

# Fractures de la clavicule

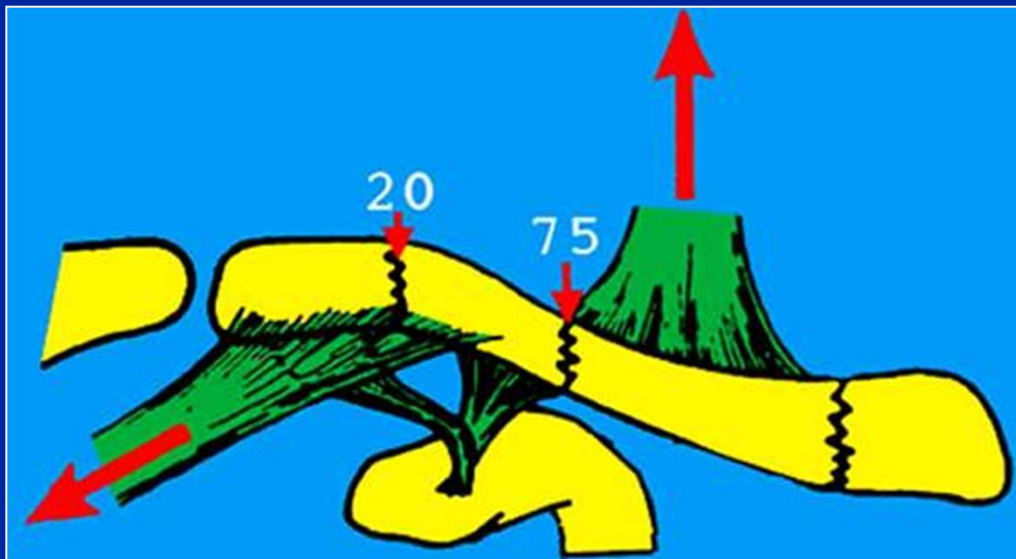


# Fractures de la clavicule

Fréquentes chez l'enfant (30% des fractures)

Chocs directs sur l'épaule 10%

Chutes sur la main ++

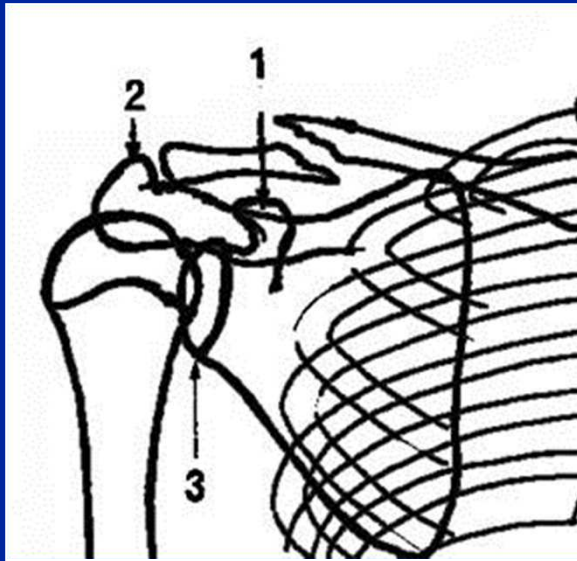
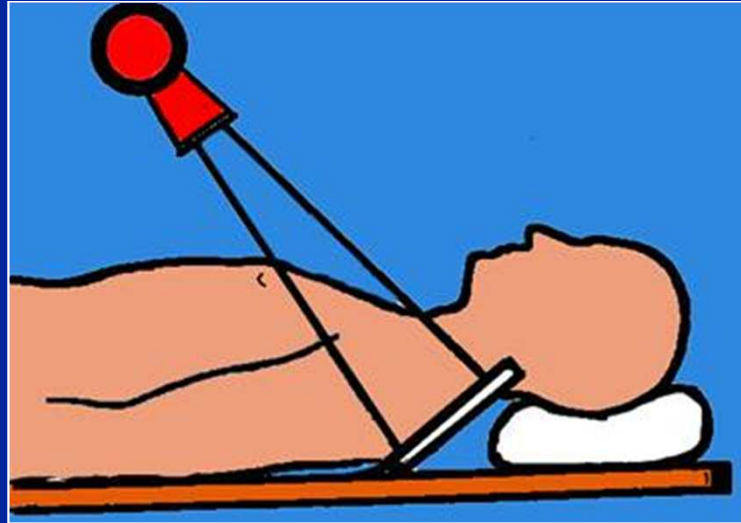


# CLINIQUE

- **Attitude t m s**
- **Douleur**
- **Impotence fonctionnelle**
- **déformation**
- **Fragments mobiles**

