

Traumatisme du membre supérieur

Dr Marchaland JP – Dr Bures - HIA Bégin, Saint Mandé

IFSI

Plan

- I- Fractures de la clavicule et lésions de l'articulation acromio- claviculaire**
- II- Lésions de la coiffe des rotateurs**
- III- Luxation d'épaule**
- IV- Fractures de l'extrémité inférieure du radius**

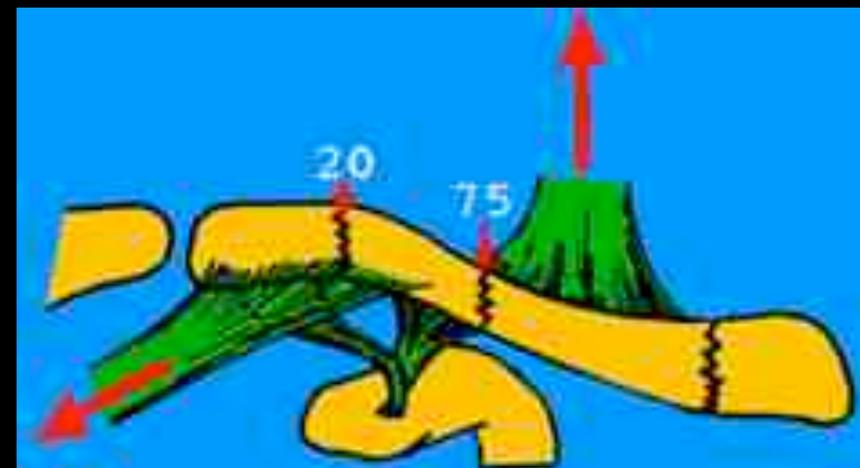
Attitude du patient traumatisé



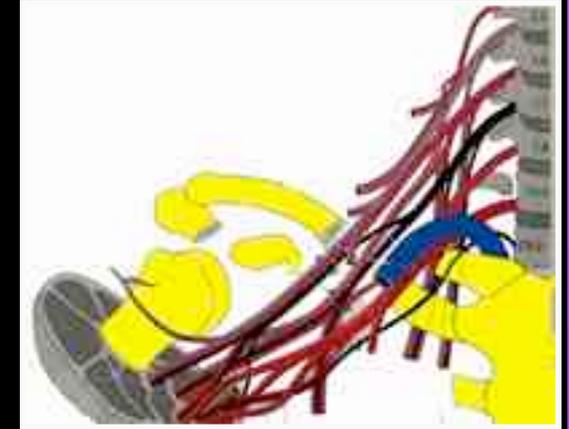
IFSI

I- Clavicule

- fréquentes
- plusieurs localisations
1/3 moyen ++++
- mécanisme :
indirect +++ (chute)
- clinique



- Complications :
vasculaires, cutanées, respiratoires
pseudarthroses, cal vicieux



- Traitement :
orthopédique +++
chirurgical : rare

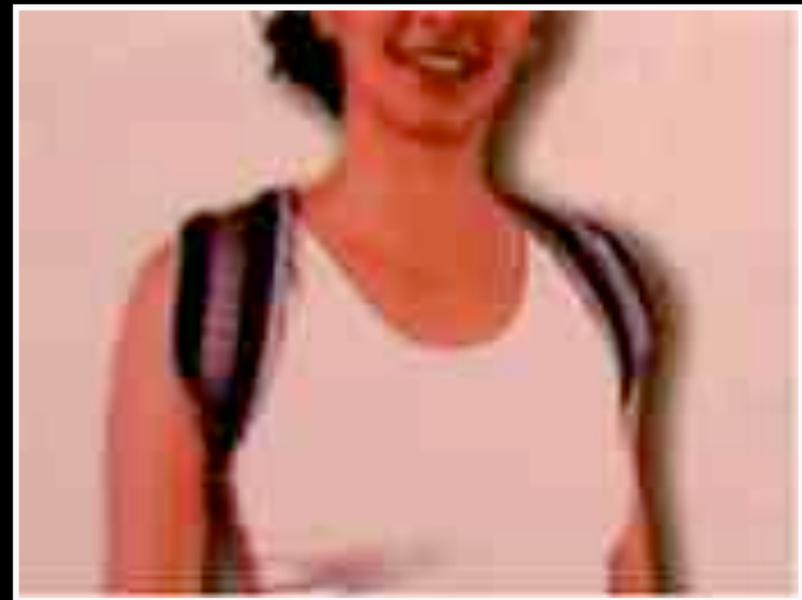


- Ttt Orthopédique :

Les anneaux claviculaires

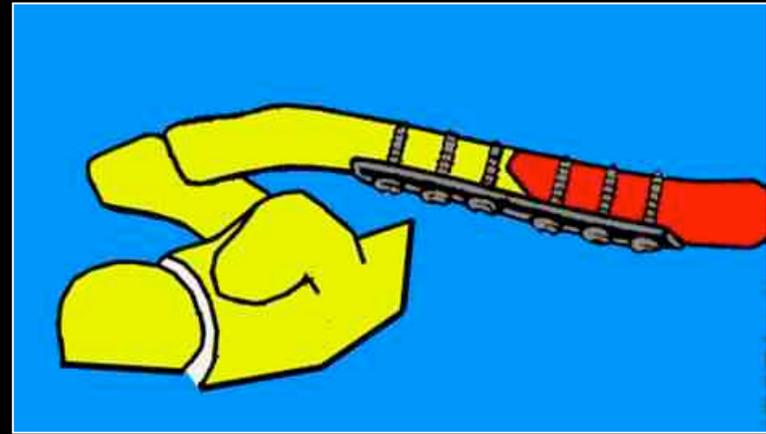
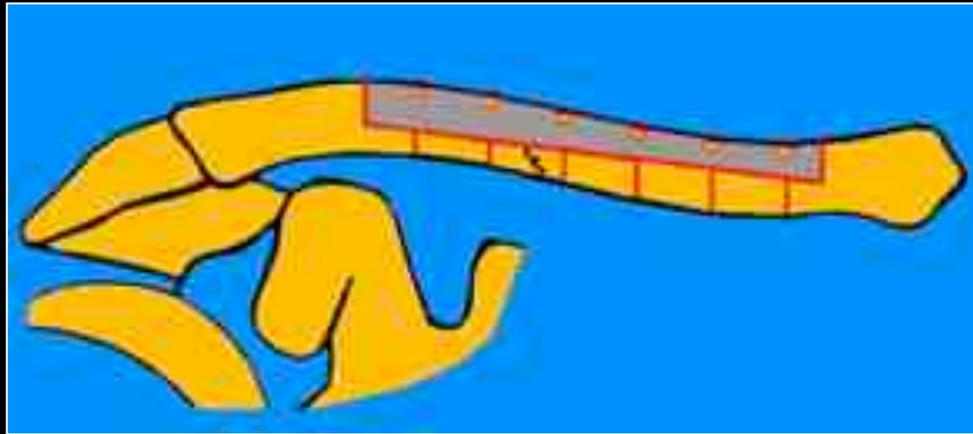
L' écharpe simple

L'attelle coude au corps



- Chirurgical :

