

Luxations et instabilités du coude

Christian Dumontier
Hôpital Saint Antoine
& Institut de la Main, Paris

Les facteurs de stabilité du coude

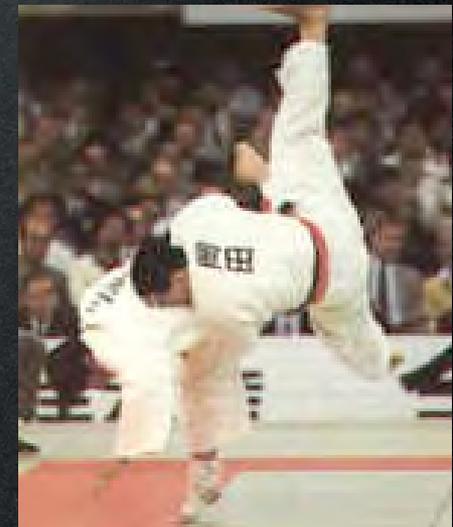


- Congruence des structures osseuses
 - Crochet olécranien
 - Crochet coronoidien
- Double appui des 2 os de l'avant-bras
- Ligaments collatéraux (médial et latéral)



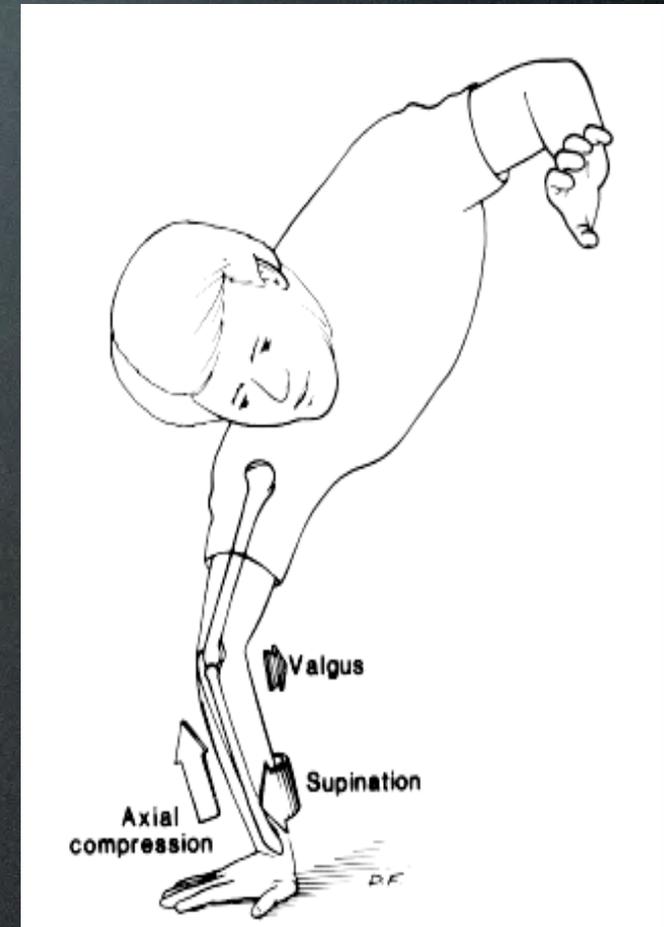
Mécanisme lésionnel du plan interne

- Valgus forcé coude déverrouillé (20 à 120°)
 - Chute (simple, appuyée)
 - Contre
 - Microtraumatisme : sport de lancer



L'instabilité aiguë du coude

- Entorse bénigne (rare)
- Instabilité médiale = entorse grave
- Luxations
 - Luxations + fractures associées

