

# LUXATIONS PÉRI-LUNAIRES DU CARPE ÉTUDE CLINIQUE (À PROPOS DE 39 CAS)

T. FIKRY<sup>1</sup>, A. LAMINE<sup>1</sup>, A. HARFAOUI<sup>1</sup>, M. DKHISSI<sup>1</sup>,  
B. ESSADKI<sup>1</sup>, B. ZRYOUIL<sup>1</sup>, M. TRAFEH<sup>2</sup>

Les luxations périlunaires du carpe sont des lésions qui passent souvent inaperçues, de traitement mal codifié et d'évolution souvent décevante.

Le but de ce travail rétrospectif incluant 39 luxations rétrolunaires du carpe est d'éclaircir ces problèmes. Au stade de luxations fraîches, ce diagnostic a été fait deux fois sur trois. Le traitement a été chirurgical 26 fois.

Les résultats anatomiques ont montré des pseudarthroses, des nécroses et des instabilités résiduelles. Les résultats fonctionnels se sont toujours dégradés avec le temps et étaient plus mauvais dans les formes ouvertes ou en cas de traitement orthopédique ; le vissage du scaphoïde a donné de meilleurs résultats que l'embrochage.

Le problème du retard diagnostique peut être facilement résolu en rendant systématique la radiographie de profil strict devant tout traumatisme du poignet.

Nous préconisons enfin le traitement chirurgical systématique par voie d'abord palmaire, garant d'une réparation précise des lésions osseuses et ligamentaires et réduisant le risque principal d'arthrose.

**Keywords :** perilunar dislocation ; diagnosis ; treatment ; prognosis.

**Mots-clés :** luxation périlunaire ; diagnostic ; traitement ; pronostic.

---

## INTRODUCTION

Bien que rares, les luxations périlunaires du carpe (LPLC) sont plus fréquentes qu'il n'est habituel de le dire, du fait du grand nombre de diagnostics non faits.

Ces luxations puisent leur importance dans la gravité des séquelles à long terme, dominées essentiellement par l'arthrose. Si l'on note actuellement une bonne évolution concernant les concepts thérapeutiques des traumatismes du carpe, la physiopathologie des luxations périlunariennes demeure encore incertaine.

Nous avons abordé ce problème par une étude clinique basée sur l'analyse d'une série de 39 LPLC recueillies dans les deux services de traumatologie-orthopédie du CHU Ibnou Rochd de Casablanca durant la période 1982-1992.

Dans ce travail rétrospectif, nous avons insisté sur le problème du retard diagnostique et sur les indications thérapeutiques à la lumière de nos résultats fonctionnels.

## MATÉRIEL ET MÉTHODES

Notre série comprend 39 cas de LPLC (37 hommes, 2 femmes) d'un âge moyen de 30 ans (extrêmes : 17-65 ans). Il s'agissait de travailleurs manuels de force dans 2/3 des cas. Le côté droit était le plus souvent atteint (24 cas). Ces luxations résultaient toujours d'un traumatisme violent (tabl. I).

Le diagnostic posé à la première consultation aux urgences ou dans une autre formation hospitalière n'a été précis que dans 8 cas.

---

<sup>1</sup> Service de Chirurgie Orthopédique et Réparatrice Aile 4.  
<sup>2</sup> Service de Traumatologie des Urgences, CHU Ibnou Rochd, Casablanca, Maroc.

Correspondance et tirés à part : T. Fikry.

Tableau I. — Répartition selon l'étiologie

Accident de circulation	n = 14
Accident de travail (chute de lieu élevé)	n = 10
Accident domestique (chute des escaliers)	n = 10
Accident de sport	n = 5
Total	n = 39

Ailleurs, il était erroné ou ignoré. Ces luxations étaient fraîches (avant 6 jours) dans 26 cas (66,6%), vieilles (7-45 jours) dans 7 cas (18%) et anciennes (au delà de 45 jours) dans 6 cas (15,4%).

