



TUNISIE ORTHOPÉDIQUE

Année 2015, Vol7, N° 1
pp 71-73

Accès Libre sur / Free Access on
www.sotcot.com

Fracture simultanée ipsilatérale du trochiter de la tête radiale et du scaphoïde carpien : à propos d'une observation exceptionnel

Simultaneous ipsilateral fracture of the greater tuberosity, radial head and scaphoid: about an exceptional observation

Mardy A., Bensaad S., Hammou N., Mechchat A., El idrissi M., Shimi M., El ibrahimi A., El mrini A.

Service de chirurgie ostéoarticulaire B4, CHU Hassan II Fès 30000 Fès, Maroc.

CORRESPONDANCE : Mardy Abdelhak

E-mail : medfes@gmail.com

RESUME

La prise en charge des traumatismes graves du membre supérieur doit faire actuellement partie de l'arsenal technique du tout chirurgien orthopédiste ; d'une part ; vue la fréquence de ce type de lésion avec la l'augmentation continue des accidents de la voie public et vue le devenir fonctionnel influencée par la conduite thérapeutique initiale du chirurgien d'autre part. les auteurs rapportent le cas d'une jeune fille ayant suite à un AVP une association lésionnelle rare d'une fracture trochiter ;de la tête radiale et du scaphoïde carpien homolatérales. Au recul de 12 mois ; l'évolution fonctionnel est excellente après un traitement chirurgical et une rééducation bien conduite.

ABSTRACT

The management of severe trauma of the upper limb must be currently part of the technical arsenal of any orthopedic surgeon, on the one hand, for the frequency of this type of injury with the continual increase in road accidents and public for the functional outcome influenced by the initial therapeutic management of surgeon part. The authors report a case of a young girl who had after a road accident; a combination of a greater tuberosity fracture, radial head and scaphoid ipsilateral fracture. The decline in 12 months, the functional evolution is excellent after surgery and a well-conducted rehabilitation treatment.



I. INTRODUCTION

Les traumatismes étagés du membre supérieur devient de plus en plus fréquente en urgence traumatologique et ceci en rapport avec les accidents de la voie public qui sont en nette recrudescence pendant ces dernières décennies. L'auteur rapporte une observation exceptionnelle associant une fracture du scaphoïde de la tête radiale et du trochiter homolatérale.

II. OBSERVATION

Une jeune fille âgée de 25 ans hospitalisée aux urgences ; suite à un accident de la voie public avec chute d'une moto ; dont le bilan clinique objective une impotence fonctionnelle totale du membre supérieur gauche ; une plaie du scalp avec des écorchures faciales. Le bilan locomoteur révèle une fracture corporelle basse du scaphoïde carpien (fig 1 ; fig 2) avec une fracture de la tête radiale (fig 3) et du trochiter homolatérale (fig4).



Figure 1



Figure 2



Figure 3

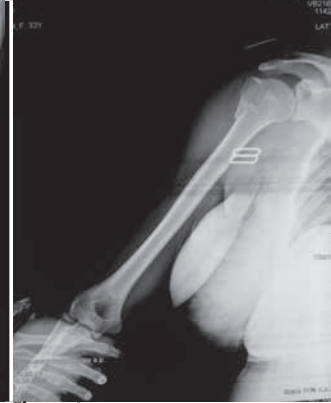


Figure 4

Après vérification du bilan crânien ; la patiente fut acheminé au bloc opératoire à H+ 10 de son admission ou nous avons fixé le trochiter par vissage double sur

rondelles (fig. 5); la tête radiale par vissage et embrochage (fig. 6 A,B) et le scaphoïde par vissage percutanée (fig. 7).



Figure 5



Figure 6 A



Figure 6 B



Figure 7

Sous anesthésie générale ; en décubitus dorsal ; avec contrôle par un fluoroscope ; en position demi assise ; le

premier temps opératoire a permis une fixation du trochiter par une voie d'abord antéro-externe transdeltoidienne .