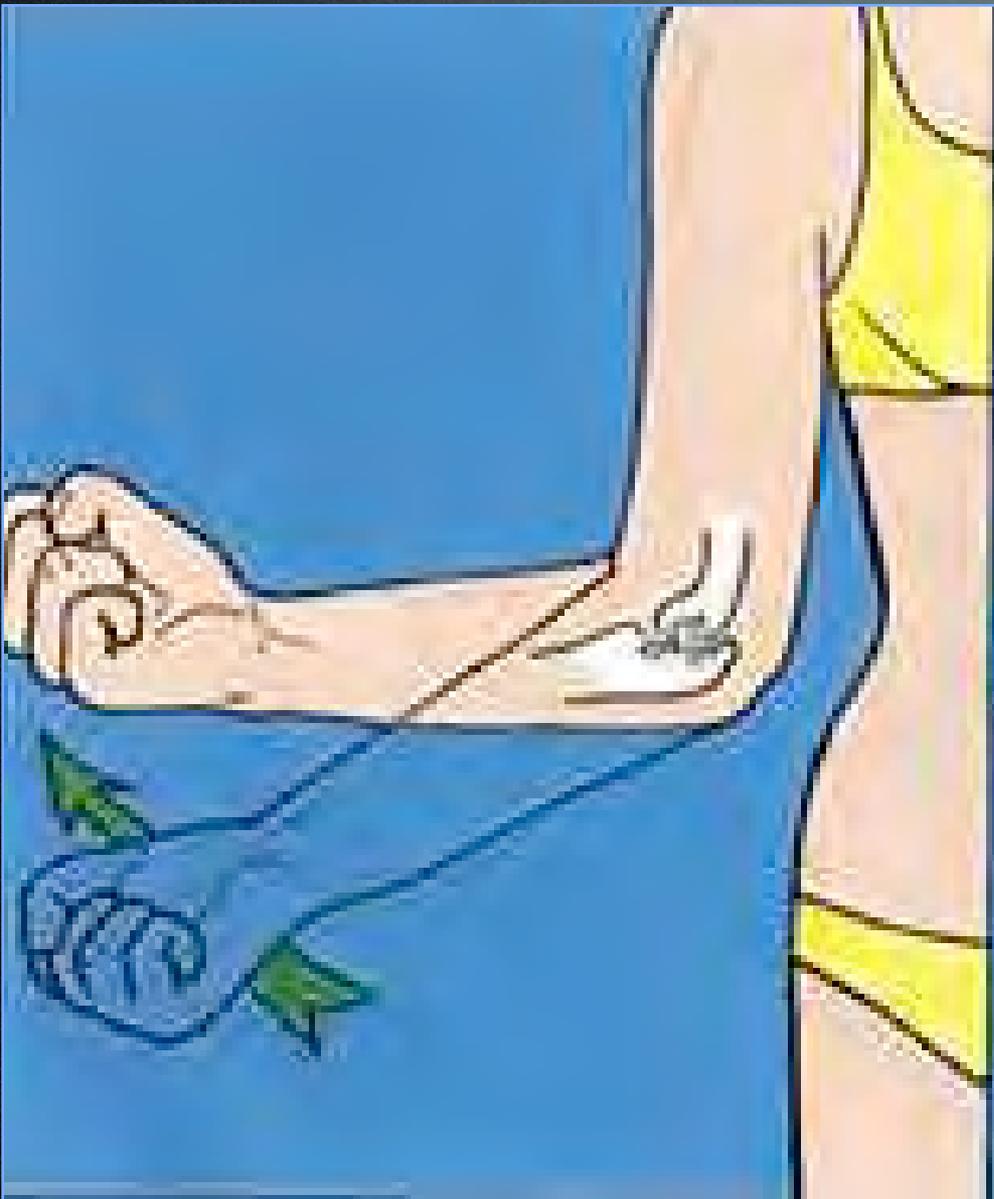


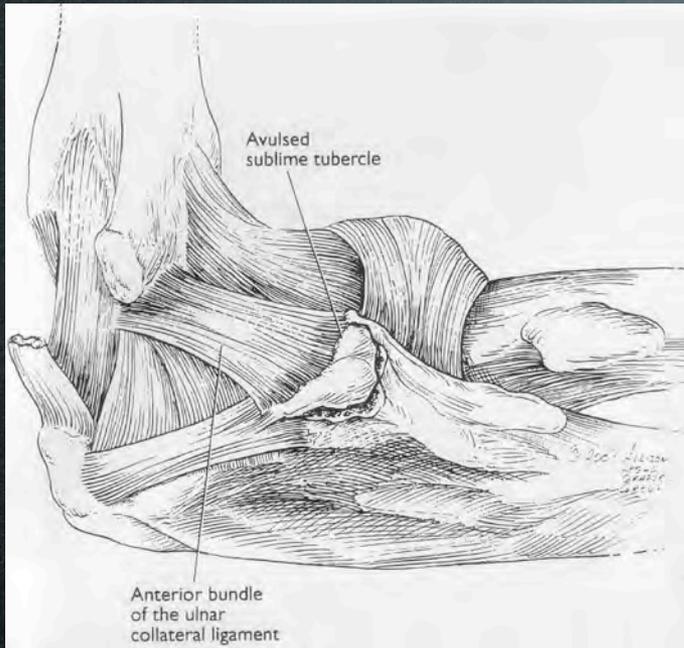
L'entorse grave du coude: début brutal

Bruit audible, déboîtement, déchirure

Douleur localisée sur le LLI:

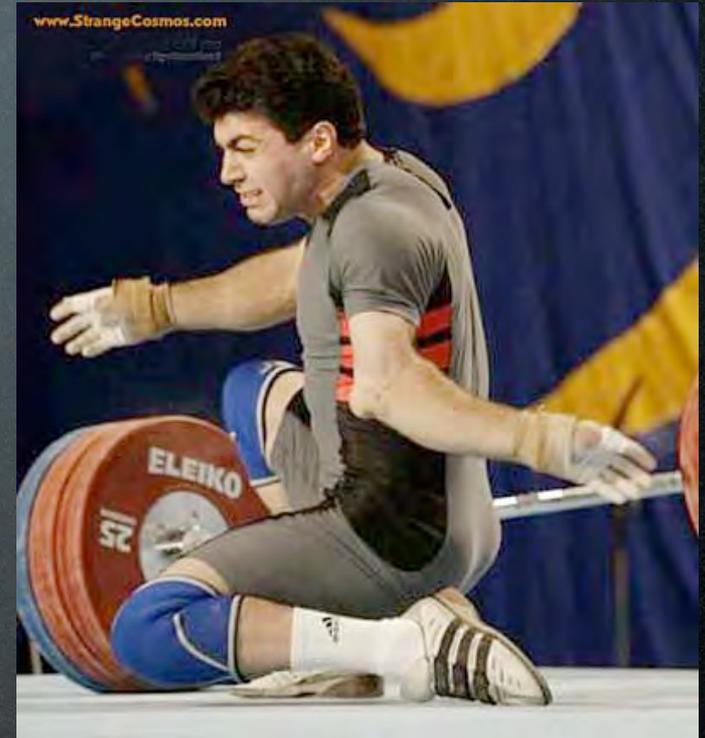
- Augmentée par la mise en tension (Valgus en pronation)
- Parfois douleur à la contraction contrariée des muscles épitrochléens
- Impotence variable (retardée, totale)
- Flessum





