

## Tour de cou Atteintes de l'articulation sterno- claviculaire

Stéphane Rudzinski<sup>1,2</sup>, Thomas Richaud<sup>1,2</sup>,  
Yves Abitteboul<sup>1,2</sup>

1. Département universitaire de médecine générale, faculté de médecine de Toulouse, Toulouse

2. Unité de médecine de l'exercice et du sport, centre hospitalier de Cahors, Cahors

yves.abitteboul@ch-cahors.fr

● **Martin, 21 ans, consulte pour une douleur de l'épaule droite. Joueur de rugby, il a chuté sur le moignon de l'épaule quelques jours plus tôt lors d'un match, de façon assez violente. Il a ressenti une douleur brutale et diffuse au niveau du cou. Lors de la consultation, il montre précisément que la douleur siège en avant, pointant l'extrémité proximale de la clavicule.**

● **L'examen de l'épaule ne retrouve aucune limitation passive ou active ni de douleur locale. La palpation de l'articulation acromioclaviculaire est non contributive. En revanche, on remarque une voussure en regard de l'articulation sternoclaviculaire (fig. 1) avec une douleur élective et intense.**

● **Les radiographies ne retrouvent aucune anomalie ; le scanner ne montre pas de signe de luxation.**

● **Le diagnostic retenu est donc celui d'une entorse sternoclaviculaire. La prise en charge consiste en une immobilisation coude au corps pendant dix jours, puis en une rééducation.**

## DISCUSSION

Les atteintes de l'articulation sternoclaviculaire sont rares (environ 3 % des blessures de la ceinture scapulaire), mais leurs conséquences peuvent être majeures. Dans plus de 50 % des cas, le diagnostic n'est fait qu'à distance du traumatisme.



Figure 1.



Figure 2.

Classiquement, il existe trois stades dans l'atteinte de l'articulation sternoclaviculaire :

- l'entorse simple ;
- la rupture capsulo-ligamentaire avec subluxation articulaire ;
- la luxation articulaire.

La disjonction peut s'effectuer sur le plan antérieur mais aussi sur le plan postérieur. Cette dernière mérite d'être repérée très rapidement, car le pronostic vital peut être engagé du fait de la compression ou de lésions des structures médiastinales sous-jacentes. La luxation résulte en général d'un traumatisme à haute cinétique (accidents de la voie publique), mais les stades 1 et 2 sont régulièrement retrouvés en milieu sportif (rugby, sports de combat, football américain).

**L'interrogatoire** est primordial ; il permet d'identifier l'importance du traumatisme, et surtout son mécanisme : un traumatisme direct sur la clavicule conduit classiquement à une disjonction postérieure, alors qu'une chute avec traumatisme indirect sur le moignon de l'épaule entraîne plutôt une disjonction antérieure.

**Cliniquement**, le patient se présente parfois avec une attitude de traumatisé du membre supérieur ; l'inspection met en évidence une voussure, un empatement œdémateux en regard de l'articulation sternoclaviculaire. La palpation révèle une douleur élective, avec une voussure en cas de disjonction antérieure, ou une vacuité en cas de disjonction postérieure. Dans ce dernier cas, il faut obligatoirement

rechercher des signes associés, témoignant de la gravité de l'atteinte : dysphagie, dysphonie, dyspnée, paresthésie et atteinte vasculaire du membre supérieur homolatéral.

**Concernant les examens complémentaires**, la radiographie standard est d'interprétation difficile mais permet de ne pas méconnaître une fracture associée. L'examen de référence est le scanner (fig. 2) qui, par la reconstruction en trois dimensions, confirme la luxation ou la subluxation. Il permet par ailleurs d'analyser d'éventuels conflits avec les éléments médiastinaux en cas de disjonction postérieure.

**Le traitement** consiste en une immobilisation coude au corps (durant 10 à 15 jours pour les stades 1, et environ 3 semaines pour les stades 2) suivie d'une phase de rééducation. Pour les luxations, la réduction s'effectue généralement sous anesthésie générale au bloc opératoire, soit par voie fermée, soit par voie ouverte, notamment s'il s'agit d'une récurrence.

*Les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêts.*

#### POUR EN SAVOIR PLUS

Catonné Y, Khiami F, Despiesse F. Traumatologie en pratique sportive. Chapitre « Entorse et luxation sternoclaviculaire ». Paris: Elsevier Masson; 2021, pp. 28-33.

De Jong KP, Sukul DM. Anterior sternoclavicular dislocation: A long-term follow-up study. J Orthop Trauma 1990;4(4):420-3.

Glass ER, Thompson JD, Cole, PA et al. Treatment of sternoclavicular joint dislocations: A systematic review of 251 dislocations in 24 case series. J Trauma 2011;70(5):1294-98.

## UN JEUNE SPORTIF ET SES PARENTS DANS LA LUTTE CONTRE LE CANCER

Véronique Martin est médecin. Dans ce premier ouvrage, elle nous livre le journal de l'épreuve d'une vie : la lutte contre le cancer de son fils, Jules, 17 ans.

LIVRES

Au fil des pages, le lecteur partage le flux des émotions de chacun : celles de Jules bien sûr, mais aussi celles de son père, de ses amis, de ses soignants et puis celles de sa maman. Entre espoir et renoncement, dans un ressac épuisant... La colère est palpable mais ne prend jamais le pas sur la rage de vivre, accrochée au quotidien.

Dans ce magnifique témoignage sur la relation entre un parent et son adolescent malade, l'auteur raconte aussi le difficile positionnement du médecin placé de l'autre côté du miroir de la prise en charge : lâcher prise est-il envisageable lorsqu'il s'agit de son enfant ? Oui, le Dr Martin le confie entre les lignes... la mise en confiance a été possible grâce à des confrères engagés, jusqu'à la fin.

Les bénéfices de l'auteur seront reversés à la recherche contre le cancer de l'enfant et à l'association L'école à



**Véronique Martin. Jules, mon soleil.**  
Un jeune sportif et ses parents dans la lutte contre le cancer.  
Véronique éditions ; 2023, 136 pages.