

Case report

Luxation latente isolée du scaphoïde carpien chez l'enfant: à propos d'un cas

Youssef Nader^{1,*}, Khalid Idrissi Koulali¹

¹Pôle de Traumatologie et Orthopédie; Hôpital Militaire Avicenne, Marrakech, Maroc

^{*}Corresponding author: Youssef Nader, Pôle de Traumatologie et Orthopédie, Hôpital Militaire Avicenne, Marrakech, Maroc

Key words: Key words: Dislocation, Navicular, Child, Latent.

Received: 15/01/2015 - Accepted: 23/01/2015 - Published: 24/02/2015

Abstract

La luxation isolé du scaphoïde carpien est une lésion rare en particulier chez l'enfant, passant d'autant plus facilement inaperçue que le squelette du carpe est moins ossifié, dans cette observation ici rapportée, ou le diagnostic fut tardif, L'I.R.M.permet de reconnaître la lésion, traitée par réduction chirurgicale que les auteurs considèrent essentielle même distance de la lésion.

Pan African Medical Journal. 2015; 20:175 doi:10.11604/pamj.2015.20.175.6133

This article is available online at: <http://www.panafrican-med-journal.com/content/article/20/175/full/>

© Youssef Nader et al. The Pan African Medical Journal - ISSN 1937-8688. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/2.0>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Introduction

La luxation du scaphoïde carpien est une lésion extrêmement rare dont les seuls cas rapportés concernent des adultes [1,2]. Chez l'enfant, à notre connaissance, seules ont été rapportées des luxations périlunaires antérieures et transscaphoïdiennes. Cette lésion pose un problème de diagnostic chez l'enfant jeune alors que le noyau du scaphoïde n'est pas encore ossifié. Elle pose également un problème de traitement thérapeutique, non pas tant devant une luxation fraîche que devant une atteinte ancienne comme dans notre observation.

Patient et observation

Karim, F, âgé de 03 ans victime d'un accident de la voie publique avec écrasement du carpe gauche. En urgence, on note une tuméfaction postérieure avec un gros œdème alors que l'analyse radiographique comparative peut être considérée comme normale (**Figure 1**). Le traitement, à cette date, consiste en une simple immobilisation pendant une quinzaine de jours. Deux ans plus tard la maman signale que l'enfant, gêné, utilise peu sa main gauche. Cliniquement, le poignet est bien axé, mais douloureux et limité en dorsiflexion. Une tuméfaction anormale est sensible et palpée à la face postérieure du carpe. La mobilité de la colonne du pouce paraît non douloureuse, alors que la force de préhension est diminuée à gauche. L'analyse radiographique comparative montre, à gauche (**Figure 2**), sur l'incidence de profil, la présence d'un noyau d'ossification anormal à la partie postérieure, de face, une discrète diminution de hauteur de la colonne du pouce et de l'espace radius/grand os. L'ossification du carpe est asymétrique et ne permet pas de conclure quant à l'origine de ce noyau. C'est l'I.R.M comparative des deux poignets (**Figure 3**) et (**Figure 4**) qui permettra le diagnostic de la luxation isolée du scaphoïde. Les coupes frontales montrent l'absence du scaphoïde en place à gauche. Le traitement sera chirurgical, par voie postérieure et consistera en la réintégration du pôle supérieur du scaphoïde. La stabilité sera assurée par deux broches, radiocarpienne et scapho-lunaire (**Figure 5**), avec réfection du plan ligamentaire postérieur. L'immobilisation plâtrée sera de 04 mois avec ablation des broches au deuxième mois postopératoire, l'évolution à 10 mois de recul est marquée par un pôle supérieur du scaphoïde n'est pas toujours visible et l'espace radio/grand os toujours diminué (**Figure 6**).