- Echographie
- Arthrographie – fuite capsulaire
- Irm, Arthro irm

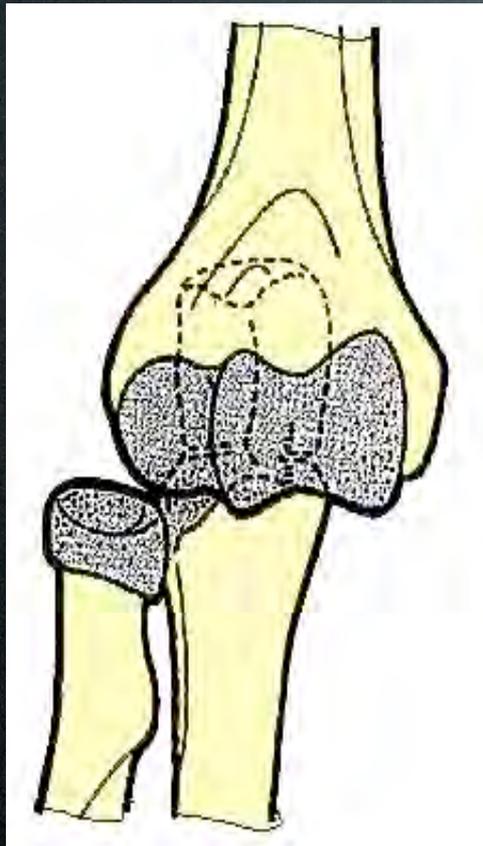
Luxations du coude



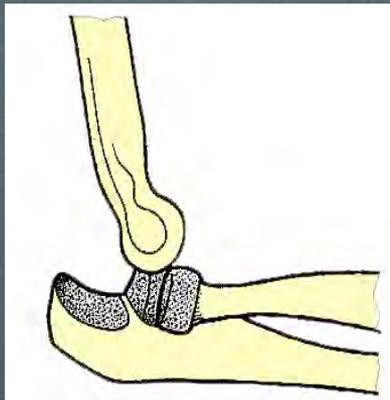
La luxation (postérieure) du coude



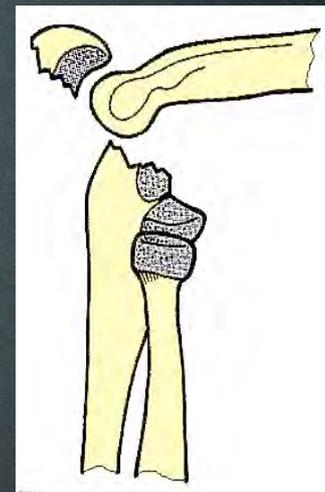
- 2ème en fréquence après l'épaule
- 10-25 % des traumatismes du coude
 - 6 luxations / 100000 personnes/an
 - Homme > Femme, \approx 30 ans
- Mécanisme en valgus et supination, bras plutôt en extension
- Fréquence des lésions associées