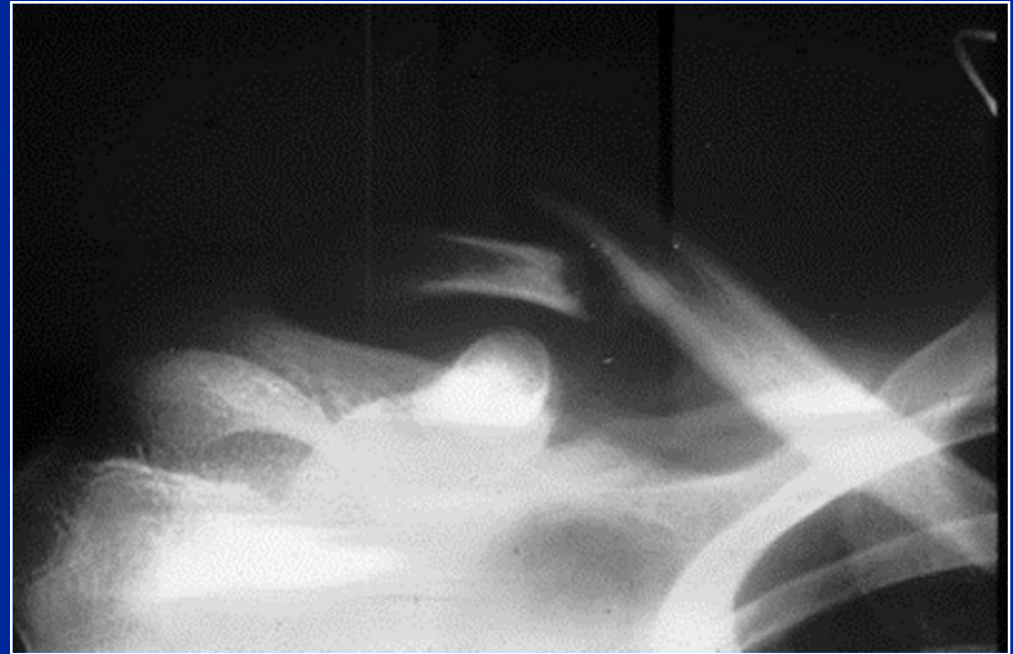
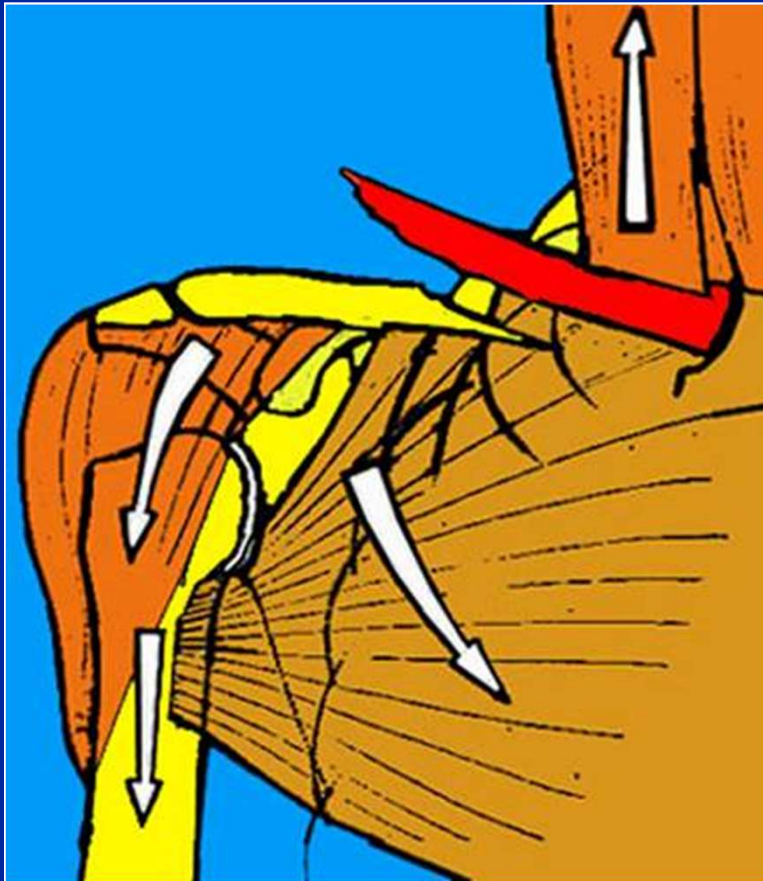


# Radiographie



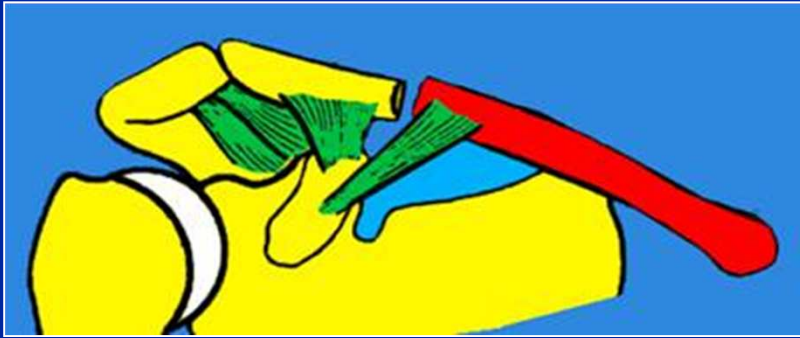
1- Coracoïde, 2-acromion, 3 glène

# Déplacements typiques



- Fragment interne soulevé (SCM)
- L'épaule s'affaisse (poids, pectoral)
- Le fragment distal bascule et chevauche
- Attitude des traumatisés du M. sup.

