la luxation acromio-claviculaire, puis cette force s'épuise en entraînant la clavicule en avant et en dedans, provoquant ensuite la luxation sterno-claviculaire. Cook et Horowitz (3) et Echo *et coll.* (4) proposent une explication différente : le point d'application de la force est situé en avant et en dehors et la clavicule se comporte comme un levier avec point d'appui au niveau des ligaments coraco-claviculaires. C'est l'articulation sterno-claviculaire qui serait luxée en premier, puis la même force irait léser les ligaments coraco-claviculaires et acromio-claviculaires, produisant la luxation bipolaire. Ces deux théories ont néanmoins un élément commun : il existe une succession d'événements pathologiques au cours de la même séquence traumatique.

Notre opinion sur le mécanisme de la luxation s'oriente vers la concomitance des deux lésions, comme le suggère Benabdallah (2), la clavicule se comportant comme une baguette élastique comprimée en étau par l'acromion d'une part et le sternum d'autre part. Au moment où la force traumatique cesse brusquement, la détente instantanée de la clavicule va arracher ses deux extrémités de leurs articulations, provoquant une large rupture capsulo-ligamentaire et des désinsertions musculaires, dont la conséquence est la luxation bipolaire.

En ce qui concerne le traitement, les avis sont partagés. Nous voulons faire quelques courtes considérations pour chaque luxation séparément. Pour la luxation sterno-claviculaire antérieure, la majorité des auteurs recommandent le traitement orthopédique. Le seul inconvénient du traitement conservateur est dans la majorité des cas de nature esthétique. Le traitement chirurgical doit être réservé aux luxations sterno-claviculaires postérieures irréductibles avec des troubles fonctionnels importants et surtout aux cas où les structures anatomiques vasculaires rétro-sternales sont me-

nacées. Cependant le taux de complications post-opératoires est très élevé.

Quant à la luxation acromio-claviculaire, il existe une quasi-unanimité pour proposer le traitement orthopédique pour les stades anatomopathologiques I et II. Pour le stade III le traitement reste controversé. C'est l'indication chirurgicale qui domine, mais on la réserve aux patients jeunes, très actifs. Le traitement conservateur garde sa place, la meilleure indication étant le patient sédentaire.

La majorité des cas de luxation bipolaire de la clavicule rapportés dans la littérature ont été traités orthopédiquement. Jain (6) a seulement immobilisé l'épaule dans une écharpe pendant deux semaines, sans aucune réduction. Gearen et Petty (5) ont fait une réduction orthopédique suivie d'une immobilisation de 8 semaines. Cook et Horowitz (3) ont utilisé également le traitement conservateur.

Le traitement chirurgical fait néanmoins partie de l'arsenal thérapeutique. Beckman (1) proposait déjà en 1924 le traitement chirurgical, mais son cas a été un échec. Echo *et coll.* (4) ont fait aussi une réduction à ciel ouvert. Ils ont fait d'abord l'ablation du ménisque, la réduction et la fixation par broches de l'articulation acromio-claviculaire, ensuite la suture des ligaments coraco-claviculaires rompus, l'articulation sterno-claviculaire étant réduite orthopédiquement. Benabdallah (2) a opéré son patient après 40 jours : il a réduit la luxation acromio-claviculaire et a tenté d'utiliser comme fixation la pointe de la coracoïde vissée dans la clavicule, mais en raison d'une forte rétraction-musculaire cette manœuvre a échoué et il a finalement fixé l'articulation acromio-claviculaire avec deux broches et un haubanage.

Pour notre patient nous avons adopté une attitude conservatrice en utilisant une réduction orthopédique, en raison de son âge et de ses exigences fonctionnelles limitées, avec un résultat fonctionnel satisfaisant.

Le choix du traitement s'avère difficile et doit être fait seulement après une analyse rigoureuse

des avantages et des inconvénients de chacune des méthodes proposées, en fonction de chaque cas particulier.

BIBLIOGRAPHIE

1. Beckman T. A case of simultaneous luxation of both ends of the clavicle. *Acta Chir. Scand.*, 1924, 56, 156-163.
2. Benabdallah O. Luxation bipolaire de la clavicule. A propos d'un cas. *Rev. Chir. Orthop.*, 1991, 77, 263-266.
3. Cook F., Horowitz M. Bipolar clavicular dislocation. Report of a case. *J. Bone Joint Surg.*, 1987, 69-A, 145-147.
4. Echo B. S., Donati B., Powell C. E. Bipolar clavicular dislocation treated surgically. *J. Bone Joint Surg.*, 1988, 70-A, 1251-1253.
5. Gearen P., Petty W. Panclavicular dislocation. Report of a case. *J. Bone Joint Surg.*, 1982, 64-A, 454-455.
6. Jain A. S. Traumatic floating clavicle. A case report. *J. Bone Joint Surg.*, 1984, 66-B, 560-561.

SAMENVATTING

R. CARANFIL. *Bipolaire luxatie van de clavicula.*

Wij melden een geval van traumatische bipolaire luxatie van de clavicula. Het gaat hier om een zeldzaam letsel met controversiële behandeling. Gezien de gevorderde leeftijd van de patiënt werd een conservatieve houding aangenomen, daarbij werd de patiënt geïmmobiliseerd in een cijfer-8-verband. Het functionele resultaat was bevredigend.

RÉSUMÉ

R. CARANFIL. *Luxation bipolaire de la clavicule.*

Nous rapportons un cas de luxation traumatique bipolaire de la clavicule. Il s'agit d'une lésion rare dont le traitement reste controversé. A cause de l'âge avancé de notre patient nous avons adopté une attitude conservatrice, immobilisant le malade dans un bandage en 8 de chiffre. Le résultat fonctionnel a été satisfaisant.