

Docteur Franck HADJADJE

Ancien Interne du CHU d'Angers
Ancien Chef de Clinique du CHU d'Angers
Ancien Chirurgien des Hôpitaux
49 1 03804 8 00334141
Conventionné H.L.

Clinique de l'Anjou

Pôle de Consultation Tassigny
140, Av. De Lattre de Tassigny
49000 Angers
Tel : 02-41-48-08-00
Fax :02-41-48-80-18

Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Chirurgie de l'Epaule

LES FRACTURES DE LA CLAVICULE ET LEURS COMPLICATIONS

Qu'est ce qu'une fracture de la clavicule ?

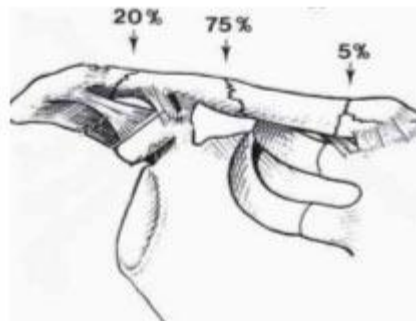
La clavicule est un os qui relie en partie le membre supérieur au thorax. Il se situe entre une partie de l'omoplate (appelé acromion) et le sternum. Il s'agit d'un os long en forme de S qui se trouve juste sous la peau.

Outre la particularité d'être superficielle, la clavicule est proche également des gros vaisseaux et des nerf qui se dirigent vers le membre supérieur en passant sous son 1/3 interne.

Les fractures sont fréquentes (15 % des fractures) concernent souvent l'adulte jeune et sont généralement bénignes. Elles surviennent lors d'une chute sur l'épaule ou d'un contact violent lors de certains sports.

Les fractures concernent le plus souvent le 1/3 moyen qui correspond à la zone de faiblesse de l'os (75 %), plus rarement le 1/4 externe (20%) et exceptionnellement le 1/4 interne.

Il existe une circonstance particulière de survenue, lors d'un accouchement difficile : la clavicule du nouveau né se casse, la fracture est dite obstétricale, elle touche environ un bébé sur 10 000.



Quels sont les signes de cette fracture ?

La douleur est vive. A l'inspection, on observe souvent un abaissement de l'épaule avec ecchymose et oedème en regard. La palpation est douloureuse mais on peut sentir une saillie mobile. Il est inutile de tenter de réduire un déplacement. La mobilité de l'épaule est globalement conservée. On doit ensuite rechercher des signes de complications (rares mais possibles) : une plaie, un déficit neurologique au niveau du membre supérieur, la disparition du pouls, une atteinte pulmonaire.

Quels sont les examens complémentaires nécessaires ?

La radiographie est souvent le seul examen nécessaire au diagnostic. D'autres sont parfois utiles si l'on recherche une complication. La radiographie confirme la fracture, indique sa localisation. Au 1/3 moyen le fragment médial est ascensionné tiré par le muscle sterno-cleido-mastoidien qui s'insère dessus, et l'autre fragment est déplacé vers le bas, tiré par le poids du bras. Dans certains cas il existe un fragment osseux intermédiaire.

Les fractures du 1/4 externe (20%) sont particulières et se rapprochent des lésions acromio-claviculaires. Les indications thérapeutiques sont différentes et dépendent de la localisation de la fracture par rapport aux ligaments coraco-claviculaires.

Dans de très rares cas, la fracture peut être associée à une luxation acromio-claviculaire ou sterno-claviculaire ou parfois à une fracture d'omoplate.



Quel est le traitement ?

Il est très rare d'avoir à opérer une fracture de clavicule. Le traitement même avec un déplacement important consiste à poser des anneaux claviculaires. Il s'agit d'un bandage ajustable, disponible en pharmacie, qui sans réduire la fracture, la maintient et diminue les douleurs pendant la phase de consolidation. Les anneaux sont à porter 3 semaines de façon permanente puis pendant 2 semaines de façon plus épisodique. Ils doivent être réajustés régulièrement mais pas trop serrés pour éviter de comprimer nerfs et artère.