Plaques d'ostéosynthèse

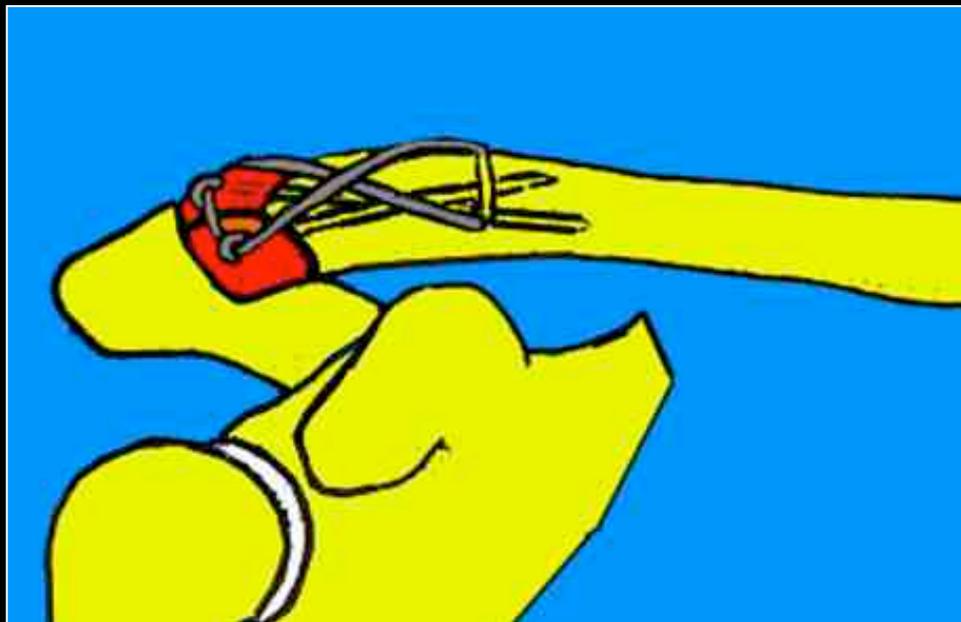


DANGER

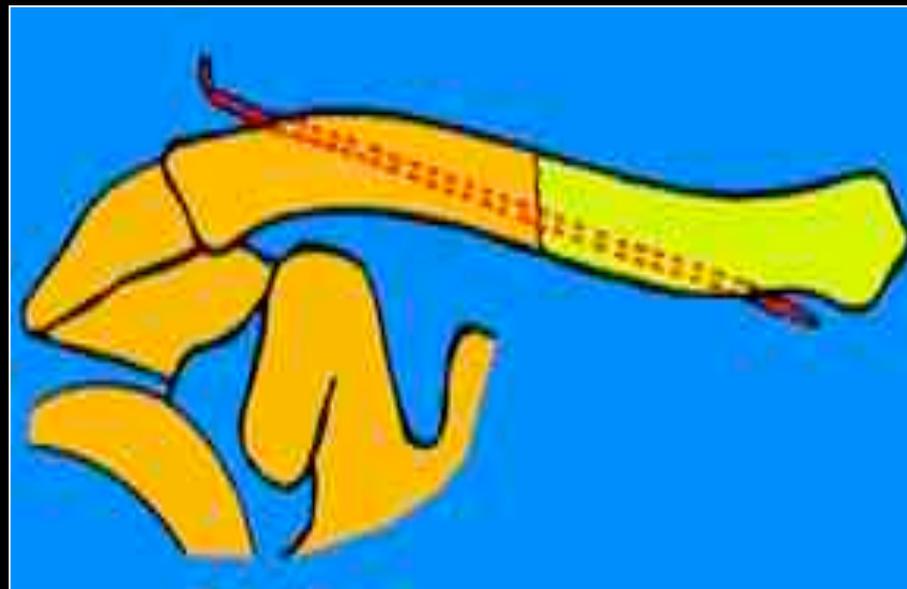


IFSI

Broches + hauban :



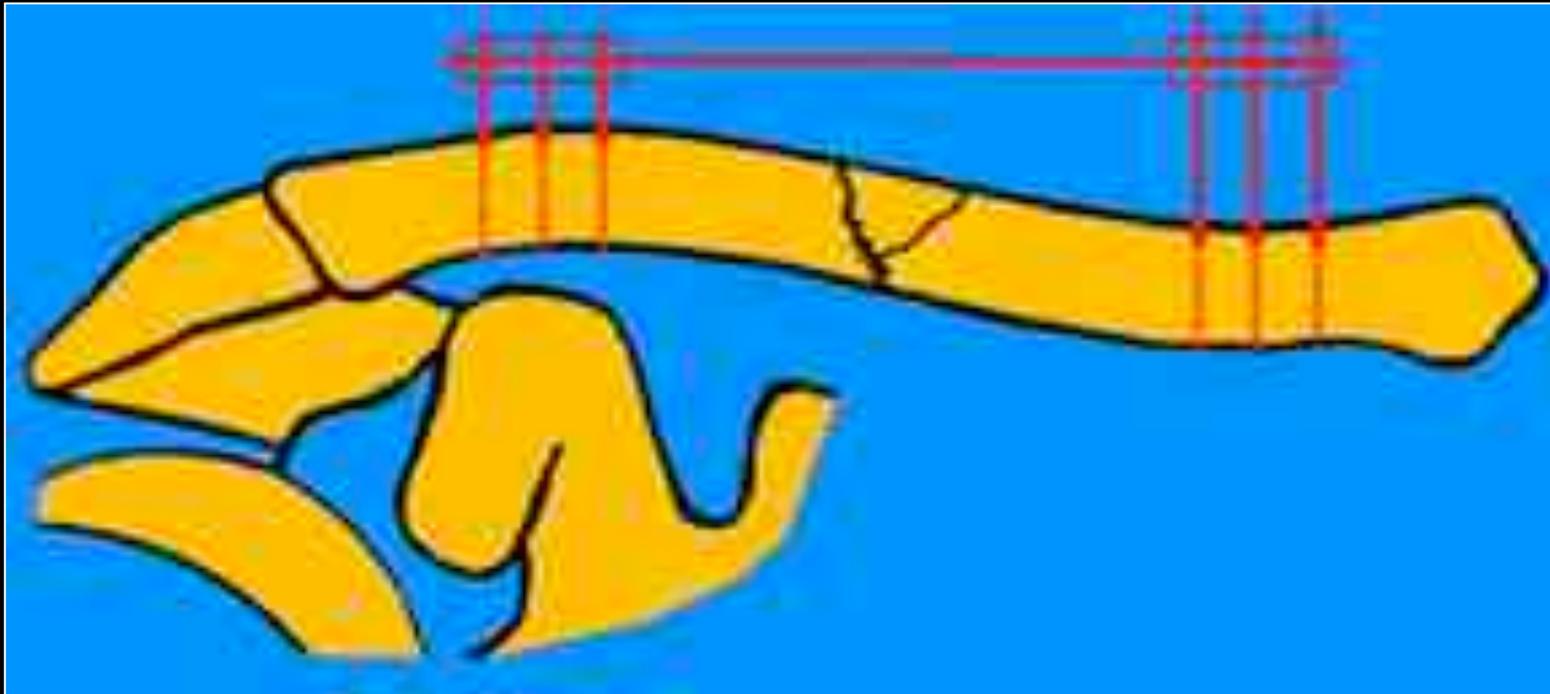
Quart externe



Tiers moyen

IFSI

- Fracture ouverte



Indications

Ttt orthopédique : + + + + +

Ttt chirurgical :