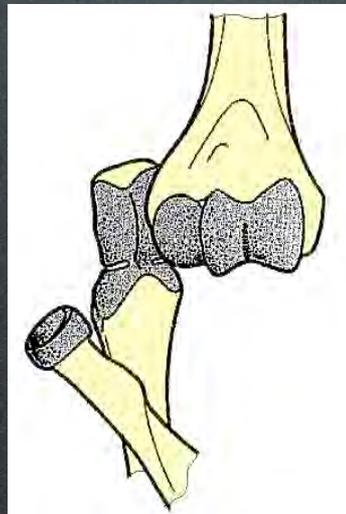
Postéro-externe +++



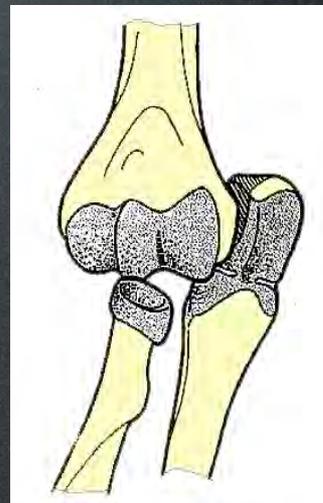
Postérieure pure



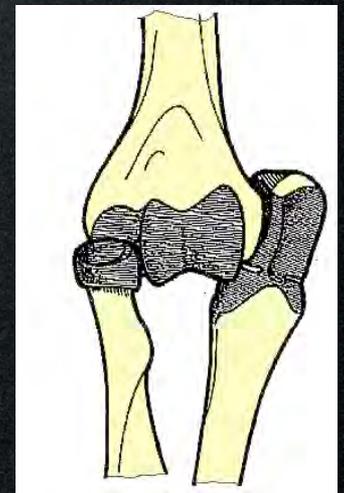
Antérieure



Externe



Interne



Divergente

Examen d'une luxation du coude

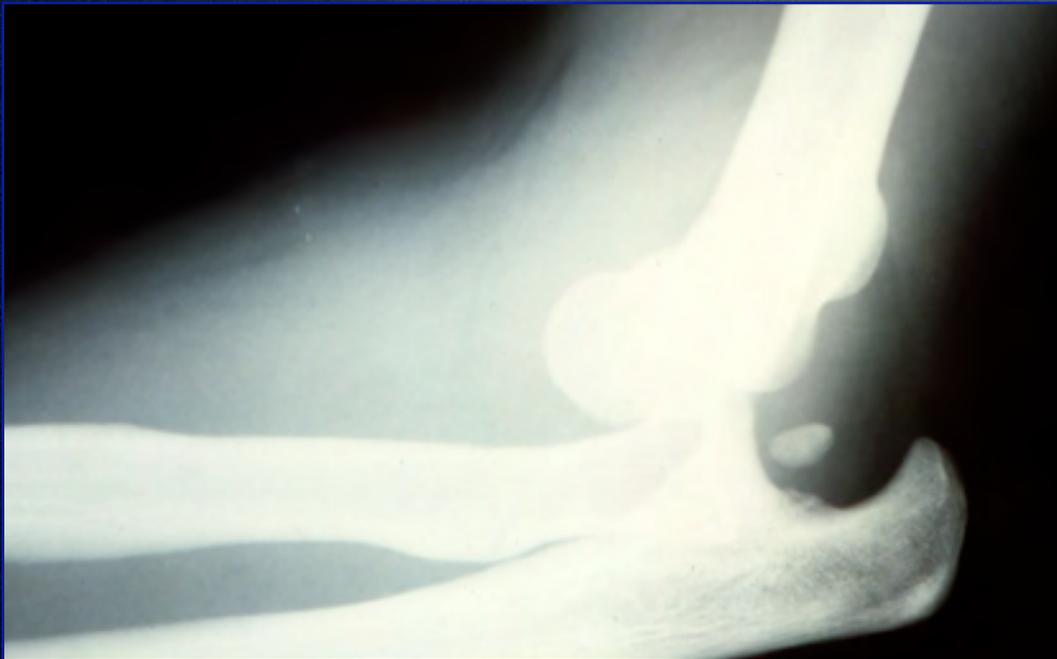
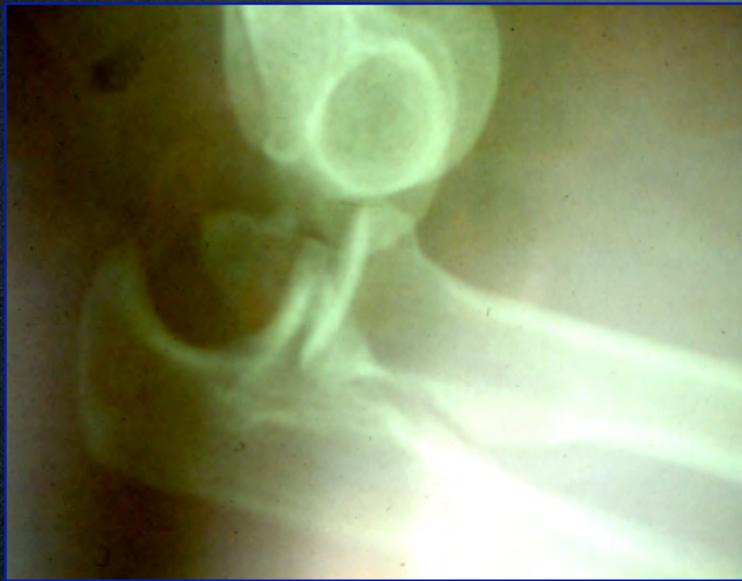
- **Coude volumineux**
- **Élargissement antéro-postérieur**
- **L'avant bras paraît plus court**
- **L'olécrane fait saillie en arrière**
- **La palette humérale est en avant**
- **Attitude en flexion et pronation**



Examen clinique d'une luxation du coude

- Très limité (par la douleur et l'impotence fonctionnelle) avant la réduction
- On recherche avant tout:
 - Des complications (Nerveuses)
 - Des lésions associées (poignet +++)