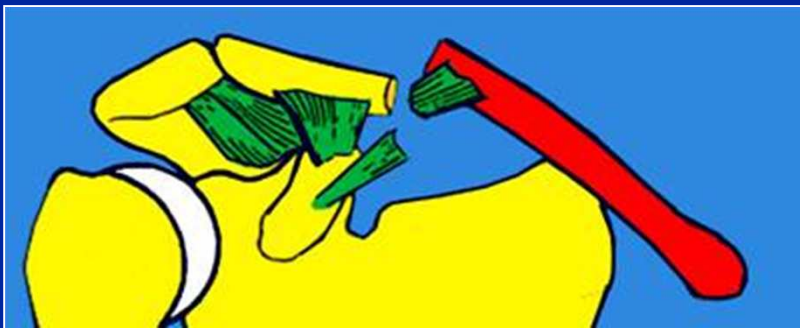
## Le déplacement varie en fonction de la situation de la fracture



**Trait situé entre les insertions des ligaments**



**Trait situé en dedans des ligaments**



**Un fragment garde ses connexions avec les ligaments**

## Forme particulière : fracture de l'extrémité proximale



# Complications

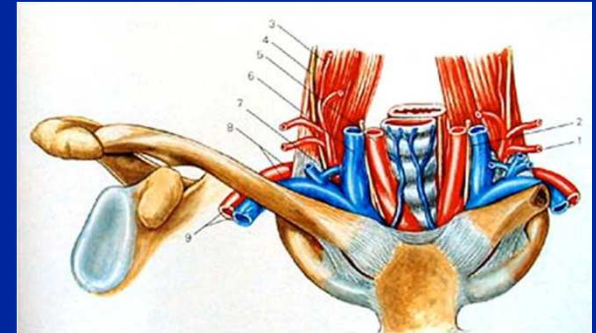
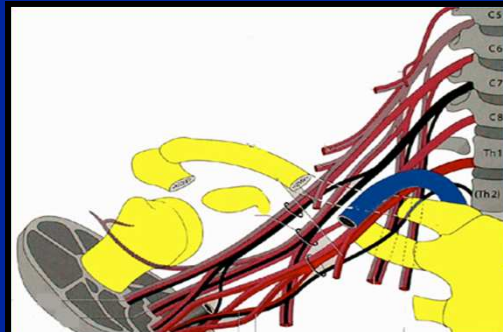
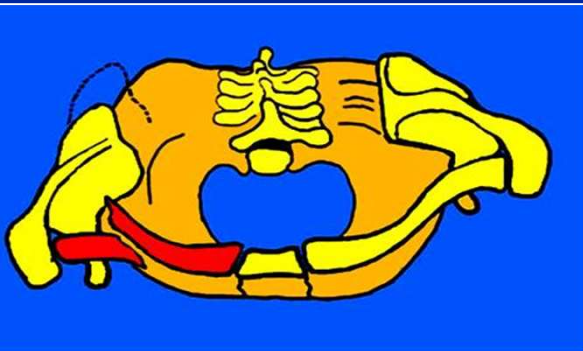
En cas de déplacement important :



Risque de lésions vasculo-nerveuses

Risques d'ouverture cutanée

Lésions pulmonaires

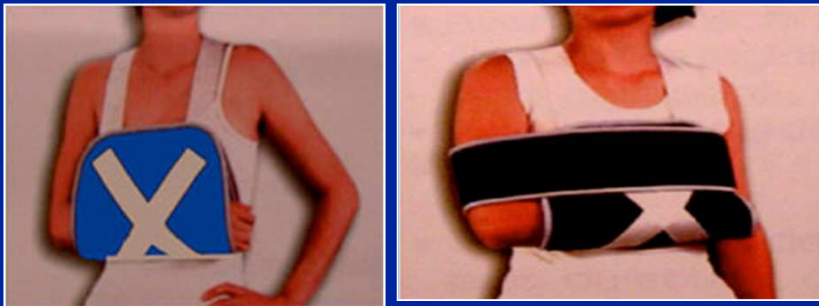




# Traitement orthopédique

## Fracture sans déplacement

- **Simple écharpe pour soutenir le membre supérieur**
- **Chez l'enfant : idem**
- **Consolidation en 3 à 5 semaines**



# Traitement orthopédique

## Fracture déplacées

**réduction**



**Bandage en huit**



- Consolidation en 3 à 5 sem.