1/4 externe

ouverte ou menaçante
bilatérale , complexe



Plaque



Brochage

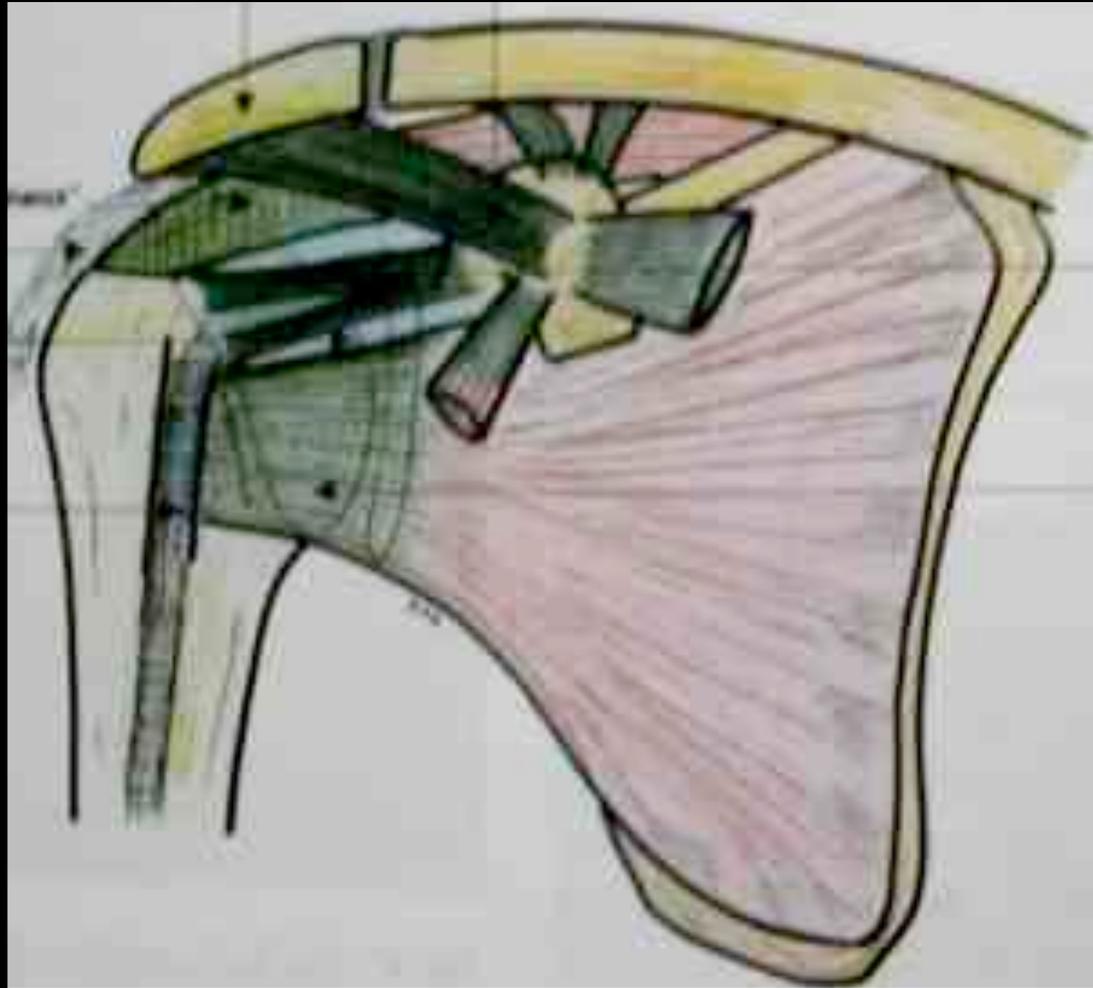


Cal vicieux



IFSI

- RAPPEL ANATOMIQUE



- Juste un mot sur l'acromio clavulaire



Stade I : entorse simple

Stade II:
rupture ligts acromio clavulaires

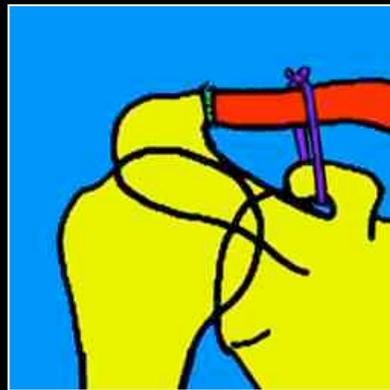


Stade III: + trapézoïde et conoïde

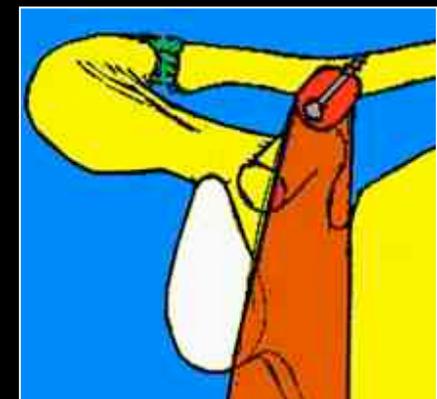
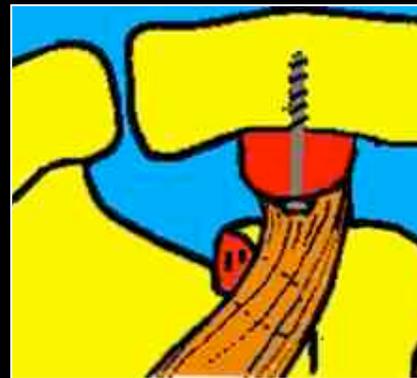
..... Et les stades 4 et 5

Traitement des lésions acromio- claviculaires

Brochage / Laçage



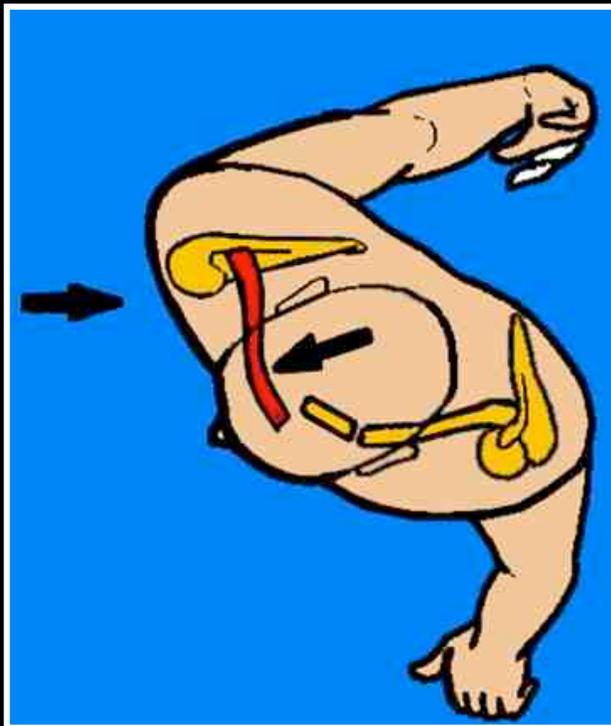
Vissage



- Et l'articulation sterno clavulaire

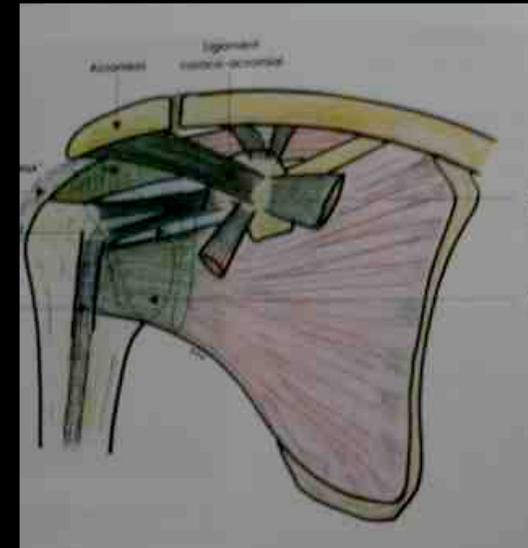
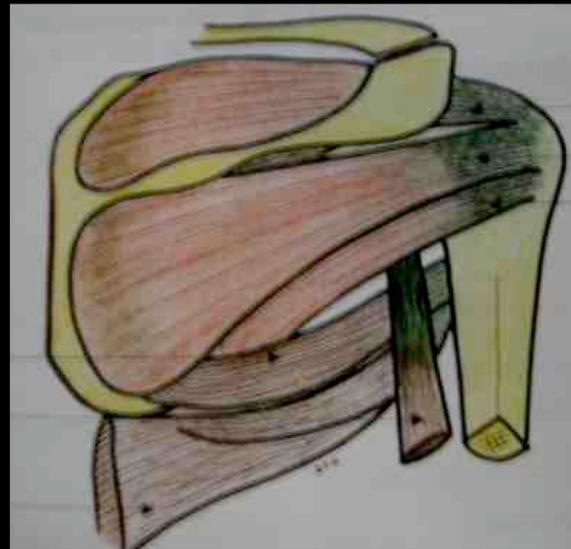
Rare +++