La symptomatologie était dominée à la phase aiguë par la douleur et la tuméfaction globale du poignet ; une compression du nerf médian a été notée 7 fois. Au stade de luxations anciennes, la symptomatologie était dominée par l'amyotrophie, la raideur et la diminution de la force de prise de la main.

L'ouverture cutanée toujours secondaire à un accident de circulation, a été retrouvée 11 fois dont 7 avec contusion ou perte de substance cutanée ; (Types II et III de Cauchoix et Duparc). Il s'agissait de polytraumatisés dans 1/3 des cas. L'étude radiologique reprise à porteriori en s'aidant de loupe, a permis de retrouver 9 fois sur 10 des images de fractures, des signes de lésions ligamentaires ou des arrachements ostéocondraux passés inaperçus. L'erreur la plus fréquente était la méconnaissance de la luxation tout en faisant le diagnostic de fracture du poignet (fig. 1 et 2).



Fig. 1. — Luxation périlunaire à grand déplacement en translation postéro-externe. Le semilunaire a conservé ses rapports normaux avec le radius.



Fig. 2a

Fig. 2b

Fig. 2. — Syndrome scapho-grand-os de Fenton.

a) Diagnostic difficile sur la radio de face.

b) Sur le profil, aspect typique avec tête du grand-os pivotant de 180°.

### Étude anatomopathologique

Les luxations transscaphopérilunaires, transtriquetrales ou associant une fracture de la styloïde radiale étaient les plus fréquentes.

La fracture du scaphoïde était toujours très déplacée (en moyenne 8,5 mm avec des extrêmes de 2 et 13 mm).

La répartition des lésions selon la classification anatomique de Witvoet et Allieu (31) est résumée sur le tableau II.

Tableau II. — Répartition des lésions selon la classification anatomique de Witvoet et Allieu

Lésions	Witvoet et Allieu			
	I	II	III	Total
Périlunaire pure	3	3	—	6
Périlunaire transscaphoïdienne	5	3	—	8
Périlunaire transscaphoïdienne + styloïde radiale	1	8	—	9
Périlunaire transcapito-scaphoïdienne + styloïde radiale	1	2	—	3
Périlunaire transtriquetro-scaphoïdienne + styloïde radiale	2	4	—	6
Périlunaire transtriquetro-luno-scaphoïdienne + styloïde radiale	1	1	—	2
Périlunaire transtriquetrale + styloïde radiale	—	2	—	2
Périlunaire transluno-triquetrale	—	1	—	1
Périlunaire transcapito-triquetrale	1	—	—	1
Périlunaire transpiso-triquetrale	1	—	—	1
Total	15	24	—	39

### Traitement

La réduction orthopédique, tentée dans les 26 formes récentes, n'a été obtenue que dans la moitié des cas parmi lesquels la luxation la plus ancienne datait de 9 jours. Cette réduction a été suivie d'une immobilisation plâtrée 8 fois et d'un embrochage percutané 2 fois. La réduction sanglante a été nécessaire 26 fois ; il s'agissait des formes orthopédiquement irréductibles ou anciennes. La voie d'abord a été palmaire 13 fois, dorsale 6 fois et mixte 7 fois. L'exploration a montré dans 2 formes fraîches, une interposition de la capsule dorsale entre les deux fragments du scaphoïde. L'utilisation de broches de Kirchner comme bras de levier a facilité la réduction et l'orientation des os de la première rangée. En fonction de la voie d'abord utilisée, la capsule et les ligaments superficiels ont bénéficié d'une suture par points séparés. Les ligaments inter-osseux, toujours très déchiquetés, ont été laissés à la cicatrisation spontanée.

Les fractures du scaphoïde ont bénéficié d'un traitement très variable (tabl. III) (fig. 3). Les autres fractures n'ont pas fait l'objet d'un traitement spécifique.

L'immobilisation plâtrée systématique de tous nos malades a varié de 45 jours à 3 mois, suivie d'une rééducation prolongée.



Fig. 3. — LPLC avec fracture proximale du scaphoïde. Vissage de proximal en distal du scaphoïde avec embrochage scapho-lunaire.