**Fréquence des cals vicieux**

**Gêne souvent esthétique plus que fonctionnelle**



# Traitement chirurgical

## Indications chirurgicales I

- Fractures bilatérales
- Fractures ouvertes
- Fractures avec complications vasculo-nerveuses
- Fractures très déplacées
  - Absence de contact sur 2 incidences
  - 3ème fragment pivoté ?
  - Déplacement > 1,5 cm ?



# Conclusion

➔ **Fracture bénigne, fréquente**

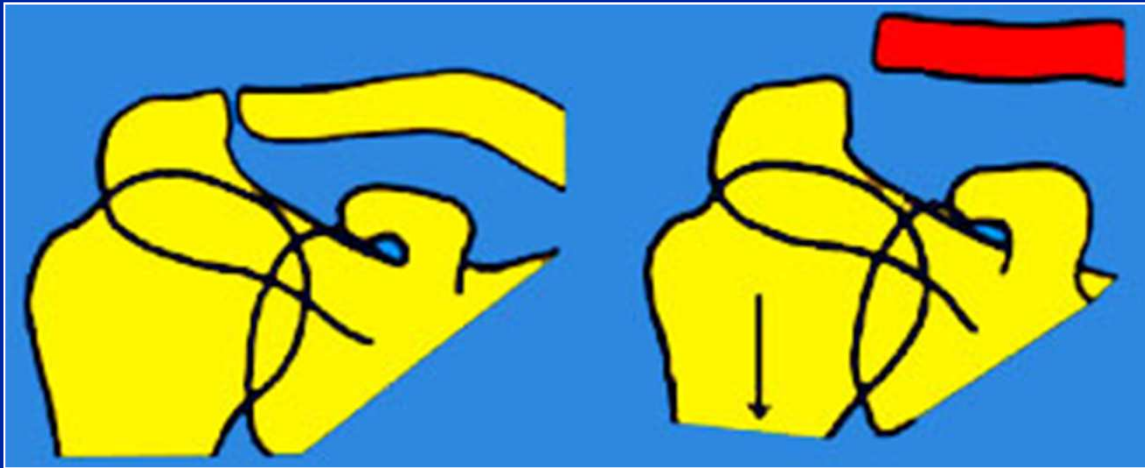
➔ **Elle doit le rester +++**

**Pas d'erreur dans le traitement fonctionnel/  
Orthopédique**

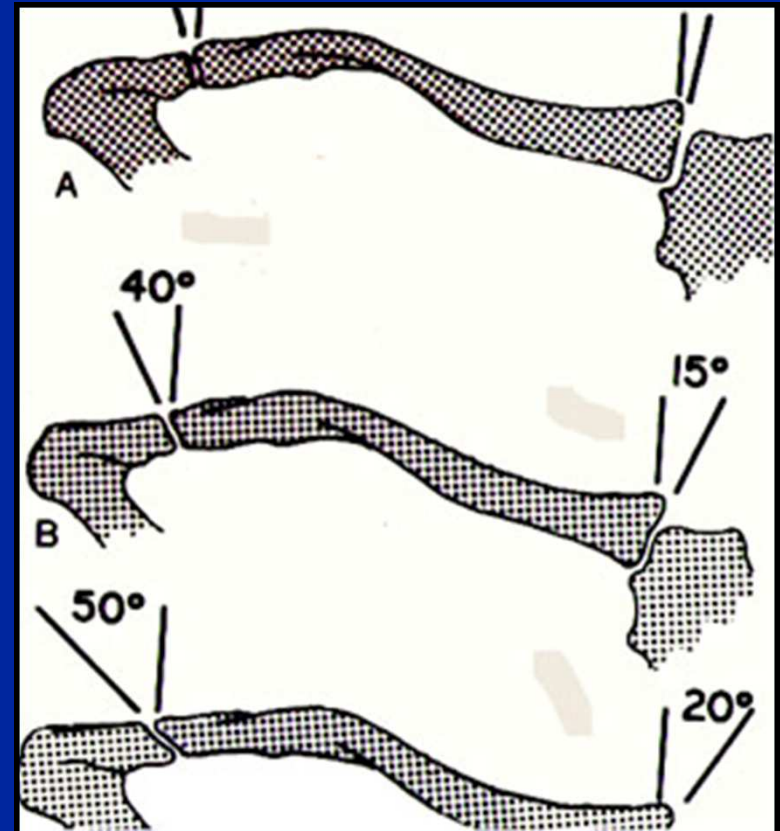
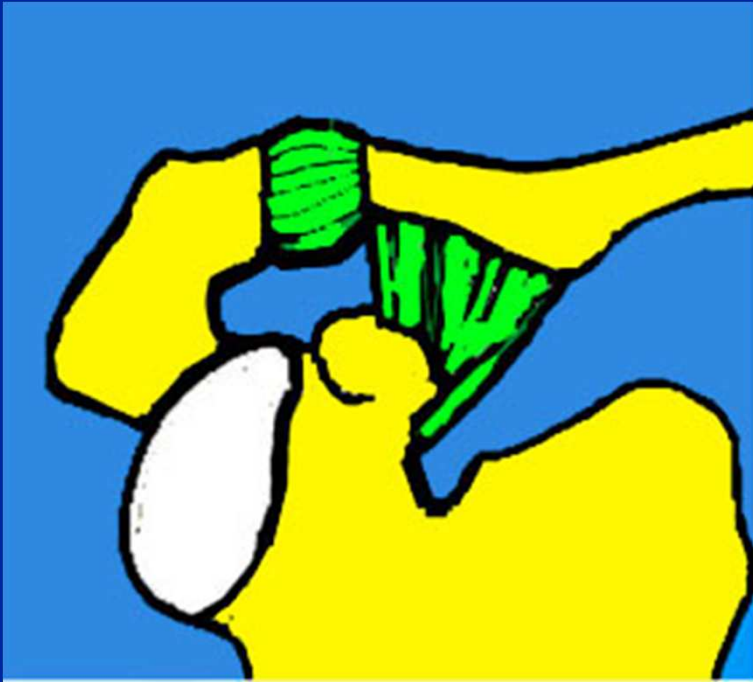
**Connaître les indications chirurgicales pour pouvoir  
les proposer**

