

Pr Ag C. DERDOUS

Université de BATNA

Faculté de médecine

Polycopié : pour externes 5^{ème} année et internes

Les Disjonctions Acromio - Claviculaires

Plan :

I. Introduction

II. Rappelle anatomique

1. Anatomie
2. Physiologie

III. Etude anatomopathologique

1. Mécanisme
2. classification

IV. Clinique

V. Bilan radiologique

VI. Evolution et complications

VII. Traitement

1. Orthopédique
2. Chirurgical

VIII. Conclusion

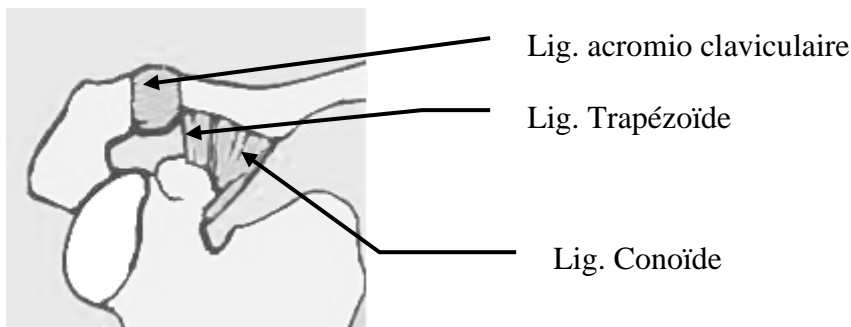
Disjonctions Acromio - Claviculaires

I. Introduction :

- Les disjonctions acromio-claviculaires (DAC) récentes sont des lésions remontant à moins de trois à quatre semaines, délai à partir duquel il n'est plus possible d'espérer une cicatrisation ligamentaire.
- Elles touchent préférentiellement une population masculine et rencontrées régulièrement en pratique sportive.
- L'entorse en est la manifestation la plus fréquente, la disjonction est l'expression majeure, en raison des lésions ligamentaires qu'elle comporte.
- Le traitement est en fonction du stade anatomo pathologique, il peut être orthopédique ou chirurgical.

II. Rappel anatomique et physiologique

La clavicule est solidement attachée à l'omoplate (l'acromion) d'une part par les ligaments acromio-claviculaires et d'autre part à l'apophyse coracoïde par le ligament trapézoïde et le ligament conoïde. Le ligament coraco-acromial n'intervient pas dans la stabilité acromio-claviculaire. Il peut être utilisé dans certaines techniques de ligamentoplastie coraco-claviculaire.



Les mouvements de la clavicule sont complexes et participent à tous les mouvements de l'épaule (antépulsion, rétropulsion, circumduction etc.). Les ligaments entre l'omoplate et la clavicule sont donc importants et la mobilité des articulations sterno-claviculaires et acromio-claviculaires doivent être intactes pour une bonne fonction.

III. Etude anatomo pathologique

1. mécanisme :

Les entorses et disjonctions acromio-claviculaires surviennent lors de *chocs directs* sur l'épaule ou chutes sur le moignon de l'épaule. Ce sont des *accidents sportifs* fréquents. 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 :

2. Classification :

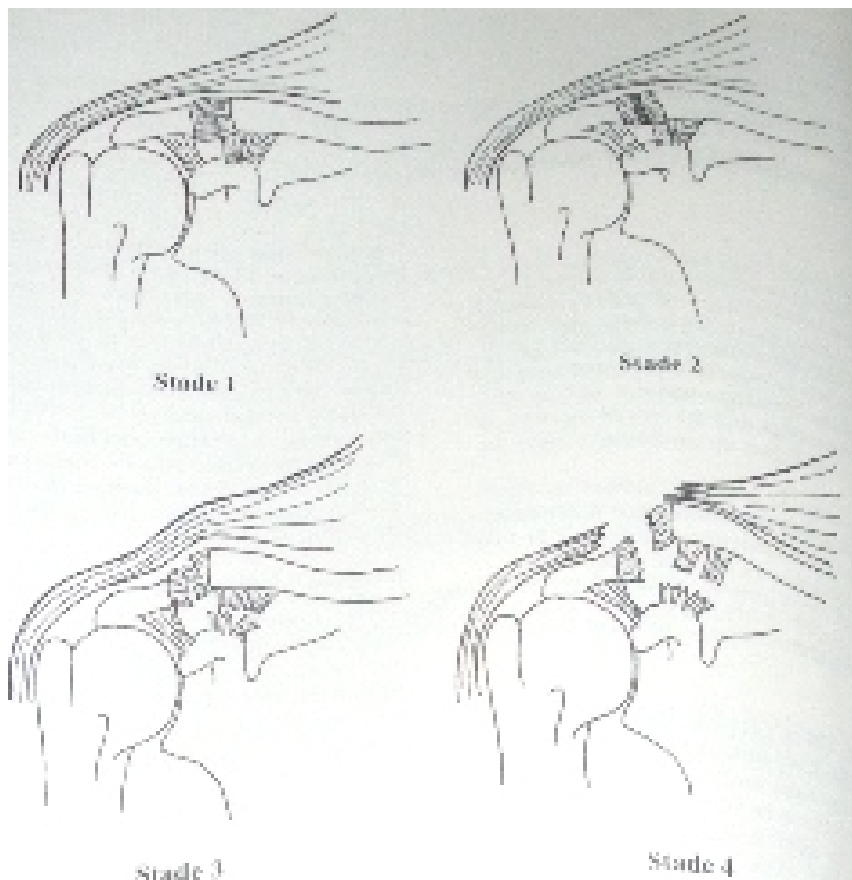
Les disjonctions acromio-claviculaires ont été groupées en quatre stades selon la classification de **Patte**

Stade I : entorse acromio-claviculaire : distension ligamentaire sans rupture.
Pas de déplacement

Stade II : Subluxation : rupture du complexe capsulo-ligamentaire acromio-claviculaire

Stade III : Luxation : rupture des ligaments acromio et coraco-claviculaires.