Tableau III. — Traitement des fractures du scaphoïde

Traitement orthopédique	n = 7
Embrochage	n = 9
Vissage	n = 8
Grefe + embrochage	n = 2
Scaphoïdectomie après nécrose	n = 1
Fixateur externe	n = 1
Total	n = 28

### RÉSULTATS

Seuls 34 patients ont pu être revus avec un recul moyen de 27 mois (extrêmes de 9 à 60 mois).

#### Résultats anatomiques

Nous avons étudié plusieurs aspects :

— La pseudarthrose ou la nécrose proximale du scaphoïde ont été observées 6 fois sur 25 fractures du scaphoïde revues (soit 24%) parmi lesquelles toutes les formes anciennes de plus de 3 mois.

— Sur les 4 fractures du col du grand-os, 3 ont évolué vers la nécrose avec tassement proximal. Dans l'autre cas, il y avait une ostéocondensation transitoire.

— L'opacification du semi-lunaire (fig. 4) : Observée 7 fois dont deux luxations sans rupture des freins radiolunaires (Type I). Elle était apparue entre le 2<sup>e</sup> et le 6<sup>e</sup> mois suivant le traumatisme et régressait toujours avant 2 ans. Aucun cas n'a évolué vers l'écrasement de l'os.

— L'instabilité résiduelle après traitement qu'elle soit dynamique ou statique (désaxation) : sa visualisation a nécessité une lecture attentive des radiographies de contrôle de la réduction. Parfois, son apparition était tardive.

— L'instabilité résiduelle faisait défaut dans 5 cas comportant tous une fracture du scaphoïde bien réduite est vissée.

— La disjonction scapho-lunaire (DISI : instabilité ou désaxation avec bascule dorsale de la colonne centrale capito-lunaire du carpe) a été observée 15 fois (fig. 4).



Fig. 4. — LPLC avec instabilité résiduelle en DISI et opacification du semi-lunaire.

— La disjonction pyramido-lunaire (VISI : instabilité ou désaxation avec bascule palmaire de la colonne centrale capito-lunaire du carpe) a été observée 13 fois dont douze survenant sur une luxation transscapho-périlunaire et une périlunaire pure.

— Une relaxation a été observée à deux reprises : Une fois après un traumatisme minime en hyperextension 2 ans après l'intervention et la 2<sup>e</sup> fois, la relaxation était spontanée et précoce vers le 45<sup>e</sup> jour environ après le traumatisme.

— L'arthrose radiocarpicenne et/ou intracarpicenne : Si elle était presque constante dans les formes anciennes (5 cas sur 6), son apparition dans les formes traitées précocement semble croissante avec le temps (70% pour un recul de 1 à 3 ans).

Sans pouvoir mettre en évidence une corrélation statistique avec l'arthrose, instabilité résiduelle, pseudarthrose ou nécrose du scaphoïde ou du grand os, cals vicieux ou retard thérapeutique ont été très souvent associés.

#### Résultats fonctionnels

Ils ont été jugés selon le score clinico-radiologique de Green et O'Brien (12). Ils sont rapportés dans le tableau IV.

Tableau IV. — Répartition des résultats fonctionnels à un an et à 3 ans de recul, selon les types anatomiques

Lésions	T. Bon	Bon	Moyen	Mauvais	Total
Périlunaire pure	1 (1)	-	2	1 (1)	4 (2)
Périlunaire transscaphoïdienne	1	3 (1)	1	3 (3)	8 (4)
Périlunaire transscaphoïdienne + styloïde radiale	1	1	3 (2)	2 (2)	7 (4)
Périlunaire transcapito-scaphoïdienne + styloïde radiale	1	-	1 (1)	1 (1)	3 (2)
Périlunaire transtriquetro-scaphoïdienne + styloïde radiale	-	1 (1)	2	3 (1)	6 (2)
Périlunaire transtriquetro-luno + scaphoïdienne + styloïde radiale	-	-	1	1 (2)	2 (2)
Périlunaire transtriquetrale + styloïde radiale	1	-	-	-	1
Périlunaire transluno-triquetrale	-	-	1 (1)	-	1 (1)
Périlunaire transcapito-triquetrale	-	-	-	1 (1)	1 (1)
Périlunaire transpiso-triquetrale	-	1	-	(1)	1 (1)
Total	5 (1)	6 (2)	11 (4)	12 (12)	34 (19)

NB : Entre parenthèses, résultats fonctionnels avec recul supérieur à 3 ans.