# **Disjonction Acromio-claviculaire**

# Disjonction Acromio-claviculaire



# Rappel anatomique de l'acromio-claviculaire



Capsule et ligaments acromio-claviculaires

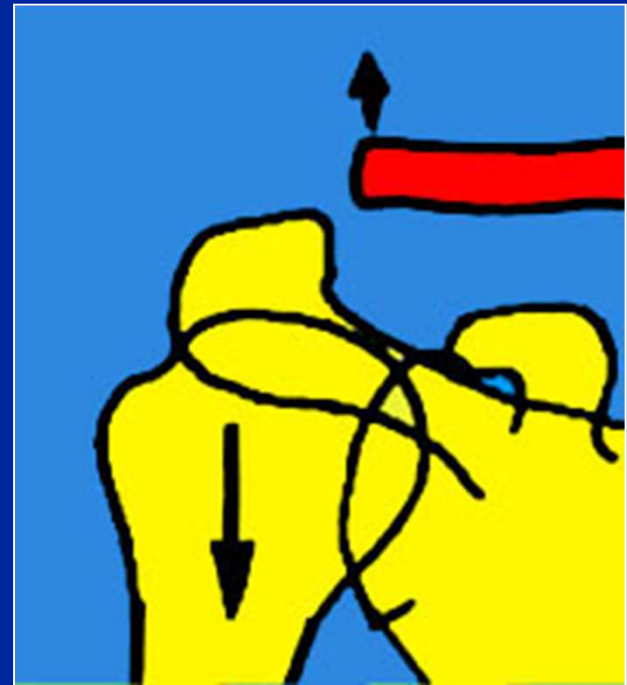
Trapèzoïde et conoïde

# Disjonction Acromio-claviculaire

## Mécanismes

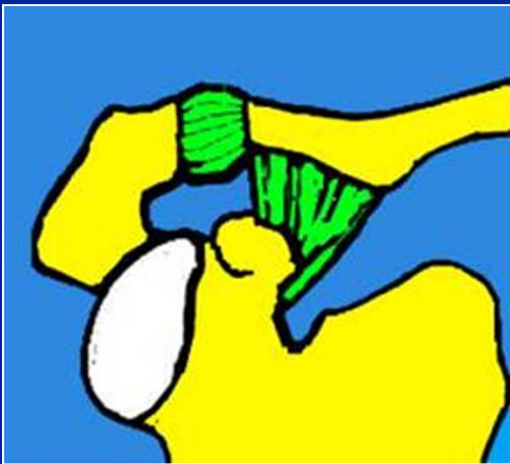
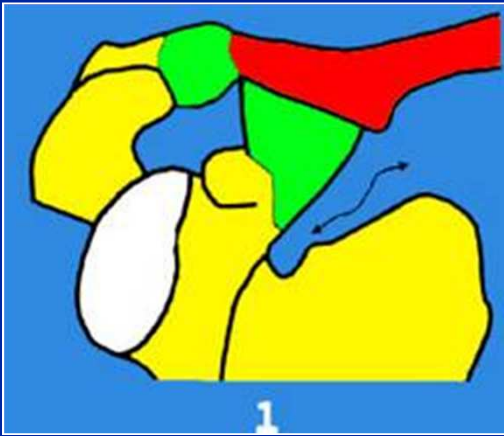
- Choc direct sur l'épaule
- Chute sur le moignon de l'épaule