Arrachement de l'épicondyle



Arrachement de l'épitrôchlée



Interposition possible de l'épitrôchlée

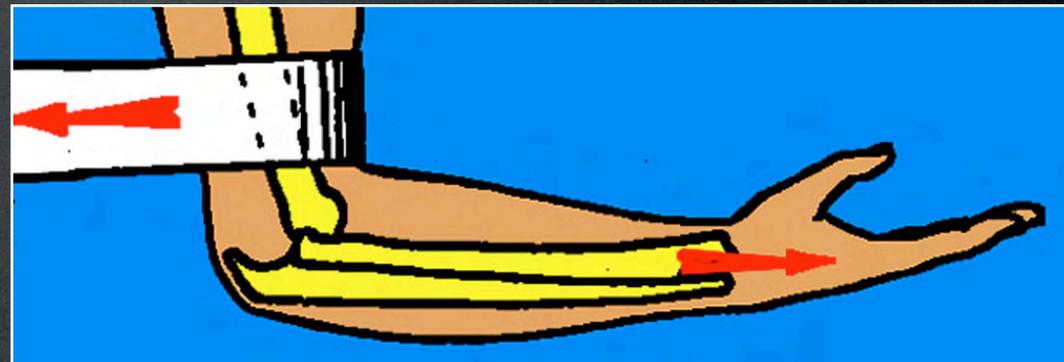
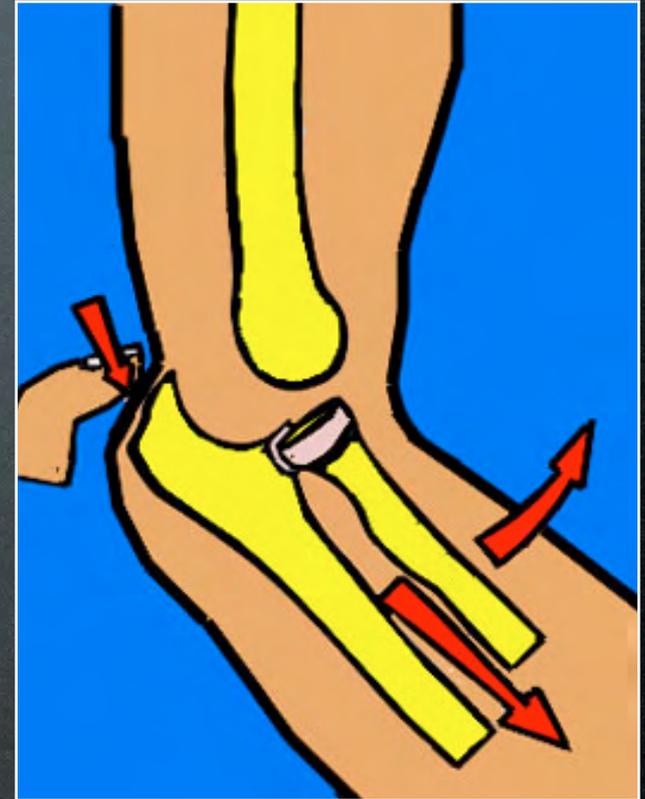


Les muscles épitrôchléens attirent le fragment qui bascule

Lors des grands déplacements : compression du cubital



Luxation isolée du coude: conduite à tenir



- Réduction sous anesthésie

Luxation isolée du coude: conduite à tenir

- ★ Testing sous anesthésie
 - ★ Re-luxation lors de la mise en extension ?
 - ★ Qualité du ligament collatéral médial lors du testing en valgus, en pronation et en supination, épaule en RE ?
 - ★ Qualité du Ligament collatéral latéral pour le contrôle du varus en pronation, épaule en RI
- ★ Bilan vasculo-nerveux
- ★ Radiographies de contrôle

Luxation du coude

Réduction sous anesthésie

Test de la stabilité
(mobilisation 0-145°)

Coude stable

Coude instable

Immobilisation antalgique
Mobilisation précoce

Test de la stabilité
Avant-bras en pronation

Coude stable

Coude stable à partir
de 30° flexion

Coude stable à partir
de 60° flexion

Coude instable

Orthèse
articulée
Avant-bras
pronation

Orthèse articulée
Blocage à 30°
extension
Avant-bras
pronation

Orthèse articulée
Blocage à 60°
extension
Avant-bras
neutre

Réparation
ligaments
± FE

Résultats

- La moitié ont une mobilité normale
- Un tiers ont une mobilité peu limitée (10-15%), d'importance proportionnelle à la durée d'immobilisation
- Un sixième ont un mauvais résultat

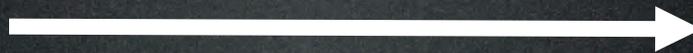
La moitié des patients ont des douleurs à l'effort

Il existe souvent une perte modérée de la force

Résultats

- L'évolution vers l'arthrose est liée à la persistance de l'instabilité et aux probables lésions cartilagineuses associées
- L'instabilité clinique est présente dans 15-35% des patients
- La luxation récidivante est très rare

Évolution arthrosique des instabilités du coude



Traitement chirurgical des luxations fraîches du coude ?

