

Fractures du poignet :

Pr. H. MIGAUD, service d'Orthopédie C, Hôpital Salengro, CHRU de Lille

Points essentiels

- *Fréquence (Epiphyse radiale/ostéoporose)*
- *Gravité des fractures comminutives articulaires (sujet jeune et trauma violent)*
- *Retentissement articulaire sur : 1) la prono-supination (radio-ulnaire distale); 2) la radiocarpienne (défaut d'orientation et/ou désorganisation de la glène radiale)*

1) Mécanisme: + Fq Indirect. L'orientation du poignet conditionne la direction des traits et des déplacements :

- Compression-extension (85%)
 - *sus-articulaire* : Pouteau-Colles et Gérard -Marchant
 - *articulaire* : sus articulaires à refends articulaires (forme la + Fq),
- cunéenne externe (Hutchinson)
- Compression-flexion (10%),
 - *sus-articulaire* : Goyrand-Smith
 - *articulaire* : Marginale antérieure
- Fractures éclatement (5%) : (Destot) comminution épiphysaire +/- faible déplacement antéro-postérieur

2) Diagnostic positif : (Fracture de type Pouteau-Colles)

• Signes fonctionnels : impotence fonctionnelle modérée, douleur vive au poignet après chute / main en extension.

• Signes physiques :

- de face : la main est translaturée en dehors (aspect de main bote radiale) avec saillie en dedans de la tête de l'ulna.
- de profil : la main est déportée en arrière avec saillie postérieure du fragment épiphysaire radial (aspect en dos de fourchette)
- à la palpation : horizontalisation de la ligne bi-styloïdienne (signe de Laugier) (Normal = oblique en bas et en dehors).

• Complications immédiates :

- Ouverture: rare de type I
- Vasculo nerveuses: rares, mais toujours rechercher Nf Médian+++ (motricité des thénariens et sensibilité)

3) Diagnostic radiographique : (Fracture de type Pouteau-Colles)

• Examen à pratiquer :

- Face et profil stricts
- Tomographies ou TDM pour détecter et analyser traits articulaires

• Résultats (Pouteau-Colles) :

- . trait transversal sus articulaire, 1 à 2 cm au dessus de l'interligne radio-carpien.
- . Zone de comminution corticale postérieure.
- . Glène radiale horizontalisée de face. Supination de l'épiphyse.

. De profil bascule postérieure de l'épiphyse avec perte de l'antéversion normale de la glène.

4) Evolution :

- Favorable : Consolidation en 4 à 6 semaines.

- Complications secondaires :

- Déplacement secondaire (sous plâtre) : Fréquent, avec traitement orthopédique 1/2. Reproduit \pm le déplacement initial. Favorisé par la comminution postérieure. Impose reprise par une ostéosynthèse. Meilleure prévention = ostéosynthèse.

- Enraidissement des doigts : MP avec plâtre trop étendu distalement.

- Compression du Nf médian : du fait de l'œdème --> surveillance sous plâtre.

- Complications tardives :

- Cal vicieux :

- Reproduit \pm la déformation initiale. Sus et/ou articulaire avec toujours un raccourcissement du radius.

- Conséquences variables selon sévérité et âge du patient. 1) réduction d'amplitude articulaire (PS et RC), 2) modification du secteur de mobilité (RC), 3) réduction de la force de préhension, 4) déformation inesthétique (main bote radiale), 5) douleurs / la désorganisation voire arthrose des articulations radio-ulnaire et radio-carpienne. Correction / ostéotomie.

- Syndrome AlgoNeurodystrophique:

- Imprévisible

- Douleur \pm troubles vasomoteurs et trophiques (raideur et rétraction)

- Déminéralisation RX mouchetée différée de quelques semaines.

- Guérison entre 6 et 18 mois.

- Rupture du long extenseur du pouce : au contact d'une broche ou après traitement orthopédique, parfois après # non déplacée --> manoeuvre diagnostique spécifique.

4) Traitement :

- Orthopédique :

- Réduction manuelle / AG ou ALR avec amplificateur de brillance

- Traction pour désengrener puis flexion et inclinaison ulnaire

- Attelle moulée BAP en position PS intermédiaire. RX contrôle post-op, puis à 2, 8, 15 jours. Coude à 90°, poignet en légère flexion et inclinaison ulnaire. Pouce et MP libres.

- Contrôle clinique le lendemain de la réduction --> surveillance plâtre jusqu'à consolidation 4 à 6 semaines.

- Chirurgical :

- Fréquemment employé en raison du risque de déplacement secondaire.

- Réduction / AG ou ALR avec :

- 1) brochage pour les # à déplacement postérieur,
- 2) plaque antérieure pour les # à déplacement antérieur,
- 3) fixateur externe pour les # comminutives et les # ouvertes.

Dans tous les cas mobilisation immédiate des doigts. Rééducation poignet et doigts après ablation du plâtre (+ précoce avec le traitement chirurgical)