Dangereux si postérieur +++

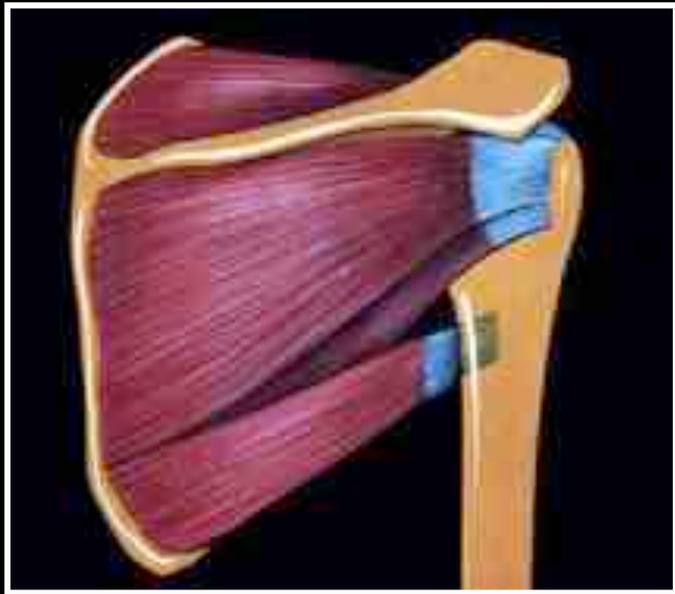


II- Lésions de la coiffe des rotateurs

- RAPPEL ANATOMIQUE



- Définition : atteinte des muscles



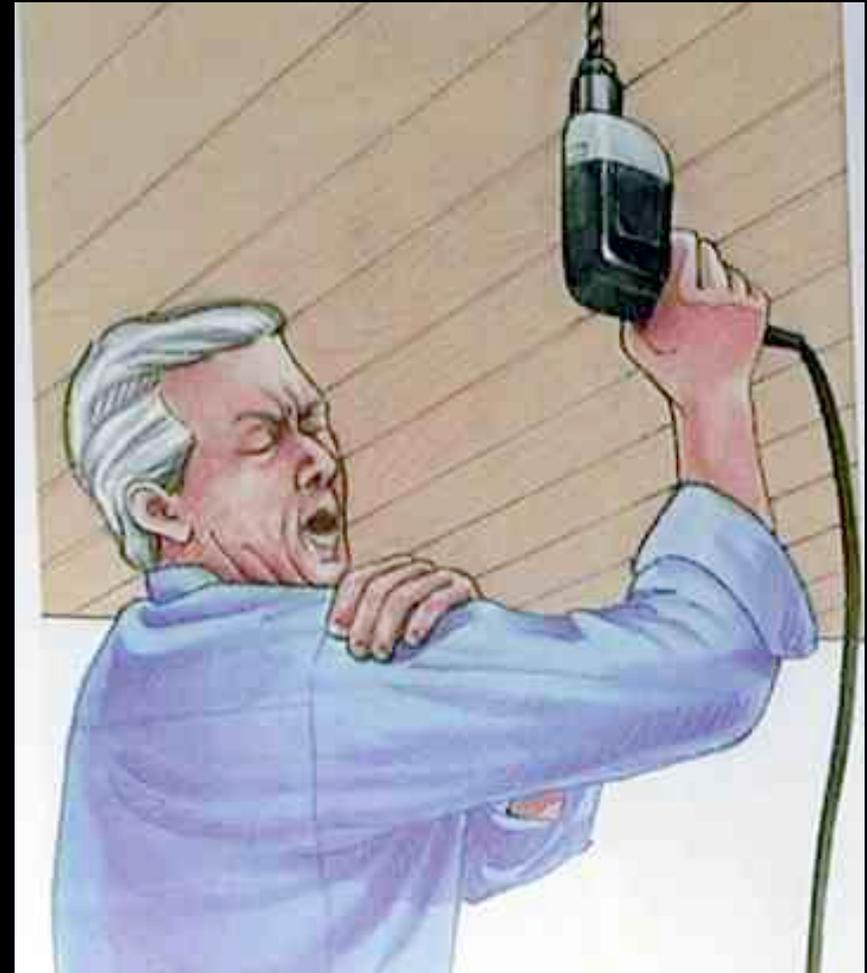
Postérieurs : RE



Antérieurs : RI



- Mécanisme



IFSI

- Clinique

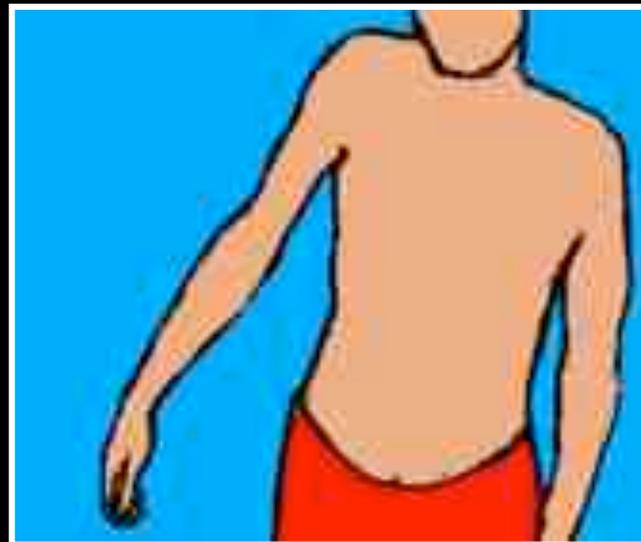
Impotence

Douleur +++ sous acromiale (nocturne ++)

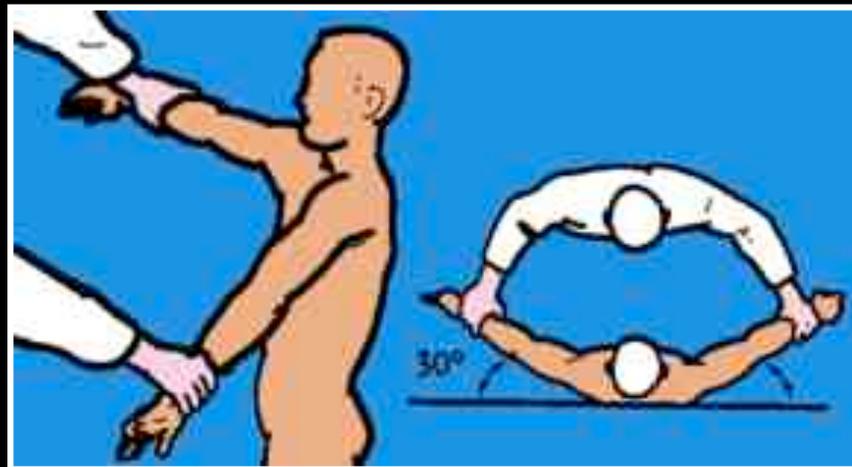
Abduction active = 0

Impossibilité de retenir le bras

Arc douloureux



- Testing du sus épineux : Jobe +++

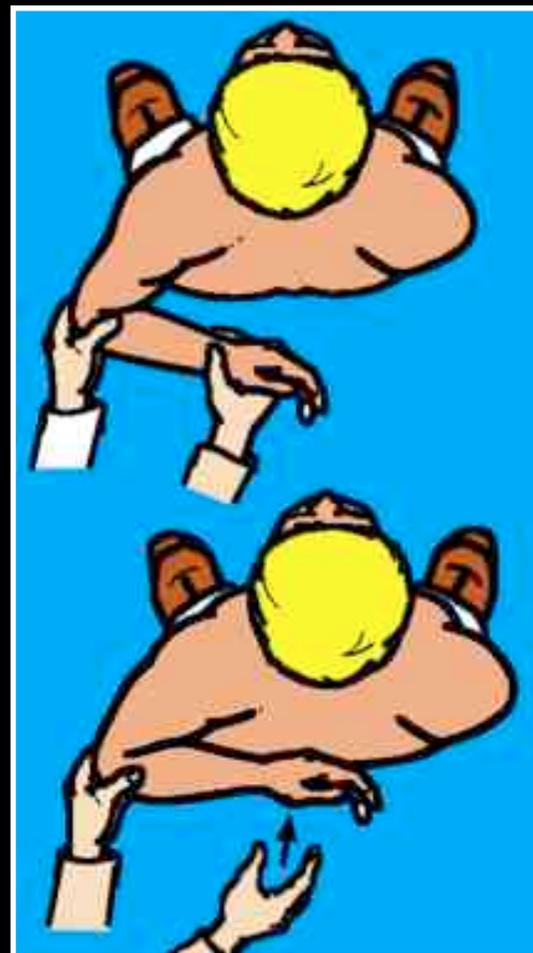


- Testing du sous épineux : RE contrariée



- Testing du sous scapulaire (Lift of test)

- Rupture du long biceps



- Radiologie (IRM)