Fig. 5. — Vacuité de la concavité inférieure du sémi-lunaire. Diagnostic de LPLC facile sur la radio de profil.

Nous avons noté la dégradation constante de ces résultats avec le temps. Par ailleurs nous avons analysé ces résultats fonctionnels en fonction de plusieurs critères en réalisant une étude statistique pour petits échantillons. Nous avons considéré comme significative, une différence de  $p < 0,05$ .

Ainsi, nos résultats fonctionnels étaient plus mauvais dans les formes ouvertes (Types II et III) et dans les formes traitées orthopédiquement. Lorsqu'il y avait une fracture du scaphoïde, le vissage était meilleur que l'embrochage et encore plus que le traitement orthopédique.

Nous n'avons pas retrouvé de différence significative en fonction du délai, de l'existence d'une fracture associée (scaphoïde, pyramidal ou radius) ou de la bascule du sémilunaire.

## DISCUSSION

Le retard diagnostique des LPLC constitue encore un problème réel et pour Bocquet (7),

Garcia *et al.* (11) et Saffar (23), plus de la moitié de ces lésions ne sont reconnues que tardivement. Ces difficultés diagnostiques nous paraissent liées à plusieurs facteurs :

— *La méconnaissance de cette pathologie.*

— *La difficulté de la traumatologie du carpe en général.* Ce complexe articulaire étant formé par 8 osselets et 33 ligaments comme l'a montré Taleisnick (25), avec une physiologie qui n'est encore que partiellement élucidée.

— *Le facteur technique :* comme l'ont montré Meyrueis (20) et Saffar (24), le diagnostic de certitude ne peut être que radiologique et deux clichés, une face en paume-plaque et surtout un profil strict suffisent toujours pour faire le diagnostic des LPLC. Ceci n'a pu être réalisé chez tous nos malades, surtout en urgence.

Ainsi, les clichés radiologiques étaient assez souvent de mauvaise qualité ou d'une incidence inadéquate.

— *L'absence de douleur,* signe d'appel très important, chez les polytraumatisés admis en milieu de réanimation est un autre facteur qui peut retarder le diagnostic ou le traitement de ces lésions qui passent au second plan.

— *L'association d'une fracture* de l'extrémité inférieure des os de l'avant-bras ou des os du carpe, faisant porter un diagnostic par défaut (fig. 6). On se rappellera que ces lésions associées sont dues au même mécanisme que celui des LPLC, et que les lignes de disjonction-fracture suivent les arcs classiques de Johnson : une lésion peut en cacher une autre (6, 9, 17, 18, 19). Les LPLC constituent un traumatisme très grave du poignet survenant le plus souvent chez les sujets adultes jeunes travailleurs manuels. Aussi faudrait-il obtenir une récupération la meilleure possible afin de permettre une réinsertion socio-professionnelle normale et précoce. Pour ceci, il faudra jouer sur les différents facteurs disponibles : en particulier traiter tout ce qui peut donner tôt ou tard une arthrose du poignet, surtout l'instabilité d'origine ligamentaire et les désaxations adaptatives d'origines ligamentaires ou osseuses (2, 4, 21, 30).

L'avis des auteurs est très divergent quant à la voie d'abord à utiliser. Notre préférence va actuellement à l'abord palmaire systématique qui est

plus logique. Le risque de nécrose du semi-lunaire par lésion du frein radio-lunaire antérieur, presque toujours conservé, nous paraît plus théorique que réel. Cette voie permet un bon contrôle de la réduction de la luxation et des fractures ainsi que leur ostéosynthèse. Elle permet également la réparation des structures ligamentaires antérieures, beaucoup plus résistantes que celles postérieures. La voie postérieure complémentaire demeure cependant nécessaire dans les formes anciennes irréductibles. Elle doit être la moins délabrante possible.



