

Luxation carpométacarpienne antérieure des deuxième et troisième rayons: à propos d'un cas.

Randriambololona VH^{1*}, Razaka AI², Randrianirina A³,
Ralahy MF⁴



¹Service de Traumatologie Orthopédie et Rééducation Fonctionnelle, CENHOSOA, Antananarivo, Madagascar

²Service d'Orthopédie Traumatologie, CHU PZAGA, Mahajanga, Madagascar

³Service d'Orthopédie Traumatologie, CHU Morafeno, Toamasina, Madagascar

⁴Service d'Orthopédie Traumatologie, CHU de Tambohobe, Fianarantsoa, Madagascar

Résumé

La luxation carpométacarpienne antérieure pure des deuxième et troisième rayons est exceptionnelle. Nous rapportons un cas chez un homme de 23 ans victime d'un traumatisme direct du dos de la main gauche par accident sportif. Le diagnostic était aisé devant un œdème important du dos de la main et une douleur diffuse en regard de l'articulation carpométacarpienne des deuxième et troisième rayons, confirmé par la radiographie standard. La réduction fermée en urgence avec embrochage percutané associée à une immobilisation de 6 semaines puis un programme de rééducation régulière avait permis d'avoir un bon résultat fonctionnel.

Mots clés: Articulations carpométacarpiennes; Luxation; Urgences

Titre en Anglais: Anterior carpometa carpal dislocation of the second and third rays: report of a case.

Abstract

The pure anterior carpometa carpal dislocation of the second and third rays is exceptional. We report a case in a 23-year-old man who had direct trauma on the back of his left hand as a sport accident. The diagnosis was suspected in the presence of significant edema of the back of the hand and diffuse pain next to the carpometa carpal joint of the second and third rays, confirmed by standard radiography. The emergency closed reduction with percutaneous pinning associated with an immobilization of 6 weeks and a regular rehabilitation program had provided a good functional result.

Key words: Carpometa carpal joint; Dislocation; Emergencies

Introduction

Les luxations carpométacarpiennes sont peu fréquentes et ne représentent que 1% des traumatismes de la main et du poignet [1]. Parmi ces luxations, celles du deuxième et troisième rayons sont les plus rares du fait de l'anatomie propre à cette partie de l'interligne carpométacarpien, et en particulier son appareil capsuloligamentaire court et puissant. La forme antérieure, sans fracture associée, est encore plus rare, ce qui rend la luxation carpométacarpienne antérieure pure des deuxième et troisième rayons que nous rapportons exceptionnelle. Les aspects diagnostique et thérapeutique sont discutés.

Observation

Il s'agissait d'un jeune homme de 23 ans, victime d'un accident sportif au cours d'un match de rugby, ayant entraîné un traumatisme direct et violent au niveau de la main gauche. Cliniquement, le dos de la main était augmenté de volume avec une douleur diffuse en regard des deuxième et troisième rayons. L'examen neuro-vasculaire n'avait décelé aucun trouble patent. Le diagnostic radiologique effectué sur les clichés standards de face et de profil était celui d'une luxation palmaire des deuxième et troisième rayons par rapport au trapézoïde et au capitatum (Figure 1). Une réduction en urgence par manœuvre externe avait été réalisée sous anesthésie locorégionale. Deux broches ascendantes étaient mises en place en percutané sous contrôle radioscopique, stabilisant le deuxième métacarpien au trapézoïde et le troisième au capitatum (Figure 2). La main et le poignet étaient immobilisés par une orthèse en position intrinsèque plus. A la sixième semaine, les broches et l'orthèse étaient retirées et la rééducation était débutée. A 12 mois de recul, le résultat obtenu, aussi bien anatomique que fonctionnel était jugé



Fig.1: Radiographies standards montrant la luxation carpométacarpienne des 2ème et 3ème rayons



Fig.2: Radiographies postopératoires avec 2 broches ascendantes fixant M2 avec le trapézoïde et M3 avec le capitatum

* Auteur correspondant

Adresse e-mail: suitorza@yahoo.fr

¹ Adresse actuelle: Service de Traumatologie Orthopédie et Rééducation Fonctionnelle, CENHOSOA, Antananarivo, Madagascar

duction était débutée. A 12 mois de recul, le résultat obtenu, aussi bien anatomique que fonctionnel était jugé

excellent, avec indolence, récupération complète des amplitudes articulaires et reprise de l'activité socioprofessionnelle.