- Arthrographie



< 7 mm

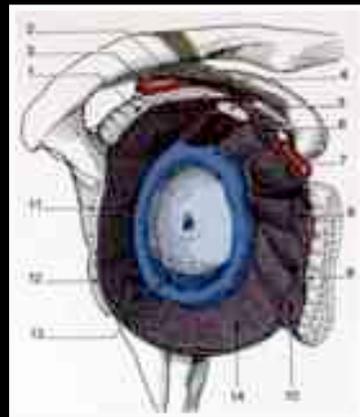
IFSI



IFSI

III- Luxation d'épaule

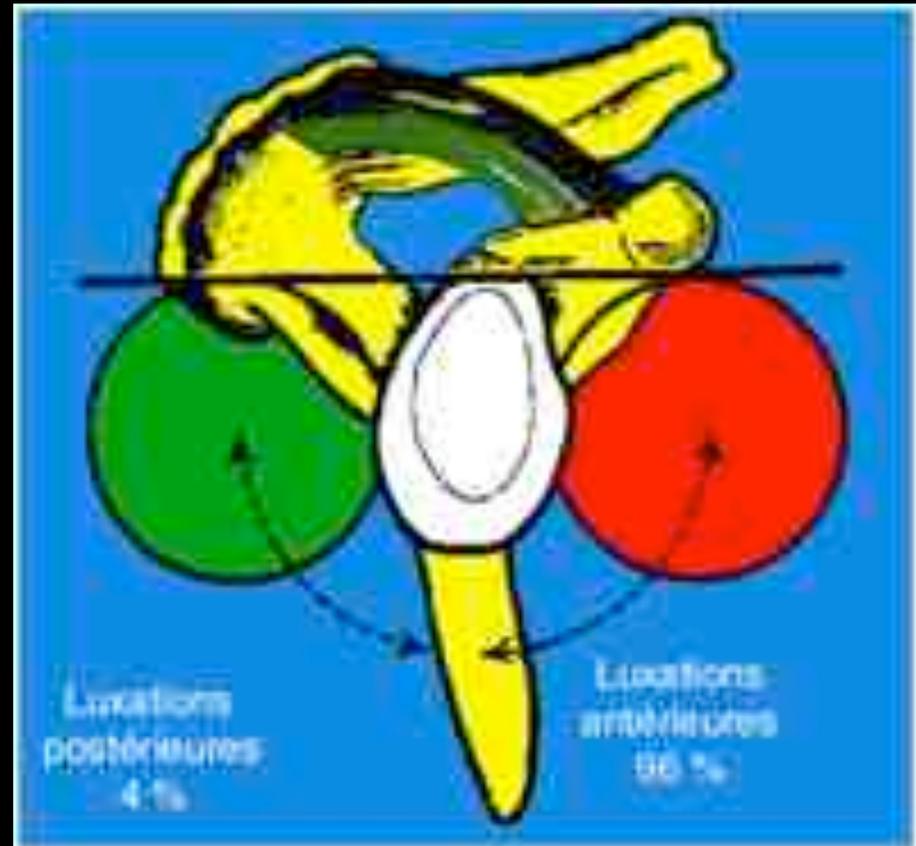
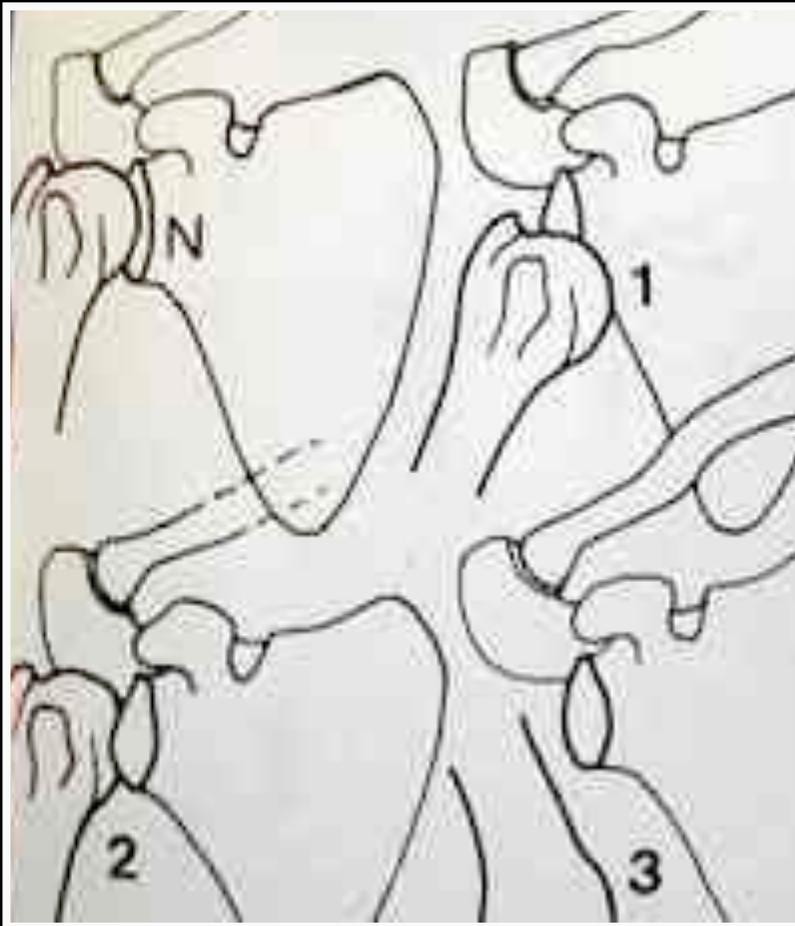
- Définition : mobile
incongruent



- Mécanisme :
chute sur la main
ABD + RE



- Types



- Se méfier des luxations postérieures +++

rares : épileptiques ++
méconnues +++

bras en abduction + RI

RE impossible +++

double contours
radiologique



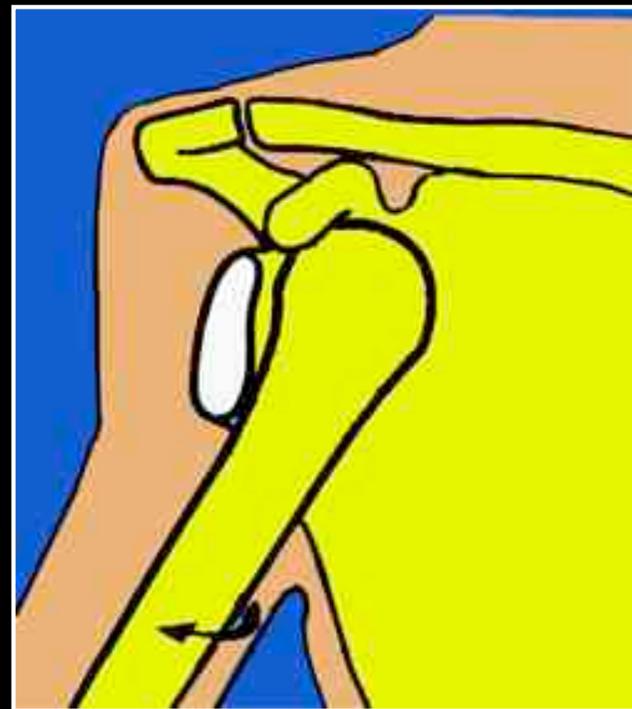
- Signes clinique : (forme antéro interne)