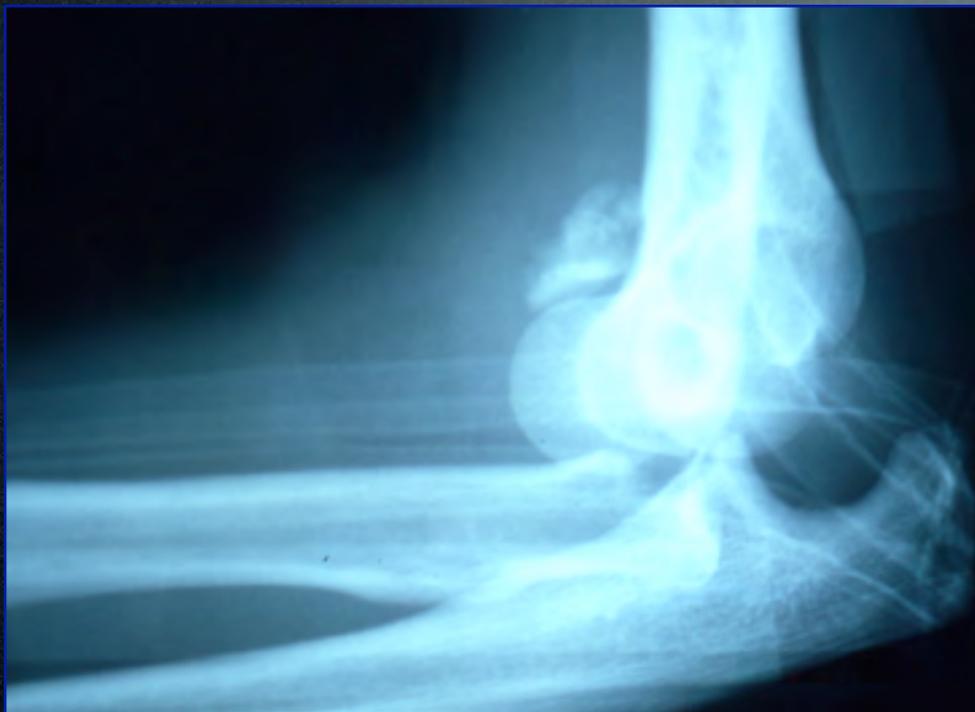
- Coude très instable (se re-luxe au-delà de 50-60° de flexion)
- Fractures associées +++

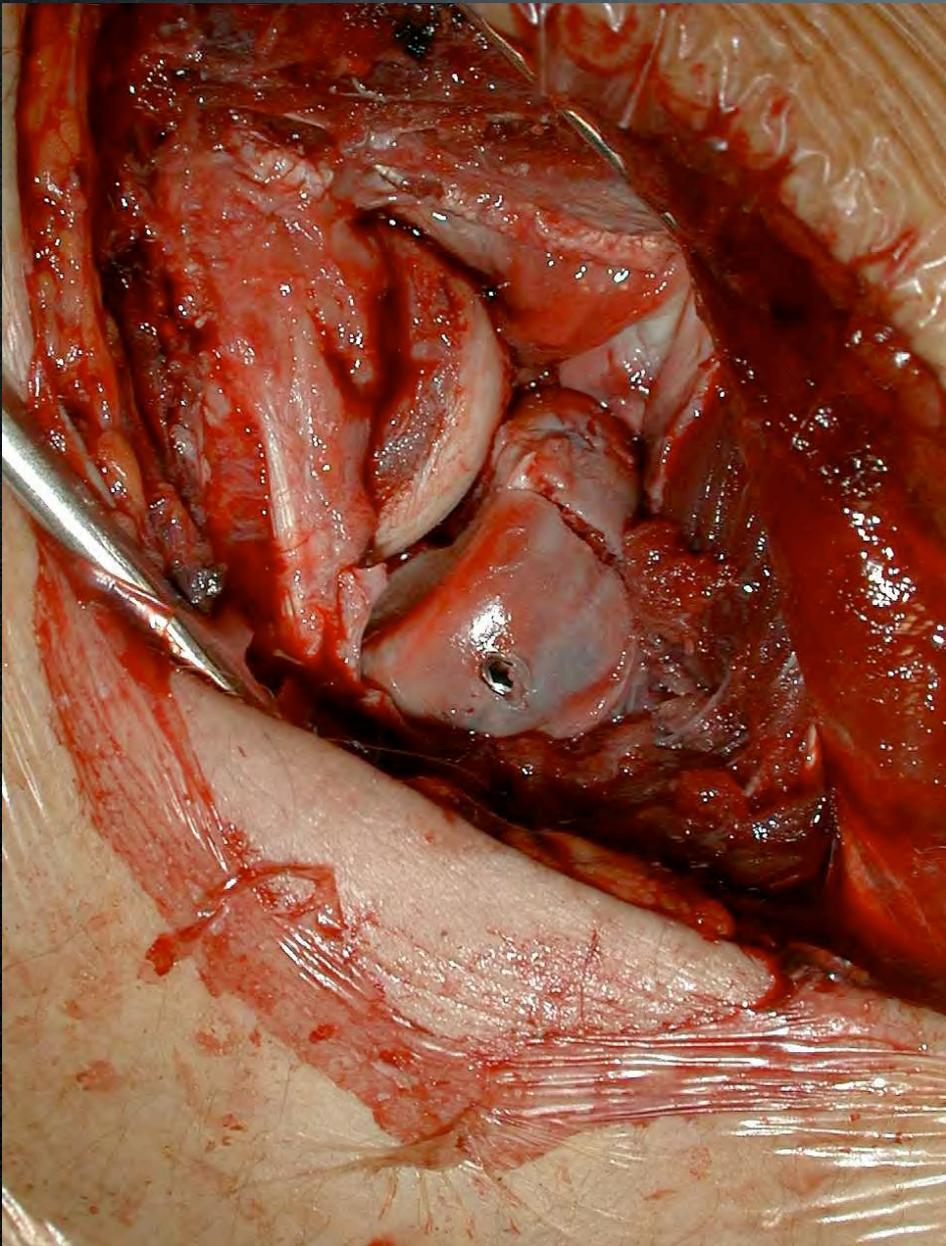
Instabilités aiguës par lésions osseuses ET ligamentaires

