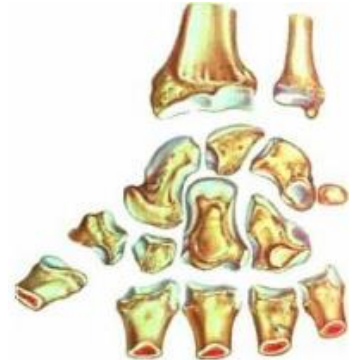


# Luxation péri-lunaire

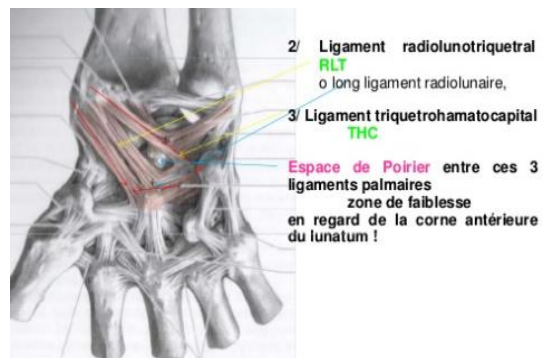
## Introduction

- Rare et grave, 5 à 10% des lésions du carpe, elle passe inaperçue dans 25% des cas
- Elle est l'apanage du sujet jeune, souvent secondaire à un traumatisme violent
- Le traitement est en fonction des lésions anatomo-pathologiques



## Définition

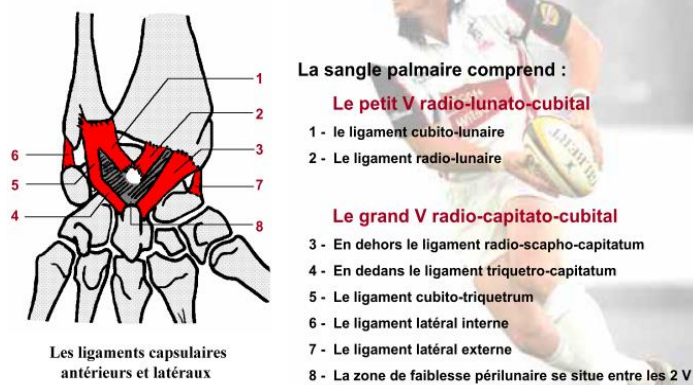
- Perte totale de contact entre la surface articulaire distale (inférieure) du lunatum, et la surface articulaire proximale (supérieure) de la tête du capitatum.
- En fonction de la position du capitatum : anté-lunaire ou rétro-lunaire
- Cette luxation soit pure ou impure
- Durant cette luxation soit le lunatum reste sous le radius ou se luxe en avant (énucléation)



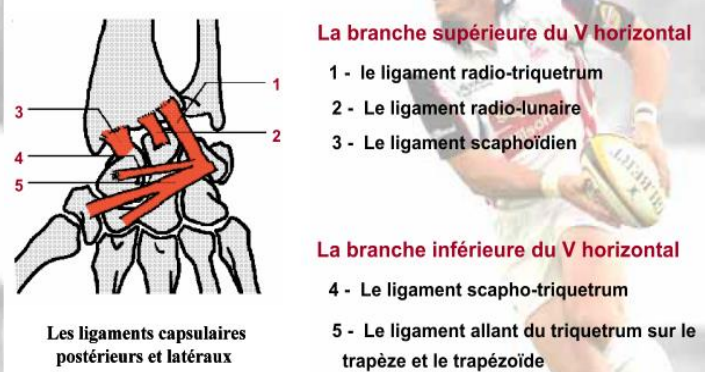
## Rappel anatomique

- **Ligaments du carpe** : 33 ligaments, disposés en 3 façons :
  - Intra-articulaires (interosseux)
  - Groupe palmaire (V vertical) et groupe dorsal (V horizontal)
  - Complexe intrinsèque et extrinsèque