coup de hache externe : saillie acromiale

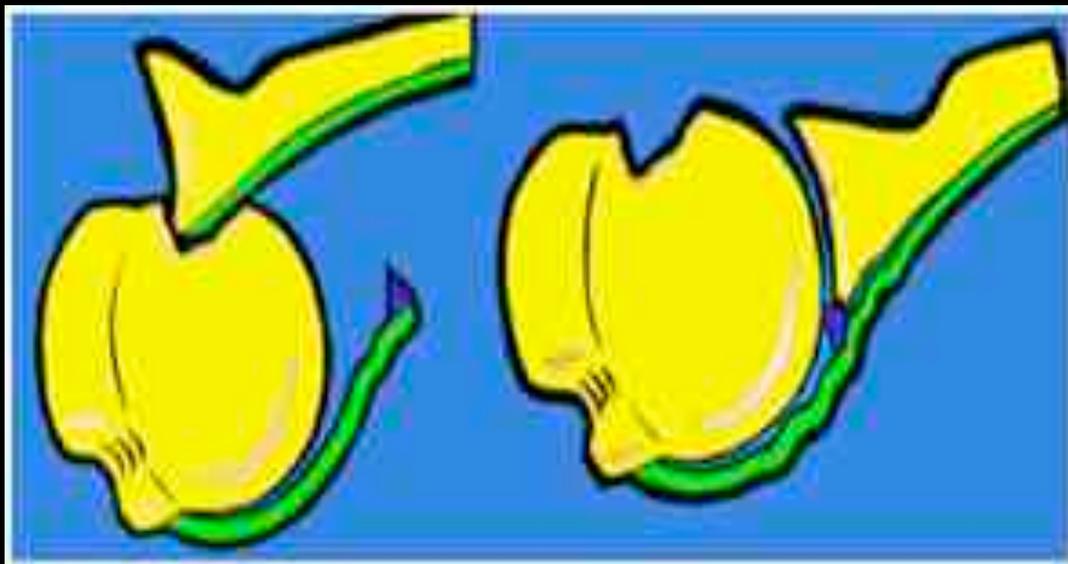
vide sous acromial

Tête humérale en avant

Bras en RE + ABD

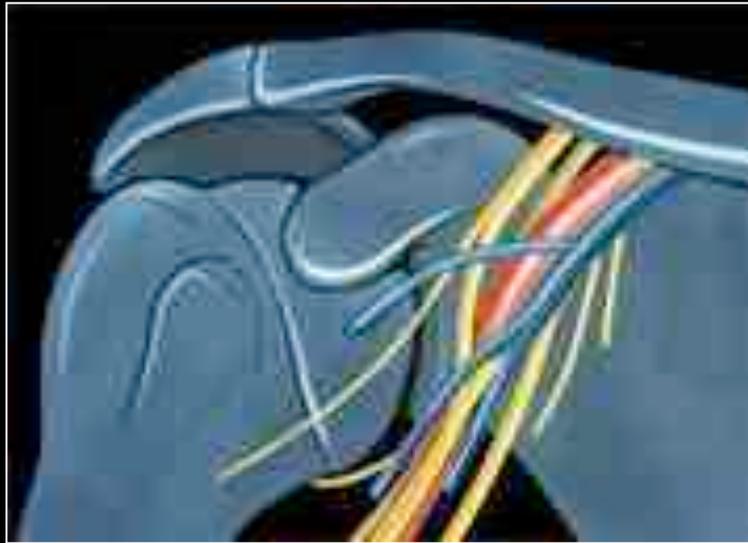


- Signes radiologiques
encoche / éculement glénoïdien



Complications des luxations gléno humérales

Précoces : **nerveuses**

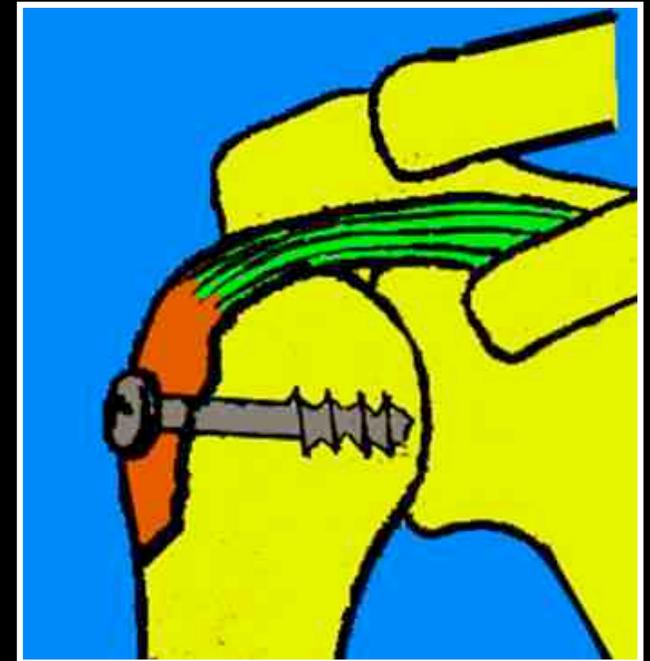


Vasculaires



IFSI

- Précoces :
osseuses : fractures trochantier (parfois
incafération !!!)



osseuses : fractures luxations



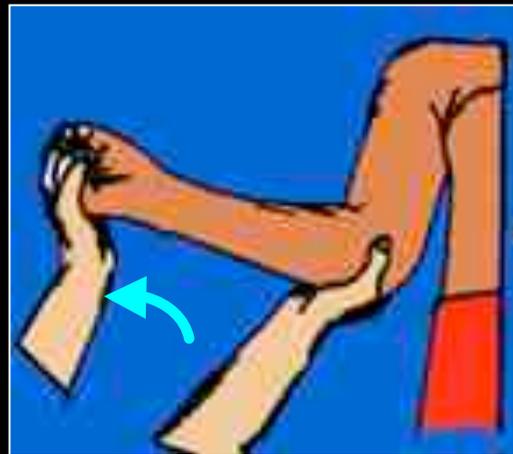
IFSI

- Réduction (forme antéro interne)aux urgences



1

Traction



2

Rotation externe



3

Adduction



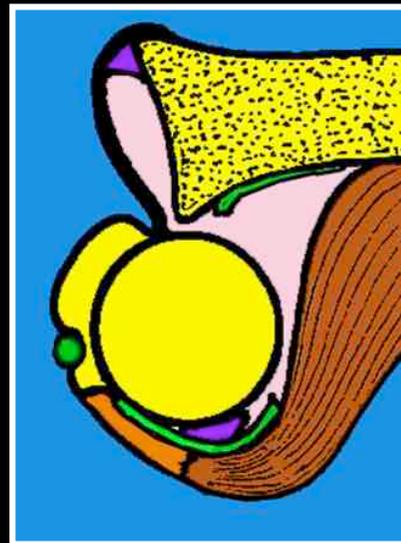
4

Rotation interne

- Complications tardives : **instabilité** (appréhension)

Encoche

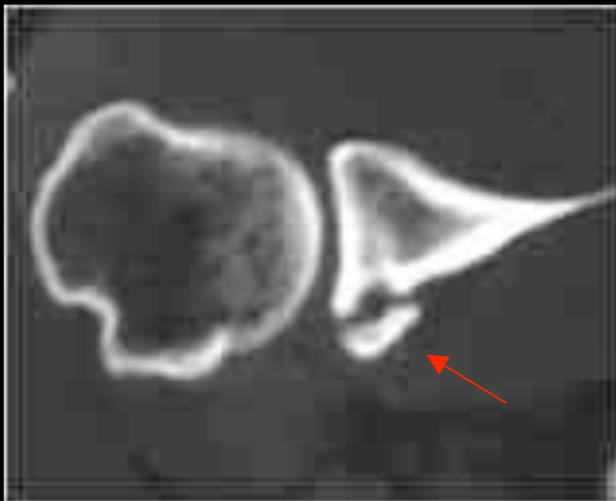
Atteinte du verrou antéro interne (LGHI)



- Facteurs d'instabilité :
Encoche



- Lésions du bord antéro inférieur de la glène



- Traitement de la luxation
immobilisation
rééducation
- Traitement de l'instabilité