*Fig. 6.* — LPLC récente greffée à une pseudarthrose du scaphoïde. La perturbation des lignes de Gilula, la désorganisation des os de la première rangée du carpe et le grand déplacement du scaphoïde signent des lésions ligamentaires majeures.

Jasmine *et al.* (15) et Woodward *et al.* (32) ont rapporté des cas d'irréductibilité liée à l'accrochage du pôle distal du scaphoïde à la capsule dorsale ou à l'interposition de cette dernière entre semi-lunaire et grand-os.

— Le choix de la méthode thérapeutique n'est pas bien défini. Dans notre étude nous avons retenu la supériorité du traitement chirurgical par

rapport au traitement orthopédique. Ne permet-il pas des gestes supplémentaires sur l'appareil capsulo-ligamentaire et donc sur la stabilité du carpe, ainsi qu'une bonne réduction des fractures surtout par un vissage.

— Dans les LPLC pures, les lésions ligamentaires sont à leur maximum. Un embrochage en bonne position ne prévient pas la déstabilisation après ablation de broches (3, 10, 22). Ces lésions doivent être bien réparées chirurgicalement. Dans les formes anciennes, les arthrodèses partielles intercarpiennes ou la résection de la première rangée du carpe sans qu'elles soient idéales ni fiables à long terme, peuvent être envisagées (1, 16, 24, 25). Mais chez ces jeunes travailleurs de force, les arthrodèses partielles tout en limitant les mouvements du poignet, procurent une certaine stabilité.

Dans les formes transscaphopérilunaires, nous rejoignons l'avis de Alnot (5), Herzberg (14) et Vives *et al.* (28) quant à la nécessité d'un vissage du scaphoïde. Les autres fractures doivent aussi être bien réduites et fixées, car elles exposeraient au risque de carpe adaptatif et d'arthrose.

Les avis des auteurs divergent quant aux facteurs déterminant le pronostic des LPLC ce qui est expliqué par l'insuffisance du recul, la limitation des séries et l'hétérogénéité des critères étudiés.

Nous avons retenu comme facteurs de mauvais pronostic :

— L'ouverture cutanée type II et III : elle est liée à la gravité du traumatisme et non pas au risque infectieux non retrouvé dans notre série.

— Le traitement orthopédique, sans tenir compte du type de la luxation.

— L'absence de compression par vis d'une fracture associée du scaphoïde.

Nous n'avons pas retenu le délai du traitement comme facteur influençant les résultats fonctionnels car, que ces lésions soient anciennes ou fraîches, les résultats étaient globalement décevants. Ceci nous paraît lié à l'absence de prévention des désaxations. En effet, l'absence de traitement spécifique des lésions ligamentaires fraîches aboutit très rapidement à la pérennisation des instabilités avec enraidissement du poignet quelques mois seulement après le traitement. Ce qui les rapproche des luxations anciennes.

Allieu *et al.* (4) insistent sur les lésions ostéo-chondrales souvent méconnues et expliquant les mauvais résultats de certaines luxations du carpe apparemment sans séquelle.

Bocquet dans sa thèse (7) retient comme facteurs de mauvais pronostic :

— Le retard pris au traitement spécifique.

— L'importance des lésions osseuses et des parties molles associées.

— Les insuffisances de réduction, moins graves en cas de lésions ligamentaires pures qu'en cas de lésions ostéo-articulaires.

— Les déplacements secondaires, cals vicieux, pseudarthroses ou nécroses du scaphoïde ou du semi-lunaire.

Garcia-Elias *et al.* (11) insistent, en premier lieu, sur le délai entre l'accident et la réduction puis la précision de la réduction et le degré de bascule du semi-lunaire.

Vergues *et al.* (27) ne retiennent pas le délai thérapeutique comme facteur de mauvais pronostic sauf s'il y a une lésion du nerf médian.