- Les associations fracturaires sont rares
 - Tête radiale: 5%
 - Coronoïde: 10%
 - Apophyses: 15%
- Elles sont graves car elles compromettent gravement la mobilité
- Elles doivent être traitées chirurgicalement

Luxation + fx tête radiale

- La résection isolée de la tête radiale entraîne une arthrose dans plus de 50% des cas entre 5 et 10 ans, favorise les récurrences de luxation
- La tête radiale doit donc être conservée (synthésée) ou remplacée (prothèse)



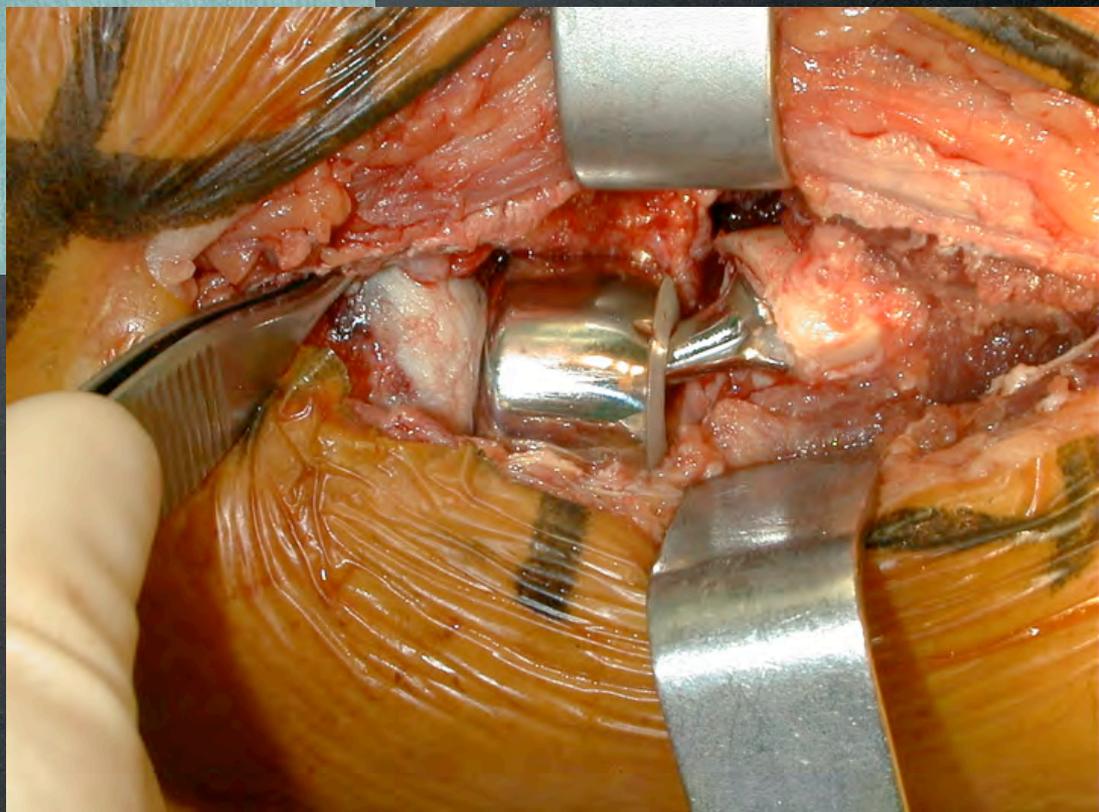


La synthèse est
souvent très difficile et
plutôt que de
s'exposer à un résultat
médiocre



