

Entretiens
de Bichat
Chirurgie
12 sept. 2006
Amphi C
11 h 45

Luxation acromioclaviculaire : aspects cliniques, pronostic, indications thérapeutiques

E. Masméjean*, T. Gregory**, F. Wallach***, F. Gaudot****, B. Augereau*****

* Chef de l'Unité de Chirurgie de la main et des nerfs périphériques,

** Chef de Clinique Assistant, Lauréat du concours de la médaille de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris,

*** Chef de Clinique Assistant,

**** Interne des Hôpitaux,

***** Chef de service,

Faculté de Médecine René Descartes, Paris 5.

Service de chirurgie Orthopédique et Traumatologie (Pr B. Augereau) AP-HP, Hôpital Européen Georges Pompidou (HEGP), ,
20, rue Leblanc, 75015 PARIS.

emmanuel.masméjean@egp.aphp.fr

La ceinture scapulaire est un complexe articulaire permettant de positionner le bras dans tous les plans de l'espace. Les mouvements du bras sur le thorax sont la résultante d'une action synergique de trois articulations (articulations gléno-humérale, sterno-claviculaire et acromioclaviculaire) et de deux espaces de glissement (sous-acromial et scapulothoracique). Grâce à cette anatomie complexe, l'épaule est l'articulation du corps humain qui possède les amplitudes articulaires les plus importantes.

La luxation acromioclaviculaire est un accident fréquent en traumatologie. Le diagnostic est parfois difficile et la prise en charge reste mal codifiée. Une prise en charge inadaptée met en jeu le pronostic fonctionnel du membre supérieur atteint.

surviennent lors de choc direct et/ou de chute sur le moignon de l'épaule. Les différents ligaments peuvent être rompus isolément ou en groupe et, en fonction de leur association, on classe les ruptures en plusieurs degrés de gravité :

Classification des lésions ligamentaires acromioclaviculaires

Stade 1 : Pas de déplacement : distension ligamentaire sans rupture

Stade 2 : Subluxation : rupture des ligaments acromioclaviculaires

Stade 3 : Luxation : rupture des ligaments acromioclaviculaires et coracoclaviculaires.

Stade 4 : A la rupture des ligaments s'associe la rupture de la chape deltoïdienne.

RAPPEL ANATOMIQUE ET PHYSIOPATHOLOGIQUE

La clavicule est fixée d'une part à l'acromion, par le ligament acromioclaviculaire ; et d'autre part à l'apophyse coracoïde, par les ligaments trapézoïde et conoïde. Le ligament acromiocracoïdien (ou LAC) n'intervient pas dans la stabilité acromio-claviculaire. Les mouvements de la clavicule sont complexes et comprennent des mouvements d'élévation - abaissement, de circumduction et d'antépulsion - rétropulsion. Ils participent à tous les mouvements de l'épaule. Les ligaments entre scapula et clavicule sont donc importants et la mobilité des articulations sterno-claviculaire et acromioclaviculaire est essentielle.

Les entorse et luxation acromioclaviculaires sont fréquentes et résultent souvent d'accidents sportifs. Ils

ASPECTS CLINIQUES

Le diagnostic repose sur le mécanisme, l'inspection et la palpation de la partie supérieure de l'épaule. En cas d'entorse (stade 1), la palpation retrouve une douleur précise sur l'articulation acromioclaviculaire. En cas de subluxation (stade 2), on retrouve à l'inspection une saillie très nette de la clavicule, tracée par la contraction antalgique du muscle sterno-cléïdomastoïdien, qui a tendance à soulever la peau alors que le membre supérieur s'abaisse sous l'action de son poids. La pression manuelle permet d'abaisser la clavicule et même de la réduire : c'est le signe de la touche de piano. Dans les stades 3 et 4, on retrouve en plus un signe du tiroir antéropostérieur claviculaire : l'extrémité distale de la clavicule peut être mobilisée d'avant en arrière avec les doigts.

En cas de doute, l'examen peut être sensibilisé par la palpation de l'articulation lors de la mobilisation du bras avec l'autre main.

BILAN RADIOGRAPHIQUE

On demande un cliché de face strict de l'articulation acromioclaviculaire. Celle-ci met en évidence le déplacement et permet de le mesurer. Il faut faire parfois des clichés comparatifs des deux épaules en position debout.

Certains auteurs préconisent de sensibiliser l'examen en faisant porter des poids au sujet. Nous pensons que ce n'est pas utile dans les lésions fraîches car douloureux et risqué. De plus, en cas de contraction musculaire antalgique, le déplacement peut ne pas apparaître.

Le test de réductibilité radiographique peut être recherché : la luxation se réduit en abduction bras à 90° (uniquement en cas de ligaments coracoclaviculaires intacts (stade 2)).

FACTEURS PRONOSTIQUES

L'évolution dépend de l'importance des lésions, de la précocité de la prise en charge et du choix d'une attitude thérapeutique adaptée. La cicatrisation des lésions est possible si la clavicule est maintenue en bonne position pendant un délai suffisant de 6 semaines. Le traitement orthopédique garde toute sa place dans les stades 1 et 2, voire dans certains stade 3 en fonction du contexte. Sauf activités sportives particulières (port de sac à dos en montagne), le résultat clinique à long terme peut être excellent, même s'il persiste une subluxation radiographique.

Parfois, le pronostic fonctionnel de l'épaule peut être altéré, avec douleurs et diminution de force. Dans certains cas rares, un traitement chirurgical secondaire peut être proposé.