Pour Wagner (29) le facteur le plus important est l'existence de lésions associées puis la précision de la réduction.

Witvoet et Allieu (31) insistent enfin sur la bascule du semi-lunaire et la rupture des freins de ce dernier.

Le risque principal des luxations périlunariennes est l'arthrose. Prévenir l'arthrose c'est traiter rapidement toute instabilité et bien réduire et fixer toute fracture. Il ne faudra rien laisser au hasard, car une fois installée, l'arthrose évoluera très rapidement.

## RÉFÉRENCES

- Allieu Y. L'instabilité du carpe : principes thérapeutiques généraux. *Ann. Chir. Main*, 1984, 3, 364-367.
- Allieu Y. Subluxation et luxation du carpe. *E.M.C. App. Loc. Paris*, 1987, 14046, C10, 9.
- Allieu Y., Herzberg G. Fractures du scaphoïde carpien : les conséquences sur la stabilité du carpe et déductions thérapeutiques. *Rev. Chir. Orthop.*, 1988, 74, 697-699.
- Allieu Y., Herzberg G. Séquelles des traumatismes du carpe. *E.M.C.* 1989, 14046, E10, 4.
- Alnot J. Y. Diagnostique, indications thérapeutiques et appréciations des résultats des fractures récentes de la partie moyenne du scaphoïde type II, III et IV. *Rev. Chir. Orthop.*, 1988, 74, 700-702.
- Biyani A., Sharma J. C. An unusual pattern of radio-carpal injury. *Brief. Report. J. Bone Joint Surg.*, 1989, 71-B, 139.
- Bocquet F. Entorses graves et luxations intracarpiennes. Thèse de médecine, Lille, 1984.
- Fernandez D., Ghillani R. External fixation of complex carpal dislocations. A preliminary report. *J. Hand Surg.*, 1987, 12-A, 335-347.
- Fikry T. Les luxations traumatiques du carpe. Thèse de médecine, Casablanca 1990 (n° 329).
- Fisk G. R. Désaxation du scaphoïde après luxation du semi-lunaire. *Ann. Chir. Main*, 1984, 3, 353-356.
- Garcia Elias M., Irisarri C., Henriques A., Abanco J., Fores J., Lluch A., Gilabert A. Luxation périlunaire du carpe. Un diagnostic encore trop souvent inaperçu. *Ann. Chir. Main*, 1986, 5, 281-287.
- Green D. P., O'Brien E. T. Open reduction of carpal dislocations : indications and operative techniques. *J. Hand Surg.*, 1978, 3, 250-265.
- Herzberg G. Les luxations périlunaires du carpe. Étude multicentrique, 9<sup>e</sup> cours de chirurgie de la main. Hôpital Bichat, 1987, pp. 13-22.
- Herzberg G. Résultats des fractures du scaphoïde associées aux lésions ligamentaires. *Rev. Chir. Orthop.*, 1988, 74, 711-713.
- Jasmine M. S., Packer J. W., Edwards G. S. Irreductible transscaphoid perilunate dislocation. *J. Hand Surg.*, 1988, 13-A, 212-215.
- Linscheid R. L. Lésions ligamentaires scapho-lunariennes. *Ann. Chir. Main.*, 1984, 3, 323-330.
- Linscheid R. L., Dobyns J. H. Le concept global des traumatismes du carpe. *Ann. Chir. Main*, 1984, 3, 35-42.
- Mayfield J., Johnson R., Kilcoyne R. Carpal dislocations pathomechanics and progressive perilunar instability. *J. Hand Surg.*, 1980, 5, 26-241.
- Mayfield J. K. Patterns of injury to carpal ligaments. A spectrum. *Clin. Orthop.*, 1984, 187, 36-42.
- Meyrueis J. L. Instabilité du carpe. *Ann. Chir. Main*, 1984, 3, 4, 313-316.
- Ronald C. et coll. The effect of rotary subluxation of the scaphoid or radioscapoid contact. *J. Hand Surg.*, 1987, vol. 12A, 5, part I.
- Saffar Ph. Luxation du carpe et instabilité résiduelle. *Ann. Chir. Main*, 1984, 3, 349-352.
- Saffar Ph. Luxations périlunariennes du carpe. In *Le «poignet»*, Monographie du G.E.M. n° 12, p. 120-128.
- Saffar Ph. Luxations du carpe, In : *Les «traumatismes du carpe»*, Springer-Verlag, 1989, p. 31-48.
- Taleisnick J. «The wrist». Churchill Livingstone, 1985.
- Vegter J. Late reduction of dislocated lunatum. *J. Bone Joint Surg.*, 1987, 29-B, 734-736.
- Vergues M. M., Allieu Y., Vidal J. Les luxations périlunaires des os du carpe. Devenir et traitement à propos de 22 observations. *Montpellier Chir.*, 1970, 16, 181-199.