Bankart

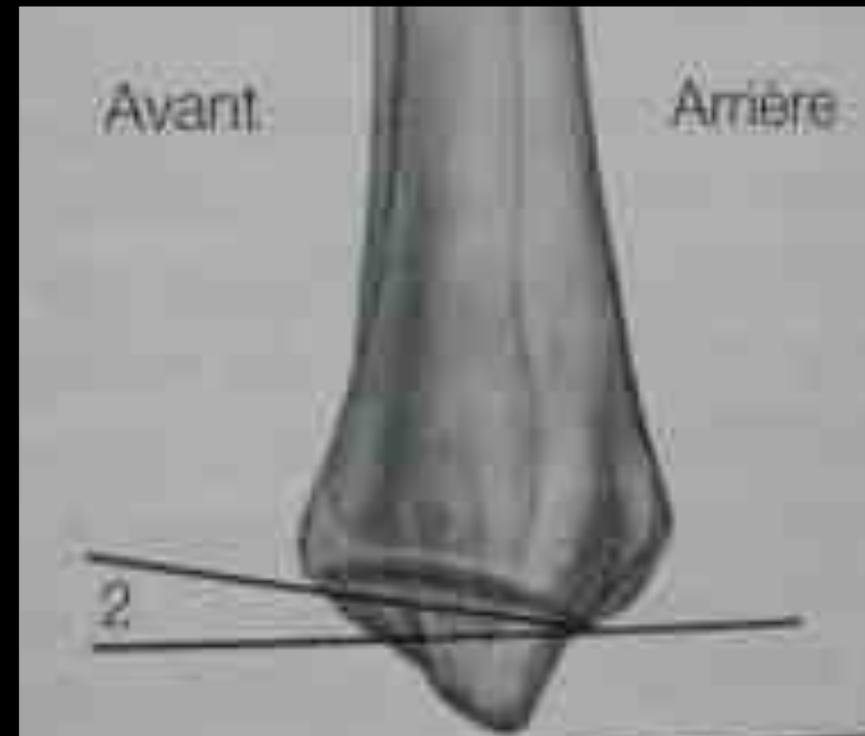


Butée

IFSI

IV- Fractures de l'extrémité inférieure du radius

- Physiologie :