Après une réduction du fragment osseux monobloc; deux vis spongieuses 4.5 mm montée sur rondelles ont été mises en place (fig 5). Par un abord latéral ; l'exploration a objectivé une fracture déplacée à trois fragments de la tête radiale. Nous avons procédé à la mise en place de deux mini vis de compression associée à un embrochage en X de la tête avec le col du radius(fig6). Ces deux broches ont permis de maintenir la cupule orientée par rapport au col radial. Le dernier temps s'est déroulé à foyer fermé ; par une broche filetée guide introduite sous contrôle scopique en percutanée et après méchage ; un vissage du scaphoïde a été fait par une vis de Herbert 20 mm (fig7).le membre opéré a été maintenu dans une écharpe pendant 3^{semaines} associé à une orthèse du poignet.

Le programme de rééducation a été entamé dès la diminution des phénomènes douloureux au bout de 20 jours. Des séances de mobilisation articulaire passive puis actives des 3 articulations ont été prescrites ; avec une récupération fonctionnel progressive .A un an de recul ; la patiente a retrouvé une fonction normale de ces articulations avec des amplitudes articulaires correcte.

III. DISCUSSION

Le mécanisme lésionnel responsable de cette association est indirecte suite à une chute sur la paume en situation de pronation et hyper extension du poignet avec transmission de l'onde de choc axial vers l'épiphyse proximale du radius qui vient s'écraser contre le butoir que représente le capitulum ^[1]. Suite à la compression appuyée ; l'extrémité distale du radius appui sur la partie proximale du scaphoïde dont la partie caudale repose sur le sol et fait contre appui et ferme par conséquence la courbure sagittale du scaphoïde ^[2]. Les fractures du trochiter peuvent être la conséquence d'un choc direct ou d'une contraction musculaire violente ^[3]. Selon les séries publiées dans la littérature la luxation glénohumérale antéro-interne est associée dans 16% à 66% ^[4]. Les fractures parcellaires détachent l'insertion d'un ou deux muscles ; le supraspinatus ; parfois le supra et l'infraspinatus ; plus rarement l'infraspinatus et teres minor.les fractures totales emportent les insertions des trois muscles. C'est ainsi que Olivier a proposé de classer ces fracture en 4 types selon la localisation et l'importance du fragment fracturaire ^[5]. Le traitement chirurgical dans les fractures du trochiter est indiqué quand le déplacement ; supérieur ou postérieur ; est au delà de 1 cm sur un cliché de face en rotation neutre. Le choix du matériel d'ostéosynthèse dépend du caractère uni ou pluri fragmentaire de la fracture. Un fragment volumineux monobloc se prête au vissage appuyé sur rondelle comme le cas de notre patiente. Enfin ; il faut insister sur la prise en charge qui doit être précoce avant la rétraction tendineuse du supraspinatus.

L'ostéosynthèse des fractures de la tête radiale est indiquée pour le type Mason 2 (simple et déplacée) ^[6]. La reconstruction à ciel ouvert permet d'abord de faire le bilan lésionnel ; souvent sous estimé sur les clichés radiologiques ; de fixer les fragments osseux par des mini vis et des broches.les tassements de la tête sur le col doit être

relevé toute en préservant une charnière périostée indispensable à la consolidation de ces fragments.

Comme c'est le cas de notre patiente ; le vissage percutané ou à ciel ouvert est indiqué dans les fractures déplacées (récentes ou anciennes) du scaphoïde ^[7]. L'embrochage de ce type de fractures nécessite une immobilisation post opératoire prolongée mais il est de réalisation plus simple que le vissage.

IV. CONCLUSION

Il s'agit d'une entité traumatique rare à travers laquelle nous avons insisté sur la prise en charge qui doit être structurée et bien conduite seul garant d'un résultats fonctionnel satisfaisant.

V. REFERENCES

- 1) Rockwood and Green's Fractures in Adult 6th Edition
- 2) Manuel de chirurgie du membre supérieur .Christophe Oberlin. Elsevier 2000
- 3) Favard L., Berhouet J. Traitement chirurgical des fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus. Cahier d'enseignement de la SOFCOT 2005.
- 4) Vendenbussche A., Hutten. Fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus ; 2000
- 5) Olivier H. Les fractures du trochiter. cahier d'enseignement de la sofcot ; n°56
- 6) Massin P., Hubert L. Les fractures de l'extrémité supérieure du radius. Revue de chirurgie de la main. paris 2002.
- 7) Schernberg F. Les fractures récentes du scaphoïde (moins de trois semaines). Revue de chirurgie de la main. 2005 ; 24:117-31.