
PIEGES RADIOLOGIQUES EN TRAUMATOLOGIE DU MEMBRE SUPERIEUR CHEZ L'ENFANT

Frank Fitoussi, Service de Chirurgie Orthopédique, Hôpital Trousseau

Traumatismes de la région scapulaire et de l'épaule

La majorité des épaules douloureuses post traumatiques sont en rapport avec une simple contusion, une fracture de la clavicule, une fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus ou moins fréquemment chez l'enfant d'une luxation d'épaule. Lorsque les clichés standard ne montrent pas d'anomalie évidente, c'est l'examen clinique qui orientera vers certaines lésions peu fréquentes.

La luxation sterno-claviculaire est évoquée devant une douleur et un gonflement localisé. La radio simple a du mal à analyser cette région et c'est le scanner qui permet de faire le diagnostic de luxation ou luxation/fracture antérieure ou postérieure.

La luxation acromio claviculaire est rare avant l'adolescence et une suspicion clinique (« touche de piano ») doit faire évoquer une pseudo luxation avec sortie de la clavicule de son fourreau périosté. Les ligaments coraco claviculaires sont intacts et le traitement est orthopédique. Il se forme une clavicule en « Y » dans les semaines qui suivent, par ossification du périoste resté en place.

Une douleur sous claviculaire avec oedème localisé doit faire évoquer un décollement apophysaire de la base de la coracoïde. Des clichés obliques ascendants permettent de faire le diagnostic de cette lésion bénigne d'évolution favorable.

Traumatismes du coude

Il s'agit de la région la plus difficile à analyser et la plus piégeant sur le plan radiographique. Certaines fractures passent inaperçues, surtout lorsqu'elles sont peu déplacées. L'examen clinique oriente le diagnostic et la présence d'un épanchement articulaire visible sur la radio de profil (refoulement de la ligne grasseuse antérieure) doit faire rechercher une fracture. Un cliché controlatéral n'a pas d'intérêt.

Un décroché sur le pilier latéral doit faire évoquer une fracture du condyle latéral parfois plus déplacée qu'il n'y paraît (déplacement mieux visible sur le profil). Lorsque la radio ne retrouve pas de fracture évidente alors que la clinique est évocatrice, une IRM peut faire le diagnostic et analyse le déplacement.

Un élargissement du cartilage de croissance apophysaire de l'épicondyle médial peut faire évoquer un décollement peu déplacé mais nécessitant un traitement chirurgical. Un piège classique est la fracture de l'épicondyle médial après luxation du coude spontanément réduite : l'épicondyle peut alors s'incarcérer dans l'articulation et rendre le diagnostic plus difficile.

La ligne de Storen sur le profil, représentant l'axe du radius, doit couper le noyau condylien latéral en son milieu, quel que soit le degré de flexion/extension du coude. En cas d'anomalie, il faut évoquer une luxation de la tête radiale rentrant le plus souvent dans le cadre d'une lésion de Monteggia.

Traumatismes du poignet

La fracture de l'extrémité distale du radius pose peu de problème diagnostique, que ce soit un Salter 2, une fracture métaphysaire, ou une lésion combinée. Il ne faut pas négliger l'analyse du carpe car une

fracture du scaphoïde est parfois associée. Un écart scapholunaire augmenté n'est habituellement pas en rapport avec une entorse grave scapholunaire mais plutôt avec l'ossification incomplète du scaphoïde et du lunatum.