Sports ++





# Classification



**Stade 1**

**Entorse simple**



**Stade 2**

**Rupture des ligaments  
Acromio-claviculaires**



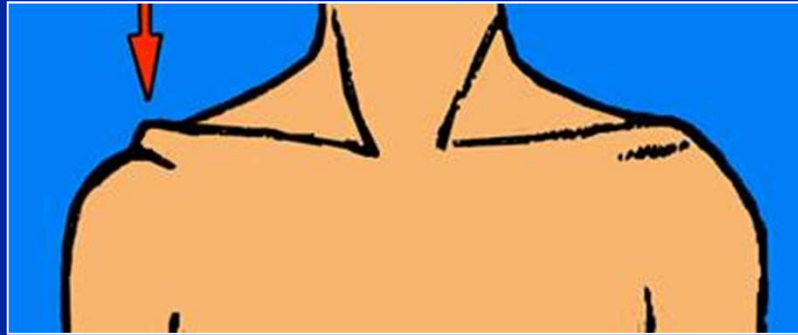
**Stade 3**

**+ Conoïde et  
trapézoïde**

## Stade 4 pour certains : chape delto trapèzienne rompue



# Signes cliniques



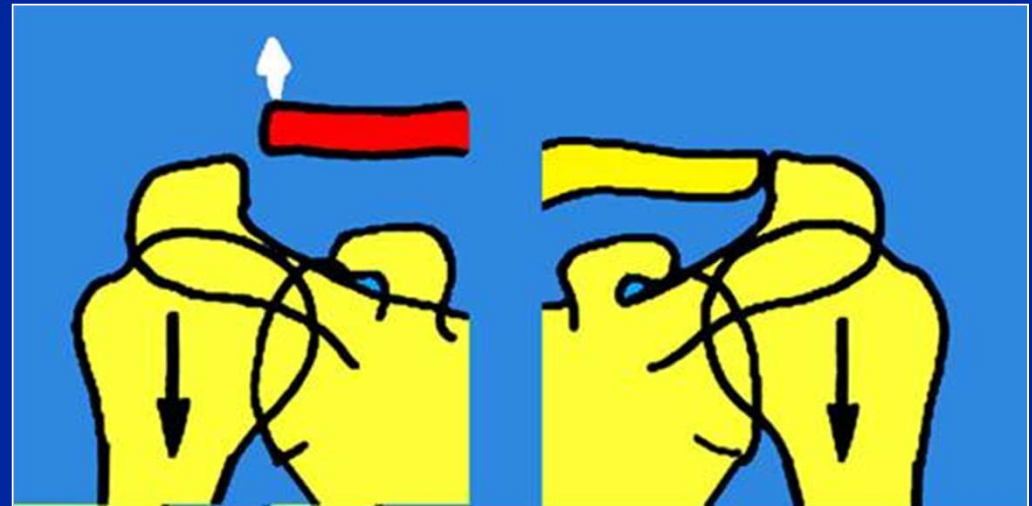
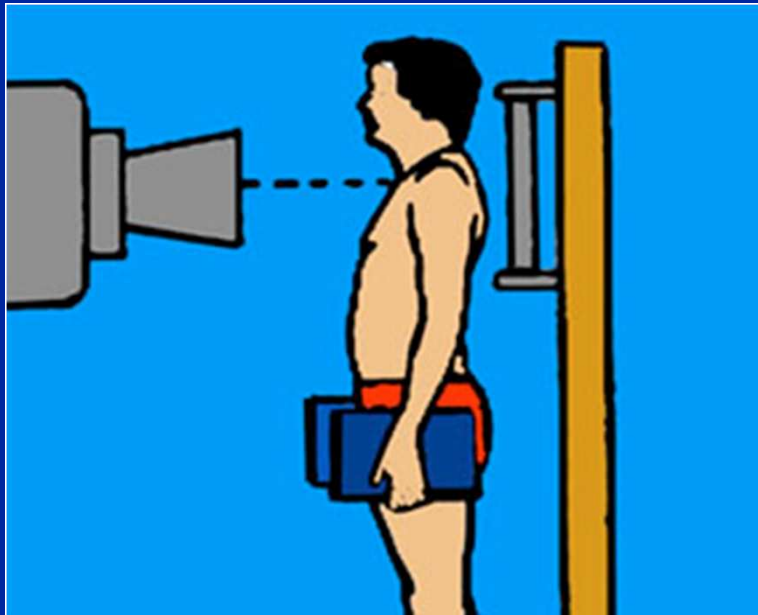
**Saillie de la clavicule**