Interligne radio carpien oblique – index radio cubital < +++

IFSI

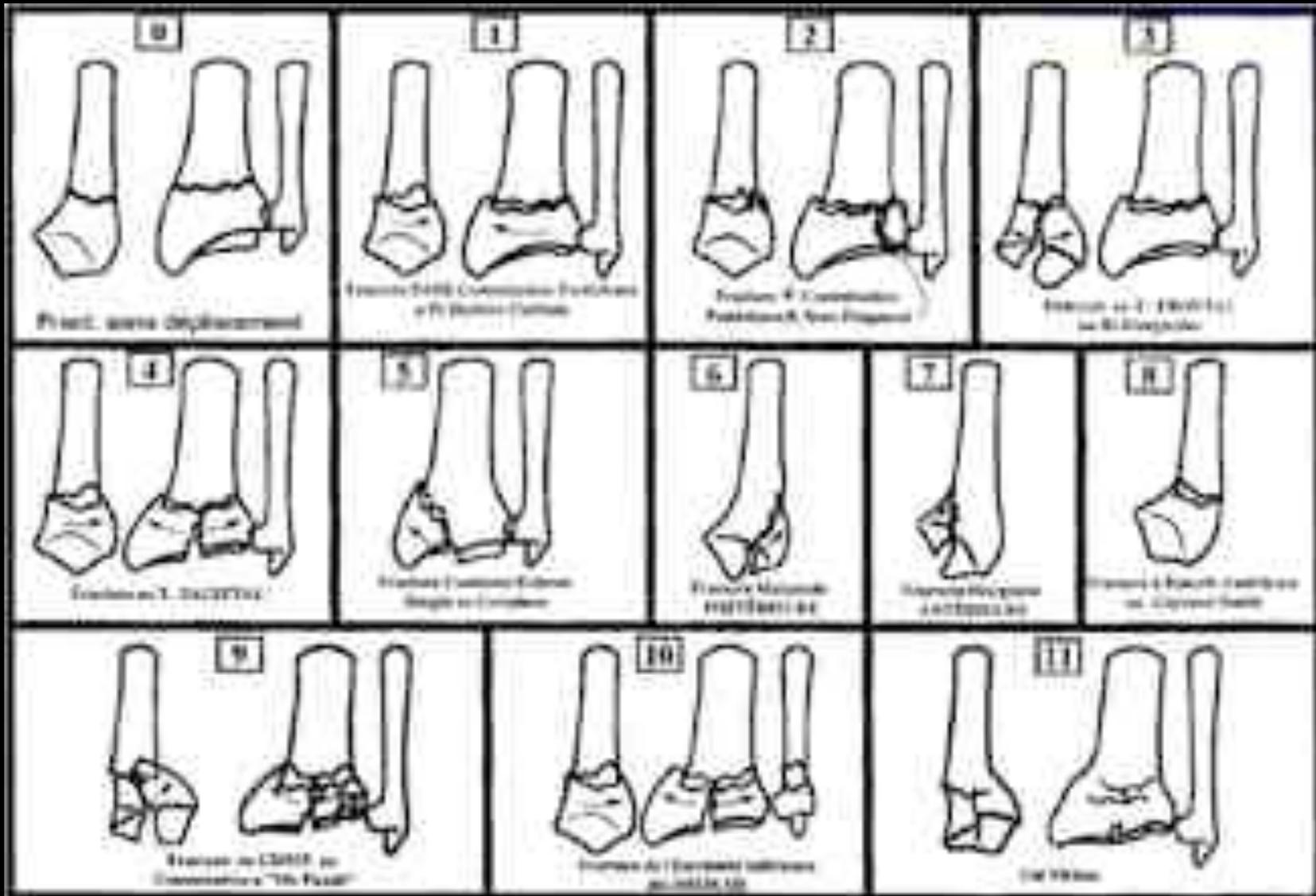
- **Signes cliniques**

Douleur

Impotence

Déformation +++





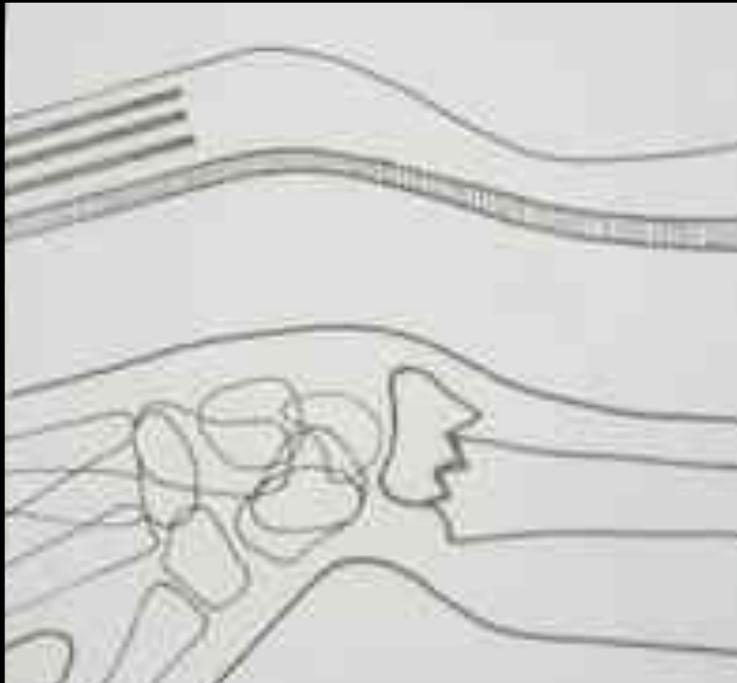
Fracture sans déplacement



- Fracture de Pouteau Colles

Chute en compression + hyperextension

Déformation en dos de fourchette



- Bascule postérieure + translation
- Ascension de la styloïde radiale



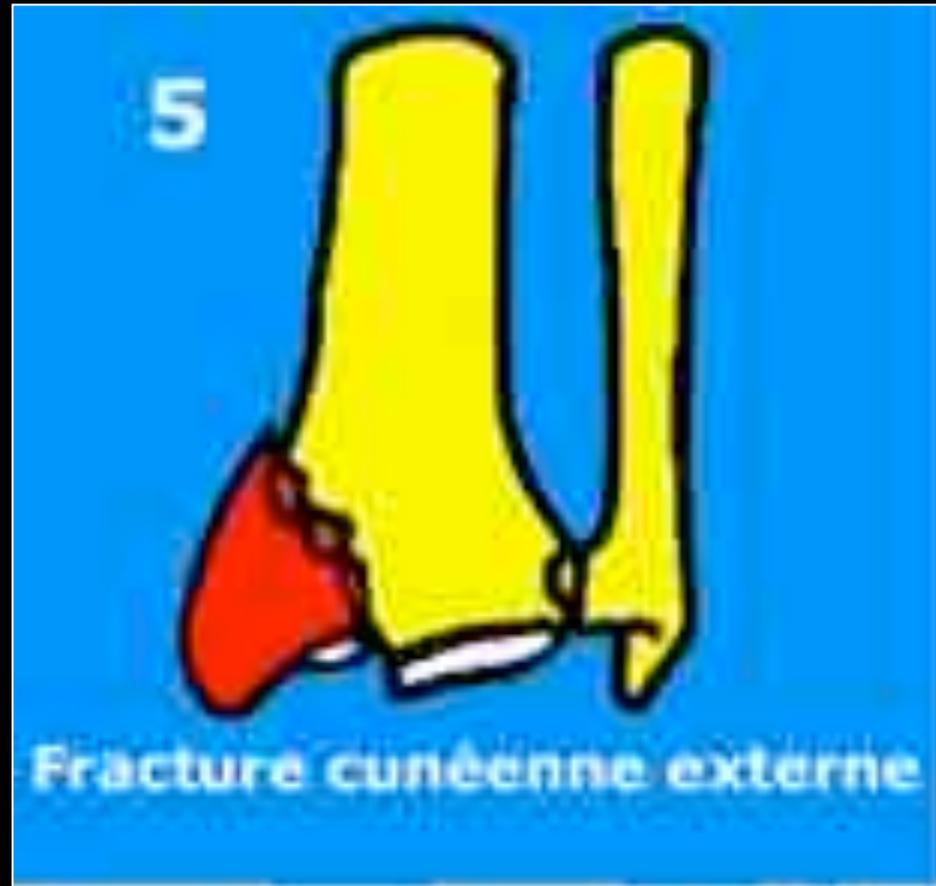


IFSI

- Fracture à déplacement antérieur : Goyrand
Chute en hyper flexion
Déformation en ventre de fourchette



- Fracture cunéenne
(Inclinaison radiale)



- Fracture de Gérard Marchand : la styloïde cubitale

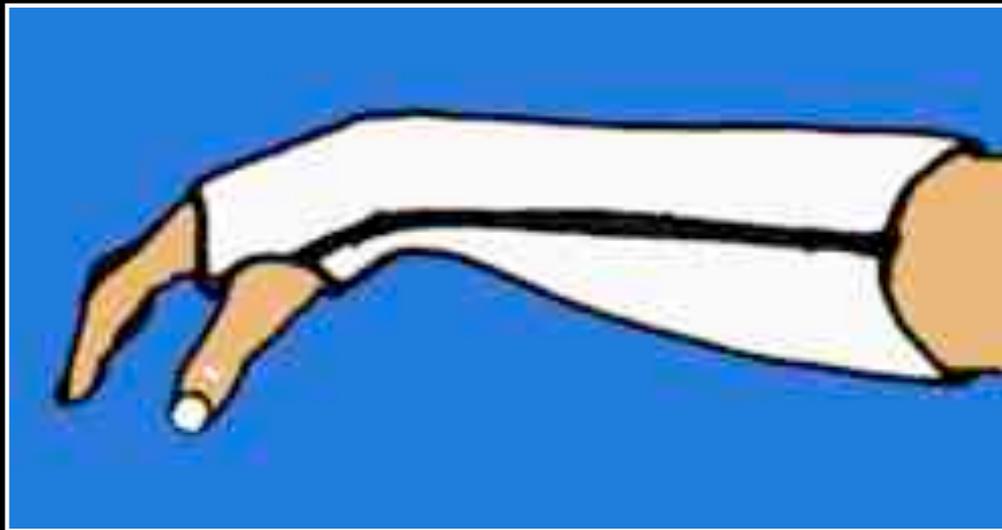


- Pourquoi c'est important d'analyser le déplacement ??



- Technique chirurgicale +++++

- Fracture à déplacement postérieur (Pouteau – Colles)
orthopédique si peu déplacé



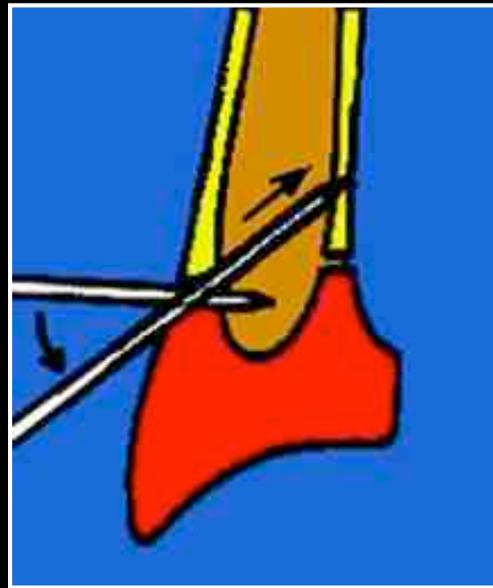
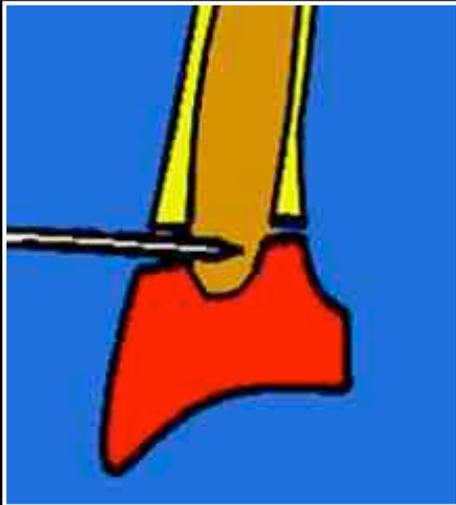
- Surveillance +++ : alerter le chirurgien +++



Conseils aux porteurs d'un plâtre

- A**
- Si les doigts ou les orteils sont gonflés, sensibles, douloureux ou enraidis, maintenir le membre en élévation.
 - Si aucune amélioration ne survient en une demi-heure, consulter immédiatement votre médecin.
- B**
- Mobilisez toutes les articulations qui ne sont pas dans le plâtre, en particulier les doigts et les orteils.
 - Si vous êtes porteur d'un plâtre de marche, utilisez-le en marchant en appui complet.
 - Si le plâtre devient lâche ou se fêlle, consultez dès que possible.

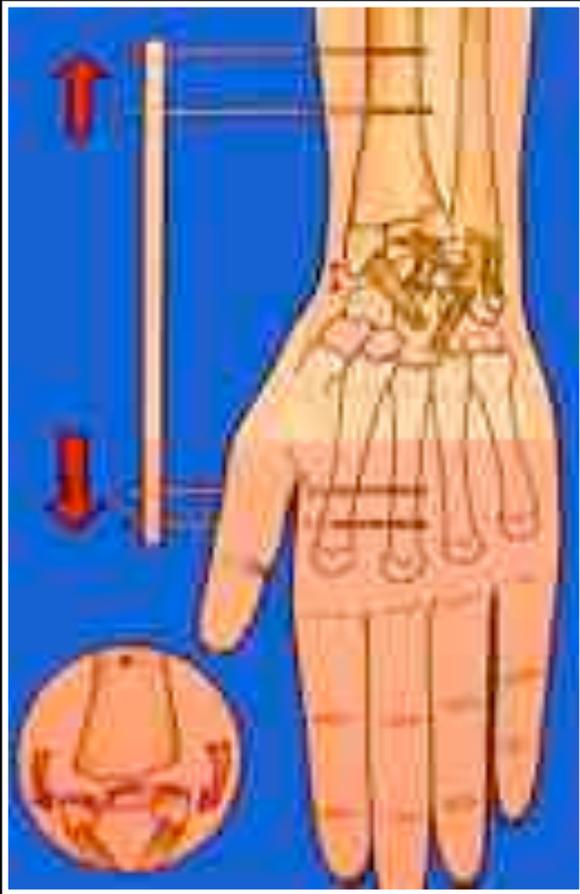
- Chirurgicale si déplaçée : Kapandji +++



- Si déplacement antérieur : type Goyrand
→ plaque



- Si fracture complexe ou ostéoporose +++ :
fixateur



- Complications :
Cal vicieux
Syndrome du canal carpien
Plâtre
Algoneurodystrophie