Discussion

Cette observation est intéressante à double titre : d'une part en raison de sa rareté, d'autre part en raison de ces problèmes thérapeutiques qu'elle soulève. La luxation du scaphoïde carpien paraît être une lésion exceptionnelle chez les enfants. Leur rareté s'explique par une plus grande résistance des structures cartilagineuses des os courts que les structures ossifiées [3]. Seules sont rapportées les luxations périlunaires antérieures et transscaphoïdiennes [4,5]. Dans les rares observations rapportées de l'adulte, le mécanisme associé dorsiflexion et inclinaison ulnaire du poignet occasionné par un traumatisme violent de ligament scapho-lunaire et radio-scaphoïdien antérieur est constante. Seul est respecté le ligament scapho-trapézien [6] et par là, la seule vascularisation restante est celle du scaphoïde. Le diagnostic de cette lésion est difficile chez l'enfant en bas âge, au noyau scaphoïdien non encore ossifié lors d'un traumatisme. Seul un examen clinique minutieux permettra, devant la présence d'une tuméfaction anormale du carpe et d'une radiographie à priori normale, de pousser les investigations plus avant et de demander une I.R.M. ultérieurement, le problème consiste à rattacher cette ossification postérieure au noyau scaphoïdien. C'est l'I.R.M comparative des poignets qui, par la qualité des images visualisant les structures non ossifiées, permettant d'analyser au mieux les différentes lésions. Chez notre jeune patient cet examen fut réalisé sous manchette plâtrée bilatérale. Le deuxième problème important posé par cette lésion est son approche thérapeutique en particulier devant une lésion ancienne. Devant une luxation fraîche, la réduction s'impose [6,7]. Celle-ci ne sera chirurgicale qu'après échec du traitement orthopédique, posant les mêmes questions quant à la voie d'abord et la fixation qu'une lésion ancienne. Par contre en cas de lésion ancienne, comme notre observation, la question se pose d'abord de savoir s'il faut à ce stade entreprendre une chirurgie restauratrice, la résection du noyau luxé pouvant se discuter. Si un geste restaurateur est décidé, celui-ci ne pourra être que chirurgical, posant quelques questions : 1° Le choix de la voie d'abord, antérieure ou postérieure, compte tenu du risque de nécrose du noyau, scaphoïdien. Il semble prudent de choisir la voie postérieure. Cette voie, paraît la plus adaptée pour la réduction et la stabilisation, le risque vasculaire étant moindre que par voie antérieure dont l'intérêt est surtout de permettre la réfection du plan ligamentaire formé des ligaments radio-scaphoïdien et scapho-lunaire 2° la stabilité de la réduction et son maintien compte tenu

du risque de reluxation spontané après réduction. la suture du surtout fibreux postérieur, reconstruisant un semblant de plan ligamentaire. Ainsi une ostéosynthèse paraît indispensable. Un brochage radiocarpien et scapho-lunaire, permettront d'assurer la stabilité le temps de la cicatrisation, le risque d'épiphysiodèse intra carpienne à l'ablation des broches à deux mois postopératoire étant patent.

Conclusion

La luxation du scaphoïde est une lésion rare, passant volontiers inaperçue chez l'enfant au noyau scaphoïdien non encore ossifié. Le diagnostic lésionnel est apporté par l'I.R.M. comparative. Même à distance de la réduction chirurgicale semble s'imposer, un geste complémentaire tel qu'une arthrodèse partielle du carpe pouvant être proposée en cas d'échec par nécrose, instabilité ou arthrose.

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

Contributions des auteurs

Tous les auteurs ont contribué à la conduite de ce travail. Tous les auteurs déclarent également avoir lu et approuvé la version finale du manuscrit.

Figures

Figure 1: la radiographie initiale du poignet après traumatisme immédiat

Figure 2: deux ans après le traumatisme on note la présence d'un noyau d'ossification anormale du poignet gauche

Figure 3: aspect I.R.M du poignet droit, montrant le scaphoïde en place

Figure 4: aspect I.R.M du poignet gauche, montrant absence du scaphoïde en place et diminution de l'espace radio/grand os

Figure 5: aspect radiographique de face post opératoire après réduction chirurgicale, stabilisée par des broches radio et scapholunaire

Figure 6: aspect radiographique à 10 mois de recul, le pôle supérieur du scaphoïde n'est pas visible, l'espace radio/grand os reste diminué