**Douleur localisée**

**Signe de la touche de piano**

**Tiroir ant post**

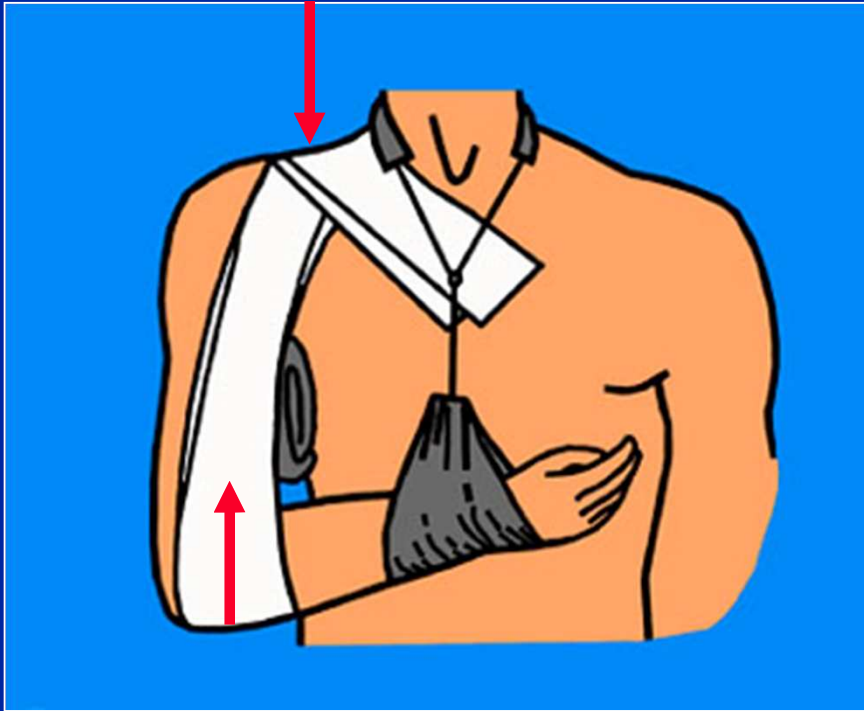
# Radiologie



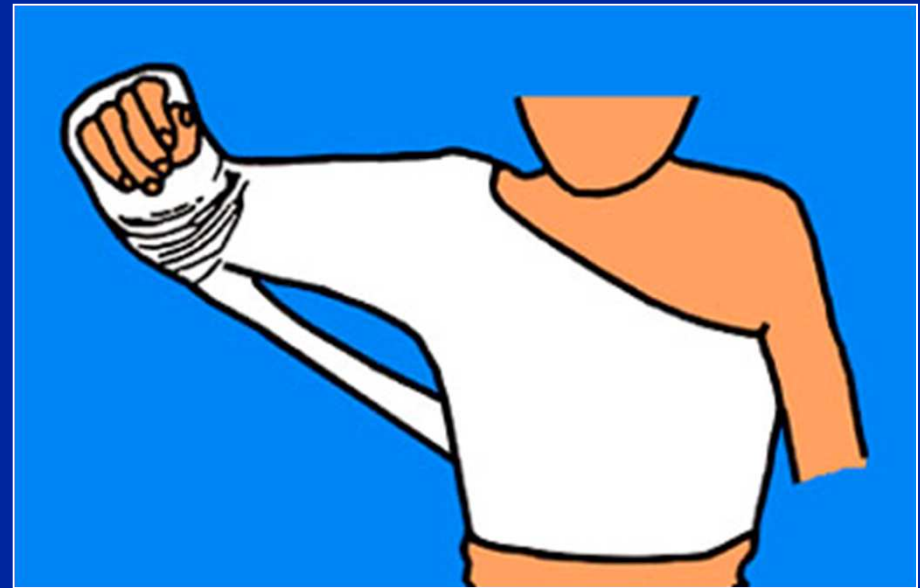
**Radios comparatives de face**

**Radio en abduction +++ Réduction**

# Traitement orthopédique



**Bandage soulevant le bras  
et abaissant la clavicule**



**Plâtre thraco-brachial en  
abduction**

**6 semaines**

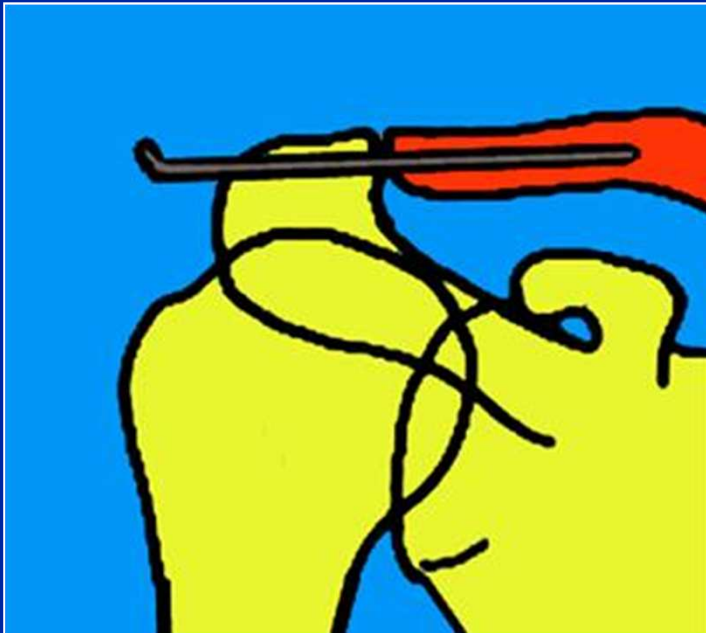