Stade IV : Luxation : rupture associée des ligaments et de la chape musculaire delto-trapézoïdienne



Classification des DAC

IV. Clinique :

Interrogatoire à la recherche :

- L'état civil,
- la profession,
- membre dominant,
- le type du sport,
- Le mécanisme,
- La douleur son intensité et son siège
- Les antécédents médico chirurgicaux

L'**inspection** recherche : une lésion cutanée, une ecchymose

Le *diagnostic* repose sur la *palpation* qui montre une *douleur* précise sur l'articulation acromio-claviculaire (stade I et II).

En cas de luxation, il y a une *saillie* très nette de la clavicule qui a tendance à soulever la peau. La pression manuelle permet d'abaisser la clavicule et même de la réduire : c'est le *signe de la touche de piano*.

En cas de doute, on peut sensibiliser l'examen, en palpant l'articulation pendant qu'on mobilise le bras avec l'autre main.



Dans les stades 3 et 4, il y a un signe du tiroir claviculaire (on peut bouger la clavicule d'avant en arrière avec les doigts)

V. Bilan radiologique

Clichés de face du cintre acromio-claviculaire *comparatifs* des deux épaules en position debout : montrent le déplacement et permet de mesurer la distance coraco-claviculaire.

Il est utile de *faire porter des poids* au sujet 5kg, car en position de repos musculaire, le déplacement peut ne pas apparaître.

Rechercher le *test de réductibilité* : réduction de la subluxation en abduction-rotation externe incidence de la sieste (uniquement si les ligaments coraco-claviculaires sont intacts).



VI. Evolution et Complications

Dépend de l'importance des lésions :

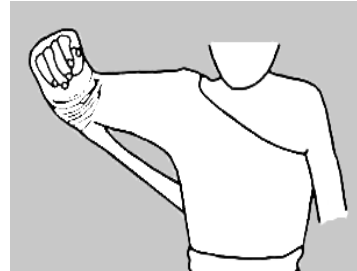
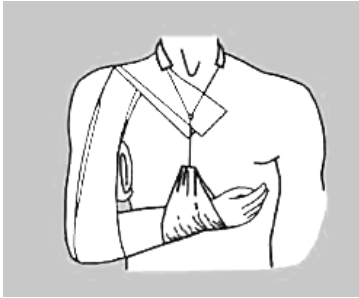
- *La cicatrisation* des lésions est possible si la clavicule est maintenue en bonne position pendant un délai suffisant : 4 à 6 semaines
- *Si la réduction et la contention sont insuffisantes*, la clavicule reste en position de subluxation ce qui peut avoir des inconvénients sur la fonction de l'épaule. Cela peut *diminuer la force* et aussi provoquer des *douleurs*, surtout pour les gros efforts, ou la pratique du sport.
- Il faut savoir néanmoins que beaucoup de sujets qui présentent une luxation chronique, n'ont aucune gêne, mais le traitement des ces cas anciens est difficile et les résultats sont aléatoires.

VII. Traitement

1. Traitement orthopédique

Aux stades 1 et 2 : L'immobilisation suffit avec une simple contention du bras contre le thorax et soutenant le membre supérieur, associé à un *bandage adhésif abaissant la clavicule* 15 à 21 jours.

Aux stades 3 et 4 : Il faut réduire le déplacement et essayer de contenir les lésions avec la méthode précédente. Certains auteurs utilisent en plus, un appareil plâtré thoraco-brachial en abduction.

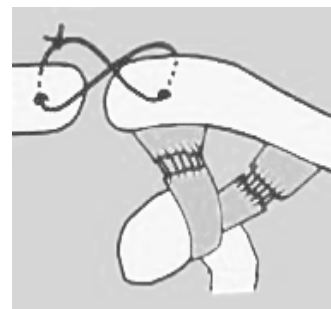


2. Traitement chirurgical

Il consiste en une réparation des ligaments avec *suture soigneuse bout à bout* et protection des sutures par un procédé *d'ostéosynthèse provisoire*. Lorsque la cicatrisation est obtenue, le matériel d'ostéosynthèse est enlevé car il faut que la clavicule retrouve sa mobilité par rapport à l'acromion et par rapport à la coracoïde.

On peut utiliser une *broche* simple (ou filetée) ou une *vis acromio-claviculaire* ou un *fil métallique* en 8 ou une vis solidarissant provisoirement clavicule et coracoïde.

Il peut y avoir une fracture parcellaire de la clavicule avec la luxation (fixation par une broche).



Stabilisation par une broche provisoire ou un laçage métallique acromio-claviculaire

VIII. Conclusion :

Les Disjonctions acromio-claviculaires restent d'évolution bénigne, des fois même en l'absence de prise en charge thérapeutique.