

# La luxation rétrolunaire du carpe : un traumatisme du poignet souvent passé inaperçu aux urgences

## The Carpal Dislocation: A Undiagnosed Trauma of Wrist in Emergency Department

M. Violeau · E. Minuit · P.-M. Xavier

Reçu le 25 octobre 2016 ; accepté le 4 janvier 2017  
© SFMU et Lavoisier SAS 2017

Un patient de 33 ans a été hospitalisé dans notre service d'urgence pour un traumatisme du poignet droit suite à une chute dans les escaliers survenue deux jours auparavant. Le mécanisme lésionnel était une compression-extension du poignet par choc indirect sur la main. Le patient présentait un poignet droit œdématié, hyperalgique sans déformation évidente mais une impotence fonctionnelle totale. Il n'existait pas de déficit sensitivomoteur ni troubles vasculaires. La radiographie de face révélait une fracture de la styloïde ulnaire modérément déplacée, associée à une fracture du scaphoïde. Sur le profil, on distinguait nettement une luxation rétrolunaire du carpe. Une réduction de la luxation du semi-lunaire a été réalisée en urgence par manœuvres externes au bloc opératoire. Le lendemain, le patient bénéficiera d'un vissage du scaphoïde avec un embrochage lunotriquétral temporaire à ciel ouvert du poignet droit sous anesthésie locorégionale.

Les luxations et/ou fracture-luxations périlunaires du carpe font partie des diagnostics en traumatologie régulièrement mise en défaut par le médecin aux urgences souvent parce que s'associent d'autres lésions plus sévères (polytraumatisé lors d'accident de la voie publique ou chute d'un lieu élevé) ou plus évidentes (ex : fracture du scaphoïde) et parfois, par une interprétation souvent hâtive du cliché radiographique en profil strict. Véritable urgence chirurgicale, elle fait suite à un traumatisme à haute énergie. Elles peuvent être postérieures (les plus fréquentes) ou antérieures en fonction du déplacement du segment distal. Il s'agit dans 60 % des cas de fracture-luxation et non pas de luxation périlunaire pure. L'examen clinique est pauvre car la déformation du poignet est quasiment inexistante, souvent masquée par un œdème locorégional d'installation rapide [1]. Cependant, les douleurs intenses et l'impotence fonctionnelle totale doivent éveiller l'attention. Un déficit dans le territoire du nerf médian doit être

systématiquement recherché étant donné une possible compression du canal carpien par le semi-lunaire. Une atteinte associée du coude (luxation, fracture de la tête radiale) relève d'un mécanisme lésionnel commun. La radiographie de face étant souvent trompeuse, l'analyse fine du cliché de profil est l'élément essentiel pour faire le diagnostic précis (Fig. 1). Le scanner, sans retarder la prise en charge chirurgicale permettra un bilan lésionnel exhaustif. Le traitement chirurgical précoce par réduction de la luxation par manœuvres externes conditionnera le pronostic fonctionnel. Le but du traitement est double : restaurer la fonction (mobilité, douleur) et prévenir l'apparition d'une arthrose post-traumatique. Un traitement par ostéosynthèse des différents foyers de fractures complètera ce geste suivi d'une période d'immobilisation variable en fonction de l'importance des lésions ligamentaires et osseuses.

Devant la rareté de ces lésions traumatologiques, le médecin doit être vigilant car 25 % des luxations rétrolunaires du carpe passent inaperçues [2] et sont traitées par un plâtre ou une attelle jusqu'au diagnostic. Les risques en cas de traitement tardif voire inadapte est l'évolution vers une instabilité séquellaire du carpe lié au processus dégénératif arthrosique précoce (SLAC wrist ou *Scapho-Lunate Advance Collapse*) impactant sévèrement l'avenir fonctionnel du poignet chez un patient, souvent jeune.

## Références

1. Liverneaux P (2010) Luxation intra-carpienne. In: Masméjean E, Delpit X, Cours européen de pathologie chirurgicale du membre supérieur et de la main. Sauramps Medical Ed., Paris, p 225-9
2. Herzberg G, Comtet JJ, Linscheid RL, et al (1993) Perilunate dislocations and fracture-dislocations: A multicenter study. *J Hand Surg* 18:768-79

M. Violeau (✉) · E. Minuit · P.-M. Xavier  
Pôle urgences-Samu-Smur-réanimation, hôpital de Niort,  
F-45000 Niort, France  
e-mail : violeaum@hotmail.fr



**Fig. 1** A, B : radiographies du poignet droit normal (face et profil) ; C : lors d'un traumatisme du poignet, l'aspect du semi-lunaire en cœur de carte à jouer signe sa luxation antérieure (trait noir en continu) sur le cliché de face. Ce traumatisme s'intègre régulièrement dans un ensemble lésionnel tel qu'une fracture du scaphoïde (trait noir en pointillé), une fracture de la styloïde ulnaire (flèche en continue) ; D : le profil strict du poignet permet de confirmer le diagnostic de luxation rétrolunaire du carpe ou luxation périlunaire postérieure du carpe. On note également une fracture à la face dorsale du triquétrum (flèche en pointillé)