La douleur est vive 10 jours, puis modérée pour disparaître vers la 3ème semaine, période où commence la consolidation. Celle-ci se fait sur un total de 5 à 6 semaines, il se forme alors une cicatrice osseuse appelée « cal » que l'on palpe parfois sous la peau. La guérison est plus rapide chez les enfants, le délai dépend de l'âge. Il est rarement nécessaire de faire de la rééducation.

Dans de rares cas une intervention est nécessaire d'emblée :

- Menace ou ouverture cutanée
- Certaines fractures du 1/4 externe
- Complications vasculaires ou nerveuses

- Accidents importants avec fracture associée à une luxation d'une extrémité, à une fracture d'omoplate, une fracture des 2 clavicules ou à des lésions du membre supérieur
- Fracture sur clavicule pathologique (tumeur...)
- Fracture chez certains sportifs de compétition notamment les motards

Dans tous ces cas il existe un risque opératoire qui doit bien être expliqué au patient. L'intervention consiste alors schématiquement à mettre une plaque après réduction osseuse ou des broches pour les fractures du 1/4 externe.

Quelles sont les complications possibles ?

- **Les complications immédiates** : il s'agit des lésions cutanées, des lésions vasculaires, des lésions pulmonaires et des lésions nerveuses. Elles surviennent lors de traumatismes très importants souvent lors d'accidents de la voie publique. Le patient présente souvent d'autres atteintes et d'autres fractures. Le traitement nécessite une prise en charge chirurgicale rapide en milieu spécialisé.

- **Les complications secondaires** : elles sont rares et représentent moins de 1 % des fractures.
les cals vicieux : il s'agit de la consolidation d'une fracture avec pérennisation d'un déplacement. Même si celui-ci est important, les cals sont très bien supportés ce qui explique que la chirurgie est rarement utile. Parfois un cal proéminent sous la peau peut nécessiter une abrasion chirurgicale. Exceptionnellement un cal peut comprimer les nerfs et les vaisseaux et donner ce que l'on appelle un syndrome du défilé costo-claviculaire. Le traitement consiste à réséquer le cal.

Les pseudarthroses : il s'agit de l'absence de consolidation d'une fracture au delà de 3 mois. C'est la complication la plus fréquente.

Lorsque cette complication survient à la suite d'une immobilisation, il s'agit à priori d'une pseudarthrose aseptique. Il faut intervenir. L'intervention consiste à aborder la zone de fracture par une incision horizontale, aviver l'os en enlevant l'os mal vascularisé, fixer la clavicule par une plaque et souvent faire une greffe d'os qui est prélevée sur la crête iliaque. La plaque est préférentiellement posée sur le devant de la clavicule pour éviter de léser les éléments vasculo-nerveux.

Une pseudarthrose peut également survenir dans les suites d'une première intervention, il faut alors se méfier d'une complication redoutable qu'est la pseudarthrose septique.

L'absence de consolidation est due à une infection. Le traitement est très difficile car dans un premier temps il faut enlever le matériel et traiter l'infection puis traiter la pseudarthrose avec parfois recours à un fixateur externe pendant de nombreuses semaines.

Il existe enfin un cas de pseudarthrose particulier et très rare : la pseudarthrose congénitale. Il s'agit de l'absence d'ossification de noyaux embryonnaires découverte à la naissance ou dans la première enfance. Seul une surveillance est nécessaire, elles sont souvent bien tolérées. Dans le cas contraire une greffe est nécessaire vers l'âge de 5-6 ans.

Les nécroses cutanées : sont des complications de la chirurgie, redoutables car leur traitement est difficile et elles exposent ou accompagnent les autres complications que sont l'infection et la pseudarthrose. Le traitement fait appel à des techniques de lambeaux.

Les complications vasculo-nerveuses de la chirurgie : une atteinte des nerfs et vaisseaux est possible en raison de leur proximité c'est pourquoi cette chirurgie doit être réalisée par une équipe spécialisée.