# Traitement orthopédique



**Abduction + antépulsion + Rotation neutre**

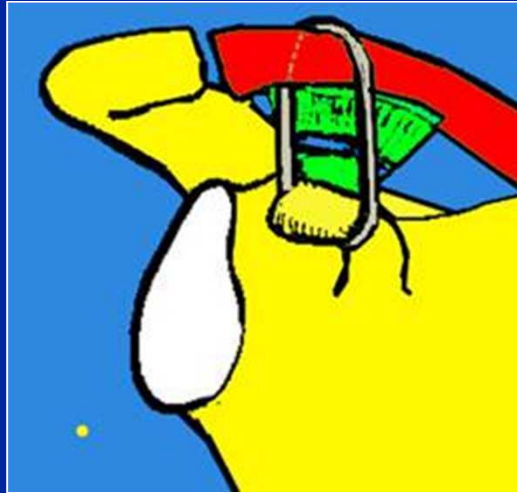
# Traitement chirurgical

**But : maintenir en place la clavicle pendant la cicatrisation des ligaments**

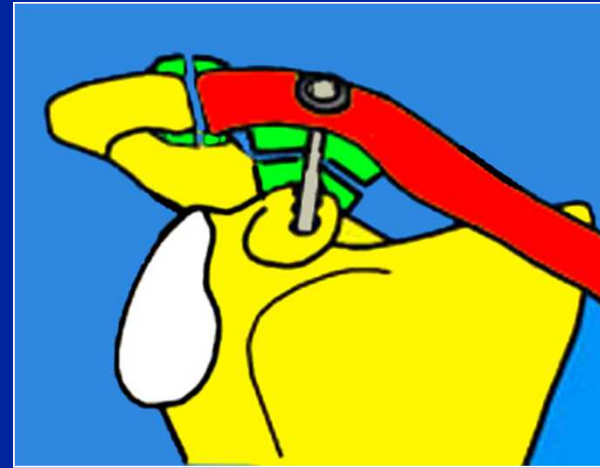


Broche Acr-clav temporaire

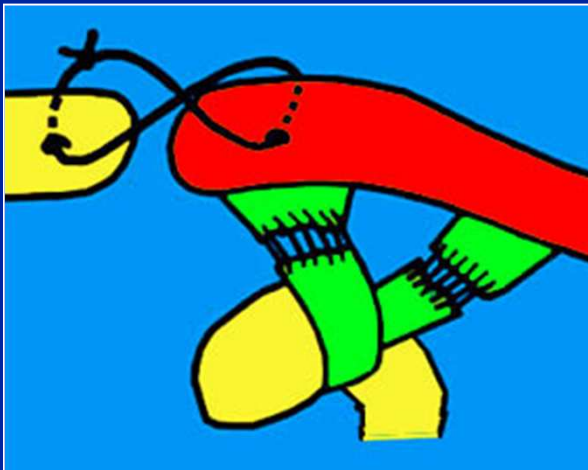
# Stabilisation provisoire pendant la cicatrisation



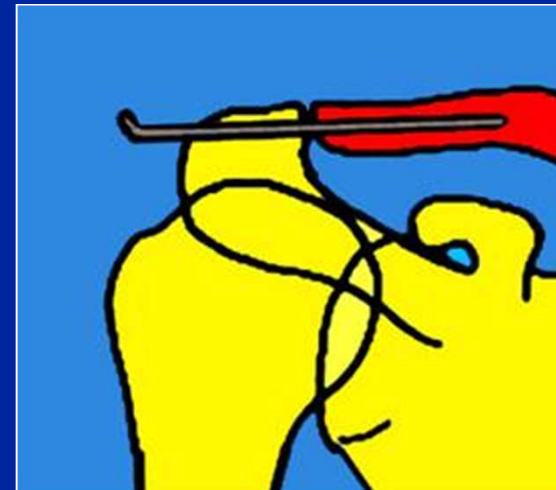
**Laçage**



**Vis entre clavicule et coracoïde**



**Laçage acr-clav + sutures**



**Broche**