Discussion

Les luxations carpométacarpiennes sont peu fréquentes, ne représentant que 1% des traumatismes de la main et du poignet [1,2]. Celles des deuxième et troisième rayons sont les plus rares, la forme antérieure pure, sans fracture associée étant exceptionnelle [3]. Ces données trouvent leur explication dans la configuration anatomique propre à cette partie de l'interligne carpométacarpienne, et en particulier à son appareil capsuloligamentaire court et puissant. L'articulation carpométacarpienne étant très stable, tous les auteurs s'accordent pour souligner l'extrême violence du traumatisme nécessaire pour désorganiser l'emboîtement articulaire [4,5]. Cette violence est attestée également par la forte proportion de lésions fracturaires associées. Comme dans notre cas, il s'agit d'une population composée d'hommes à 87%, jeunes, l'âge moyen étant de 28 ans [6,7]. Selon une étude de Joseph et Linscheid, sur un poignet en hyperextension forcée, la zone vulnérable semble se situer au niveau de l'interligne carpométacarpienne [8]. Les luxations partielles impliquent la rupture des trois plans ligamentaires: palmaire, dorsal et intermétacarpien entre les rayons atteints et indemnes [9-11]. Le mécanisme lésionnel reste encore mal connu, d'autant plus qu'il est le plus souvent difficile à faire préciser par le patient. Néanmoins, deux mécanismes sont fréquemment évoqués au cours de ces luxations palmaires: direct avec appui sur les bases métacarpiennes, la force étant dorsale, ou bien indirect, la force étant transmise des têtes métacarpiennes vers les bases et le carpe, le poignet étant en extension lors de l'impact. La fréquence signalée dans les diverses séries d'accidents de motocyclette (avec le guidon) semble militer en faveur de ces hypothèses. Le rôle d'une grosse montre en contre appui est aussi discuté dans ces luxations palmaires [12]. Le diagnostic est réputé difficile et les publications rapportant des lésions non diagnostiquées lors de la première consultation sont nombreuses. Cela s'explique par la pauvreté des signes cliniques et des radiographies parfois trompeuses ou des incidences inadéquates. Le tableau clinique est celui d'une impotence fonctionnelle et douloureuse de la main, accompagnée d'un volumineux œdème d'installation rapide, rendant l'examen difficile. L'aspect classique dans ces luxations antérieures est une dépression des têtes métacarpiennes et un raccourcissement des rayons luxés ne s'observant que dans les rares luxations à grand déplacement [11]. Les radiographies de face, de profil, parfois complétées de $\frac{3}{4}$ restent les examens essentiels pour le diagnostic. Le scanner peut être utile en cas de doute diagnostique ou pour une analyse précise de fracture associée. Pour notre cas, le diagnostic était fait précocement aisément

devant la symptomatologie clinique et radiologique évocatrice. Concernant le traitement, différentes méthodes sont utilisées en fonction des écoles: réduction orthopédique simple et immobilisation plâtrée, réduction orthopédique et embrochage percutanée, réduction par abord chirurgical et ostéosynthèse par broche, voire arthrodèse [7,13]. L'immobilisation postopératoire est variable selon les auteurs et dure entre quatre à six semaines. L'évolution reste marquée par le risque de douleurs résiduelles et l'ankylose [9,14]. La réduction orthopédique rapportée par Dreant [3] associée à la mise en place de trois broches (fixant M2 avec le trapézoïde, M3 avec le capitatum et une troisième transversale prenant M2, M3 et M4) a donné de bons résultats. Chez notre patient, la mise en place des deux premières broches s'était avérée suffisante.

Conclusion

Les luxations antérieures carpométacarpiennes des deuxième et troisième rayons, sans fracture associée sont exceptionnelles. Sous réserve de la rapidité du diagnostic, de la qualité et stabilité de la réduction, ainsi que de la précocité de la rééducation, le pronostic est bon et laisse peu de séquelles.

Références

- 1- Ebelin M, Soubeyrand M, Idrissi R. Luxations carpométacarpiennes. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Appareil locomoteur 2010; 14-046-D-10.
- 2- Lafiti M, Chafik R, Madhar M, Essadki B, Fikry T. La luxation carpométacarpienne antérieure compète des doigts. A propos d'un cas. Chir Main 2005; 24: 106-8.
- 3- Dreant N, Norat F, Pequignot JP, Lussiez B. Luxation carpométacarpienne antérieure des deuxième et troisième rayons. Chir Main 2007; 26: 235-7.
- 4- Lynn AC, Emerson MD. Total metacarpal dislocation. J Emerg Med 2001; 20: 295-6.
- 5- Bergfield TG, Dupuy TE, Aulicino PL. Fracture-dislocation of all five carpometaacarpal joint: a case report. J Hand Surg 1985; 10 A: 76-8.
- 6- Ebelin M, Chick G, Ismael F, Nordin JY. Luxations carpométacarpiennes. EMC (Elsevier, Paris), Appareil locomoteur 1999; 14-046-D10.
- 7- Mestdagh H, Dambreville A. Les luxations carpométacarpiennes : à propos de 21 cas. Lille Chir 1976; 31: 37-42.
- 8- Joseph RB, Linscheid RL, Dobyns JH, Bryan RS. Chronic sprains of the carpometaacarpal joints. J Hand Surg 1981; 6: 172-80.
- 9- Masquelet AC, Nordin JY, Savary L, Poulizac C. A propos d'un cas de luxation antérieure des quatre derniers métacarpiens. Ann Chir Main 1986; 5: 63-6.
- 10- Breg EE, Murphy DF. Ulnopalmar dislocation of the fifth carpometaacarpal joint. Successful closed reduction: review of the literature and anatomic reevaluation. J Hand Surg 1986; 11A: 521-5.
- 11- William O, Thomas MD, Mobile AL, William M, Gottliebson BS, Tancredi F, et al. Isolated palmar displaced fracture of the base of index metacarpal: a case report. J Hand Surg 1994; 19: 455-6.
- 12- Sedel L. Les luxations carpo-métacarpiennes. A propos de 11 cas. Ann Chir 1975; 29: 481-9.
- 13- Loudyi D, Amar MF, Chbani B, Bennani A, Boutayeb F. Divergent carpometaacarpal joint dislocations of the ulnar four fingers. A case report. Chir Main 2009; 28: 168-70.
- 14- De Beer JD, Maloon S, Anderson P, Jones G, Singer M. Multiple carpometaacarpal dislocation. J Hand Surg 1989; 14B: 105-8.