Références

1. Allieu Y, Asencio G, Tubiana R. luxations intra carpienne: Traité de chirurgie de la main in tome II: Techniques chirurgicales, traumatisme de la main. Paris Masson Ed. 1984;877-901. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)
2. Amamilo SC, Uppal R, Samuel AW. Isolated dislocation scaphoid. J Hand Surg Br. 1985 Oct;10(3):385-8. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)
3. Borde J, Lefort J. Traumatisme du poignet et de la main chez l'enfant in Tubiana R: Traité de chirurgie de la main, tome II : Techniques chirurgicales traumatisme de la main. Paris Masson Ed. 1984;722-739. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)
4. Gerard FM. Post-traumatic carpal instability in young adult: A case report. J Bone Joint surg.1980;62:131-133. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)
5. Herbaux B, Giard H, Urvoy P, Lachretz M. Luxation périlunaire antérieure du carpe chez l'enfant: A propos de 02 cas. Chir Pediatr. 1987;28(4-5):244-7. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)
6. Maki NJ, Chuinard RG, Amboise R. Isolated, complete radial dislocation of the scaphoide: a case report and review of the literature. J Bone Joint Surg Am. 1982 Apr;64(4):615-6. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)
7. Peiro A, Martos F, Mut T, Aracil J. Trans-scaphoid perulinate dislocation in a child: A case report. Acta Orthop Scand. 1981 Feb;52(1):31-4. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)

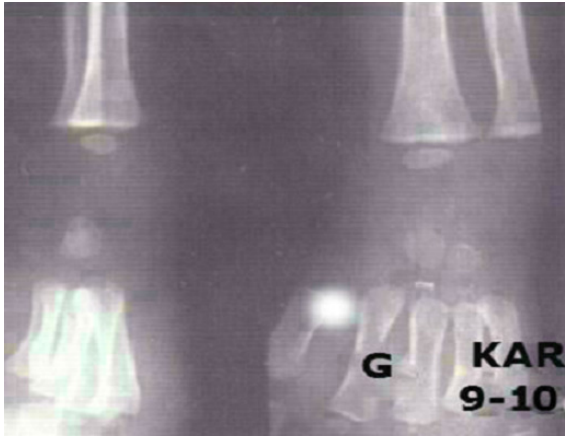


Figure 1: la radiographie initiale du poignet après traumatisme immédiate

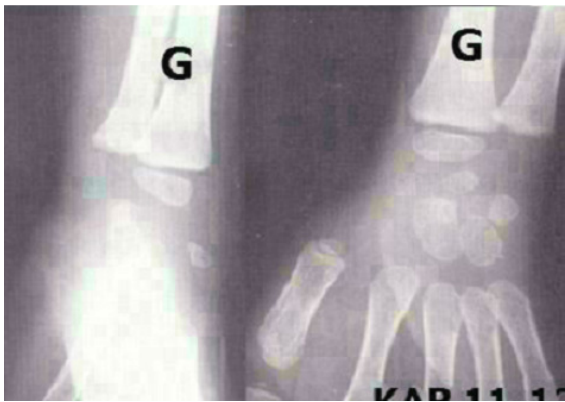


Figure 2: deux ans après le traumatisme on note la présence d'un noyau d'ossification anormale du poignet gauche

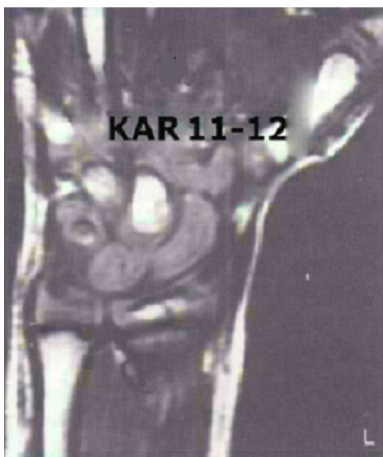


Figure 3: aspect I.R.M du poignet droit, montrant le scaphoïde en place



Figure 4: aspect I.R.M du poignet gauche, montrant absence du scaphoïde en place et diminution de l'espace radio/grand os



Figure 5: aspect radiographique de face post opératoire après réduction chirurgicale, stabilisée par des broches radio et scaphlunaire

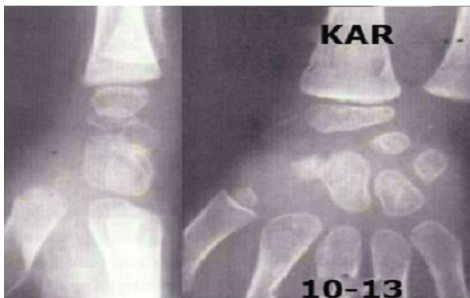


Figure 6: aspect radiographique à 10 mois de recul, le pole supérieur du scaphoïde n'est pas visible, l'espace radio/grand os reste diminué