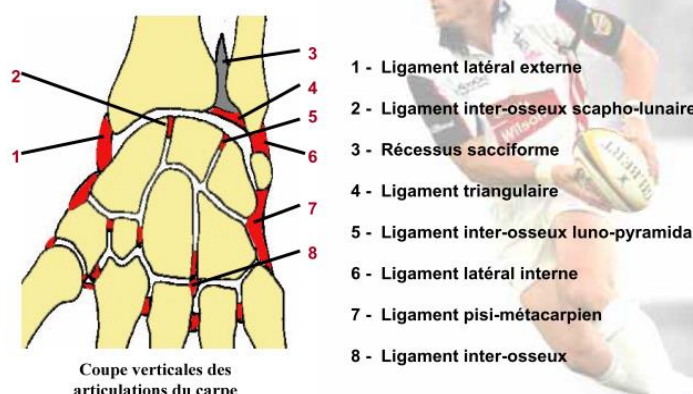
### Le groupe palmaire



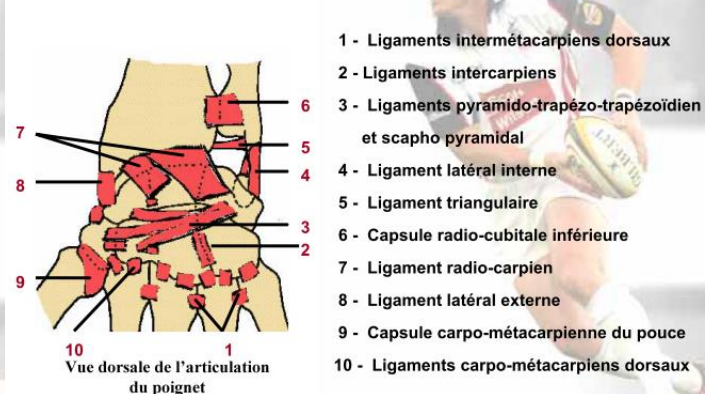
### Le groupe dorsal



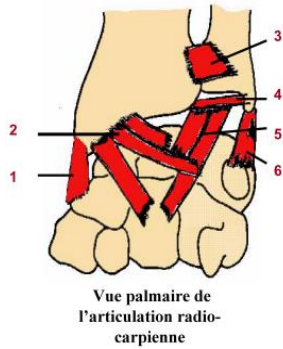
### Le système intrinsèque



### Le système extrinsèque



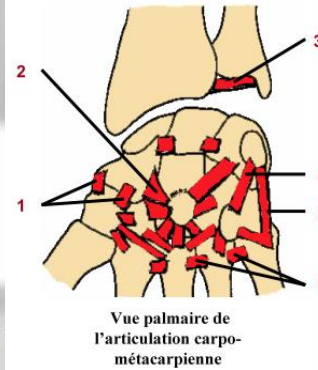
## Le complexe extrinsèque



- 1 - Ligament latéral externe
- 2 - Faisceau radio-carpien du ligament antérieur
- 3 - Capsule radio-cubitale inférieure
- 4 - Ligament triangulaire
- 5 - Faisceau cubito-carpien du ligament antérieur
- 6 - Ligament latéral interne

Vue palmaire de l'articulation radio-carpienne

## Le complexe extrinsèque

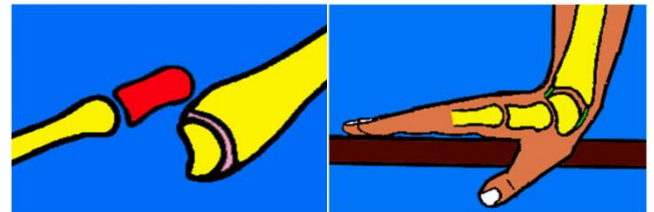


- 1 - Ligaments intercarpiens palmaires
- 2 - Ligament radié du carpe
- 3 - Ligament triangulaire
- 4 - Ligament pisi-unciformien
- 5 - Ligament pisi-métacarpien
- 6 - Ligaments intermétacarpiens palmaires

Vue palmaire de l'articulation carpo-métacarpienne

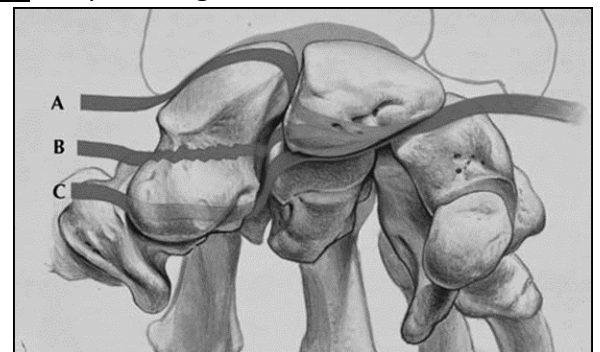
## Mécanisme

- Hyper-extension du poignet (la plus fréquente)
- Comprenant un effet de torsion.
- Les lésions ligamentaires, très importantes,
- Rarement, en hyper-flexion



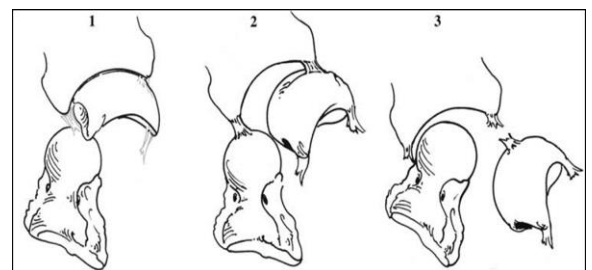
## Lignes de rupture des luxations péri-lunaires du carpe [d'après Wagner]