28. Vives P., De Lestang M., Dorde T. Technique et indications du vissage des fractures du col du scaphoïde. In «Le poignet», Monographie du GEM n° 12, 96-100.
29. Wagner C. J. Perilunar dislocations. *J. Bone Joint Surg.*, 1956, 38-A, 1198-1207.
30. Watson H. K., Jaiyoung Ryu M. Evolution of arthritis of the wrist. *Clin. Orthop.*, 1986, 201, 57-67.
31. Witvoet J., Allieu Y. Lésions traumatiques fraîches du semi-lunaire. *Rev. Chir. Orthop.*, 1973, 59, suppl. 1, 98-125.
32. Woodward A. M., Neviasser R. J., Nisenfeld F. Radial and volar transscaphoid dislocations. A case report. *South. Med.*, 1975, 168, 926.

### SAMENVATTING

*T. FIKRY, A. LAMINE, A. HARFAOUI, M. DKHISSI, B. ESSADKI, B. ZRYOUIL, M. TRAFEH. Perilunaire carpal luxaties. Klinische studie over 39 gevallen.*

De perilunaire carpal luxaties worden vaak miskend ; er heerst onzekerheid over een correcte behandeling en de evolutie is vaak ongunstig.

Negenendertig peri-lunaire luxaties werden retrospectief op lange termijn-resultaten geëvalueerd, met bespreking van de problematiek.

Bij acute gevallen werd de diagnose bij 2 van de 3 patiënten gesteld. Voor 26 polsen werd een chirurgische behandeling toegepast.

In de studie van de anatomische resultaten werden pseudarthrosen, necrosen en residuele onstabielheid gezien. De functionele resultaten verslechterden na verloop van tijd en werden steeds ongunstiger bij open

letsels of bij conservatieve therapie ; betere resultaten werden gezien na schroeven van het naviculare dan na verpinning.

De diagnose wordt niet gemist indien er systematisch een strikt zijdelingse RX genomen wordt bij elk polstrauma.

De systematische chirurgische behandeling vergt een preciese reparatie van bot- en ligamentletsels, met minder risico voor laattijdige arthrose ; de chirurgische behandeling geniet dan ook de voorkeur.

### SUMMARY

*T. FIKRY, A. LAMINE, A. HARFAOUI, M. DKHISSI, B. ESSADKI, B. ZRYOUIL, M. TRAFEH. Carpal perilunar dislocations. Clinical report of 39 cases.*

Carpal perilunar dislocations are hidden lesions with uncertain outcome and treatment which is not yet standardized. This retrospective study including 39 cases of carpal perilunar dislocations helps clarify these issues. For fresh dislocations, the diagnosis was established in 66%. Surgical treatment was performed in 26 cases.

Anatomic results showed nonunion, necrosis and residual instability. Function was always decreased and was worse in open forms or after orthopedic treatment. Scaphoid screwing results were better than those from pinning.

Lateral wrist x rays must always be ordered in cases of wrist trauma to avoid delayed diagnosis. Surgical treatment must systematically use a palmar incision ; it permits precise repair of bones and ligamentous lesions and reduces the risk of arthritis.