## DECOLLEMENT EPIPHYSAIRE SIMULTANE DES DEUX OLECRANES

( A PRORPOS D' UN CAS)
ALHOMSI Firas, HUMEA U Jacques ,MARCHA LA ND Jean-Pierre, DJA GNIKPO Grey
Hopital Saint-Camille
Service de orthop édie-traumatologie Bry sur Marne 94360 France.


## INTRODUCTION:

Les auteurs rapportent un cas rare de décollement épiphysaire simultané des deux olécranes.

## OBSERVATION:

J. M., âgé de 14 ans, sans antécédents pathologiques, a présenté a la suite d'une chute sur les deux coudes un traumatisme fermé. L'examen clinique retrouve une tuméfaction des deux coudes sans lésions cutanées en regard, conservation des repères anatomiques, perte de l'extension active-bilatérale sans troubles vasculo-nerveux en aval. Les radiographies des deux coudes face ef profil ont objectivés un décollement épiphysaire type II (Salter et Harris) simultanée des deux olécranes.

Nous avons procédé sous anesthésie générale et abord médian postérieur à la réduction du décollement et ostéosynthèse par embrochage-haubanage (Fig. 3,4 ), suivi d'une immobilisation par attelle plâtrée brachio-antébrachial à tifre antalgique pendant 21 jours. l'auto-rééducation a permis la récupération des amplitudes fonctionnelles.


## DISCUSSION:

Le décollement épiphysaire simultané des deux olécranes est rare. A notre connaissance aucune observation n'a été rapporté dans la littérature. La fréquence des fractures isolées de l'olécrane chez l'enfant est estimée à $1 \%$ (2), les décollements épiphysaire de l'olécrane sont encore plus rare, Caterini (1) retrouve un cas dans une série de 39 cas.

De nombreuses classifications sont proposées dans la littérature, la plus récente et celle d'Evans et Graham (2) qui est basée sur le site anatomique de la fracture (épiphysaire, cartilage de croissance métaphysaire), la direction du trait (transversale, oblique ou longitudinal), le déplacerment (<à 2mm, entre 2 et $4 \mathrm{~mm},>$ à 4 mm ) et la présence de lésions associées.
Le traitement orthopédique est indiqué si la fracture ou le décollement sont non déplacé (2), alors qu'il n'existe pas de consensus sur l'indication opératoire. Gaddy et coll. (3) recommandent l'otéosynthèse en cas de déplacement supérieur à 3 mm , Mathews et coll. (4) si le diastasis est supérieur à 4 mm et Gaves et coll. si le déplacement est supérieur à $5 \mathrm{~mm}(1,5)$. Dans notre observation le diastasis a atteint

Le moyen d"ostéosynthèse le plus utilisé par la plupart des auteurs est l'embrochage-haubanage(3). Caterini (1) rapporte de bons résultats en utilisant pour l'haubanage du matériel biorésorbable.

L'évolution est marquée dans les différentes séries par la persistance d"un déficit d'extension du coude. Papavasiliou et coll.(5) rapportent un déficit d'extension de $20^{\circ}$ chez cinq patients opérés, Gaddy et coll.(3) retrouve $15^{\circ}$ de perte d'extension. Notre patient présente une perte d'extension de $15^{\circ}$.

## CONCLUSION:

$>$ Le décollement épiphysaire de l'olécrane est rare.
$>$ Le traitement chirurgical s'impose en cas de diastasis supérieur à 4 mm .
> L'embrochage-haubanage est le moyen d'ostéosynthèse le plus utilisé.
> l'évolution est souvent marquée par la persistance d'un déficit d'extension.

## RÉFÉRENCES:

1/ Caterini R., Farsetti P, D'arrigo C. Fractures of the olecranon in children: long-term follow-up of 39 cases. J. Pediat. Orthop. B 2002 Oct; 11(4):320-8.

2/ Evans MC, Graham HK. Olecranon fractures in childreny Part 1: a clinical review; Part 2: a new classification and management algorithim. J Pediatr Orthop. 1999 Sep-Oct;19(5):559-69.

3/ Gaddy BC, Strecker WB, Schoenecker PL. Surgical treatment of displaced olecranon fractures in children. J Pediatr Orthop (997; 17:321-4.

4/ Matthews JC. Fractures of the olecranon in children. Mjiury 1980; 12:207-12.

5/ Papavisiliou VA, Beslikas TB, Nenopoulos S. Isolated frac-tures of theolecranon in children. Injury 1987; 18:100-2.