- **A** : la ligne passe par le ligament scapho-lunaire. L'exemple type est la luxation péri-lunaire pure.
- **B** : la ligne de rupture, de dehors en dedans, provoque une fracture du scaphoïde. C'est le cas de la luxation trans-scapho-péri-lunaire du carpe.
- **C** : la ligne de rupture passe par l'articulation scapho-trapézienne. C'est le rare cas de luxation trans-scapho-trapézo-trapézoïdienne

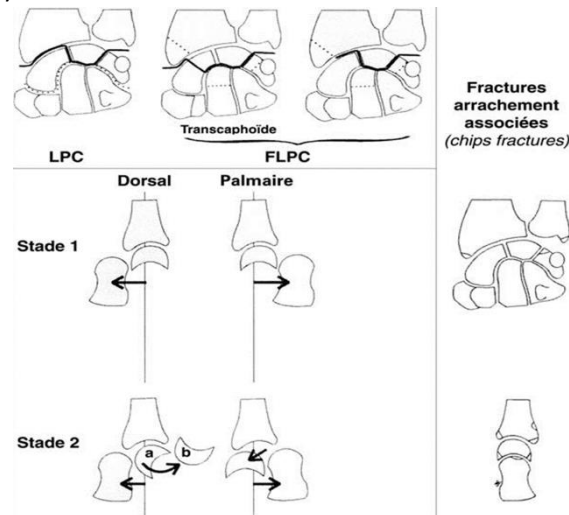


## Anatomie pathologique

- **Classification de Witvoët et Allieu (1972) :**
  - **Type 1** : les ligaments antérieur et postérieur du semi-lunaire sont intacts (50%)
  - **Type 2** : le ligament radio-lunaire postérieur est rompu (25%)
  - **Type 3** : les 2 ligaments antérieur et postérieur sont rompus. Le semi-lunaire est énucléé en avant (10%)



- **Herzberg (1993) :**



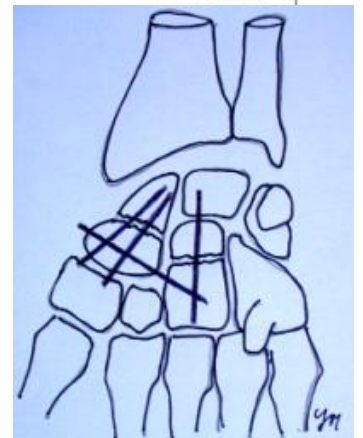
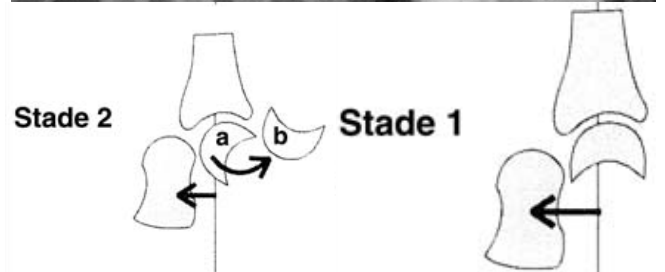
## Bilan en urgence

- 1 fois sur 4, ces lésions passent inaperçues.
- Les causes de ce défaut de diagnostic :
  - Mauvais clichés initiaux
  - Polytraumatisme et/ou de polyfracturés
  - Méconnaissance des lésions anatomopathologiques
- Radiographie (face et profil), parfois, clichés obliques
- TDM (fractures associées)



## Traitement

- **Urgence chirurgicale +++** : réduction sous anesthésie générale au bloc opératoire + amplificateur de brillance
- **Consensus actuel** : nécessité dans le même temps la réduction, par manœuvres externes ou à ciel ouvert, et la réparation des lésions ligamentaires et/ou osseuses avec stabilisation temporaire du squelette carpien
  - **Type I** : réduction par manœuvres externes est possible ou réparation chirurgicale
  - **Type II** : le lunatum peut être déplacé de façon variable en avant, de la subluxation (stade IIa) à l'expulsion dans le canal carpien (stade IIb), sans aucune attache ligamentaire
- **Syndrome de Fenton** : fracture-luxation trans-scapho-capitale péri-lunaire du carpe, avec retournement à 180° de la tête



## Complications

- Re-luxation du semi-lunaire
- Risque de nécrose



## Conclusion

- Pathologie complexe.
- Contexte de traumatisme à très haute énergie.
- Les radiographies ne sont pas évidentes à la première lecture.
- Le traitement tend à être chirurgical
- Réparation en un temps de tous les éléments ligamentaires et osseux.
- Suites sont en revanche longues : la stabilisation mettra au moins 6 mois.
- Même après un traitement bien conduit, la raideur, expliquée par une arthrose presque inéluctable, est la principale complication.