TRAITEMENT ORTHOPÉDIQUE

Aux stades 1 et 2, des anneaux claviculaires ou une simple immobilisation du bras coude au corps sont suffisants. En pratique, les anneaux claviculaires ou une écharpe sont utilisées essentiellement à visée antalgique. En effet, la clavicule est relativement en place et c'est l'acromion qui tombe. Il faut donc en théorie mettre une immobilisation qui remonte

l'acromion, par une traction sur le coude, afin d'éviter la chute du membre supérieur sous l'effet de la pesanteur. Certains proposent un bandage adhésif en croix, passant en cercle du moignon de l'épaule à la partie proximale du coude, supposer abaisser la clavicule. Son efficacité d'abaissement est souvent très médiocre et les lésions cutanées sont fréquentes.

Aux stades 3 et 4, il est nécessaire de réduire le déplacement. On peut tenter de maintenir la réduction avec la méthode précédente. Certains auteurs utilisent en plus, un appareil plâtré thoracobrachial en abduction.

TRAITEMENT CHIRURGICAL

Il consiste en une réparation soignée des ligaments et en une protection des sutures par un procédé d'ostéosynthèse, le plus souvent provisoire. Lorsque la cicatrisation est obtenue, le matériel d'ostéosynthèse est enlevé pour permettre à la clavicule de retrouver sa mobilité par rapport à l'acromion et par rapport à la coracoïde.

Plusieurs types d'ostéosynthèse ont été décrits. Citons le brochage acromioclaviculaire, la mise en place d'une vis acromioclaviculaire ou d'un laçage acromiocracoïdien par fil métallique, la solidarisation provisoirement de la clavicule à la coracoïde par vis, fil ou ligament synthétique.

En cas de fracture parcellaire de la clavicule associée à la luxation, celui-ci pourra être ostéosynthésé par brochage.

TRAITEMENT DES DISJONCTIONS ACROMIOCLAVICULAIRES ANCIENNES

Seules les disjonctions acromioclaviculaires anciennes symptomatiques sont prises en charge. Dans ces cas anciens, la reconstitution de ligaments aux propriétés biomécaniques suffisantes est impossible à partir des reliquats retrouvés des ligaments conoïdes et trapézoïdes. Ils sont souvent partiellement calcifiés et/ou remplacés par une fibrose inutilisable.

Là encore, de nombreuses techniques ont été décrites, aucune d'entre elle n'ayant de résultats suffisamment satisfaisant pour séduire la majorité des chirurgiens.

Parmi ces techniques, citons l'avivement et la plastie ligamentaire par bandelette provenant du ligament coraco-acromial : c'est la ligamentoplastie acromio-

98/Orthopédie

claviculaire de type Cadenat modifiée Augereau. Pendant la cicatrisation, la clavicule est maintenue par un matériel provisoire (broche, vis ou cerclage). Certaines techniques utilisent un ligament synthétique en renfort d'une reconstitution ligamentaire.

Le procédé de Dewar et Barrington consiste en la transposition de la pointe de l'apophyse coracoïde sur la clavicule avec ses insertions tendineuses (coraco-biceps et petit pectoral) permettant un rappel élastique actif et la stabilisation de la clavicule. Sa fixation est assurée par une vis en avant ou en dessous de la clavicule.

Enfin, la résection simple de l'extrémité distale de la clavicule peut parfois être réalisée dans les luxations anciennes s'accompagnant d'arthrose acromioclaviculaire.

CONCLUSION

La luxation acromioclaviculaire est une pathologie fréquente du sujet jeune et sportif (rugby). Dans le stade 1 (entorse), le traitement conservateur ne se discute pas. En cas de stade 3 (luxation), le traitement chirurgical doit être proposé, d'autant plus que le sujet est jeune et actif (sports de « contact » : judo, rugby,...) il peut être discuté chez le patient plus âgé

après la quarantaine. Dans le stade 2, les avis des spécialistes restent très partagés.

En pratique, c'est une des rares luxations de l'organisme que l'on peut accepter de ne pas réduire, avec souvent un excellent résultat clinique. La consultation secondaire, après échec d'un traitement orthopédique, est en fait exceptionnelle. Enfin, le traitement chirurgical chez des patients sélectionnés donne aussi d'excellents résultats. Les complications sont relativement fréquentes (infection superficielle sur broches, migration de broches, calcifications secondaires) mais sans conséquences sur le résultat clinique.

RÉFÉRENCES

1. AUGEREAU B., ROBERT H., APOILA. – Treatment of severe acromioclavicular dislocations. A coraco-clavicular ligamentoplasty technique derived from Cadenat's procedure. *Ann. Chir.*, 1981, 35(9 Pt 1), 720-722.
2. KEMPF J.F., LACAZE F., COLIN F. – Chirurgie des traumatismes de la ceinture scapulaire. *In : Encyclopédie Médico-Chirurgicale*. Ed Elsevier 1999: 44-230.
3. ALNOT J.Y., ASFAZADOURIAN H. – Fractures complexes de la scapula et de la ceinture scapulaire. *In : Conférences d'enseignement de la SOFCOT, Traumatismes récents de l'épaule*. Paris : Expansion Scientifique Française, 1997, 171-181.
4. de LA CAFFINIÈRE JY, de LA CAFFINIÈRE M, LACAZE F. – Treatment of acromio-clavicular dislocations using coracoacromial ligament plasty. *Rev. Chir. Orthop. Réparatrice Appar. Mot.*, 1998, 84 (1), 9-16.