L

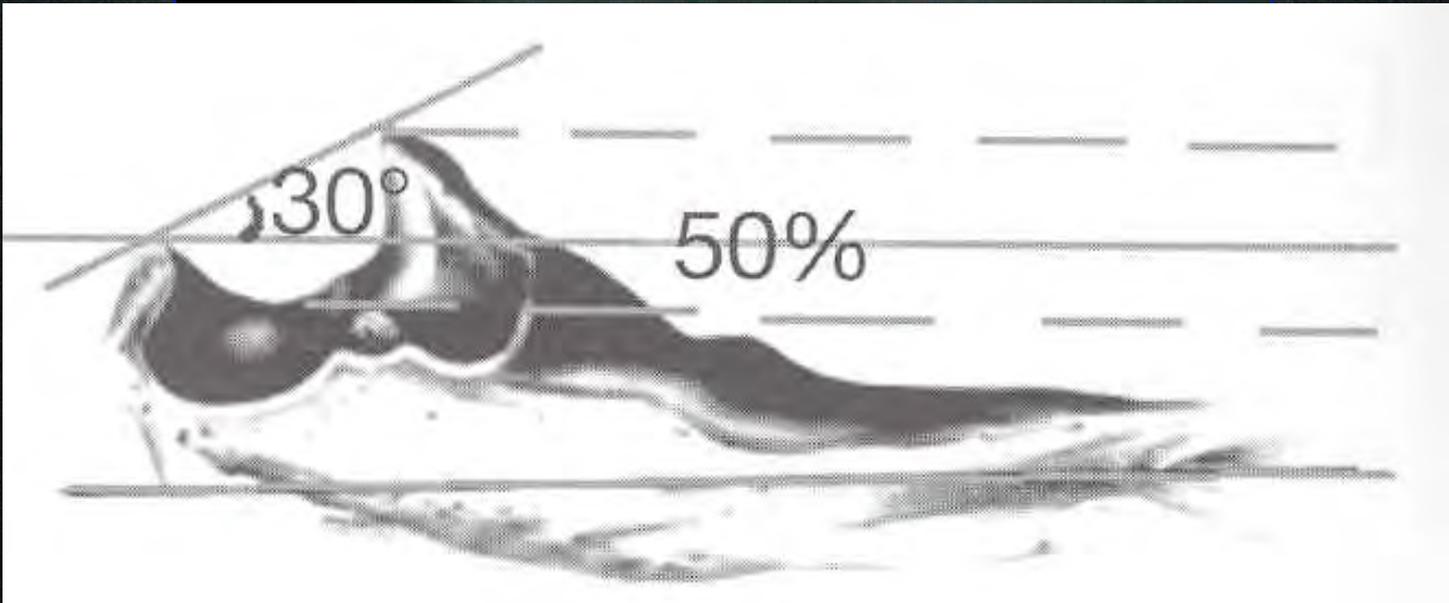
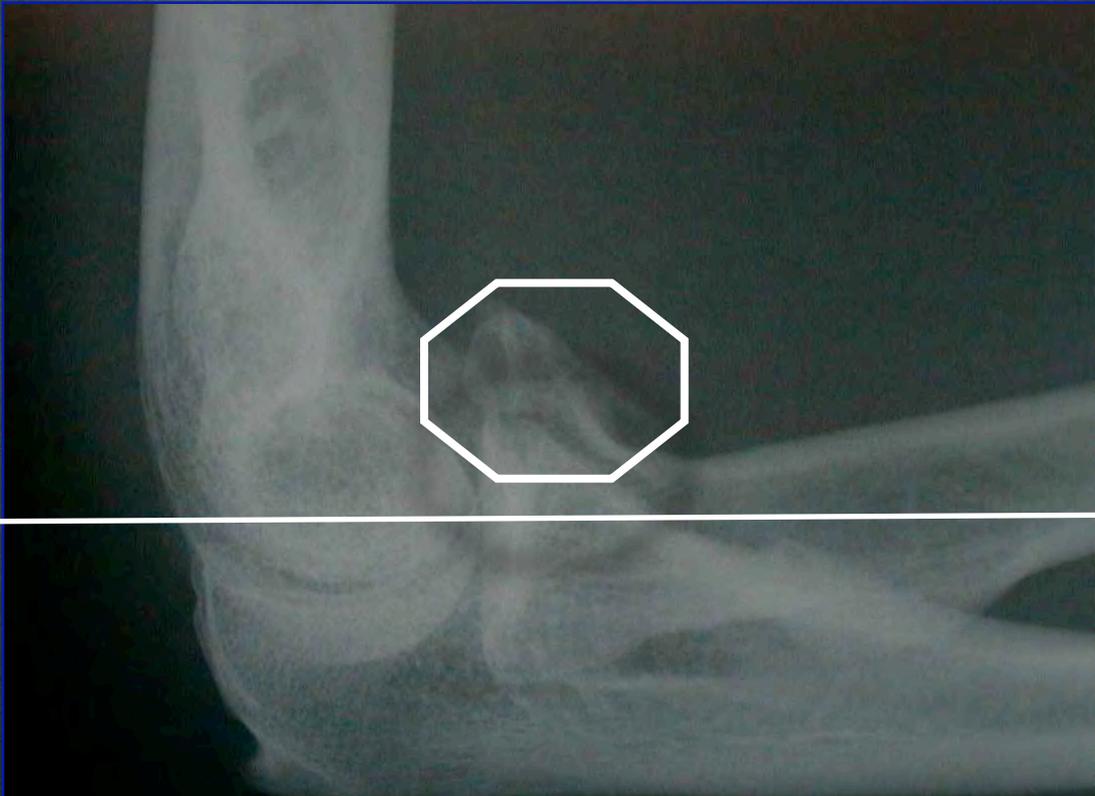




Fx de la coronoïde

- Le facteur de stabilité le plus important
- En général associée à une fracture de la tête radiale ("Terrible triad")
- En dehors des fractures faisant moins de 25% de la hauteur de la coronoïde, toutes les autres fractures doivent être synthésées
- Difficulté des voies d'abord







Luxation et Fx des apophyses





olécrane

5

2

3

1

coronoide

4

