

Ces lignes directrices sont le résultat d'un consensus entre le service de chirurgie de l'appareil locomoteur et la Dre Rey, consultante de la chirurgie de la main. Elles n'ont pas pour vocation de régler toutes les situations qui peuvent se présenter aux urgences.

Des informations complémentaires sur les traumatismes de la [main](#) peuvent être consultées sur le site du Réseau des Urgences Genevoises (www.urgences-ge.ch).

L'usage de la sédation analgésie doit impérativement se conformer à la [directive](#) en vigueur dans le service. Toute prise en charge au bloc opératoire se fait en présence d'un médecin orthopédiste.

1 FRACTURE DES OS MÉTACARPIENS

MC 1 (pouce) : Si fracture sans défaut d'axe/trouble de la rotation : immobilisation avec attelle radiale prenant le pouce, sinon réaxer le doigt sous anesthésie locale avant mise en place de l'attelle → avis ortho à la première heure ouvrable.

MC 2-5 : Contrôle si défaut d'axe/troubles de la rotation (le doigt pointe le tunnel carpien lors de la flexion passive). Si trouble de la rotation, raccourcissement ou angulation $> 30^\circ$ → avis orthopédique à la première heure ouvrable. Dans l'intervalle ou en cas de traitement conservateur : attelle intrinsèque plus (prenant le rayon fracturé et minimum 1 doigt de chaque côté).

Si expertise : Réduction selon la technique du bilboquet en anesthésie intra fracturaire (Rapidocaïne® 1% 5 ml) Suivi en policlinique à 5 jours par CDC.

2 LUXATION DES ARTICULATIONS DU DOIGT (Y.C. MCP)

Réduction sous anesthésie en bague (voir lien ci-dessus)

Testing de la stabilité des ligaments collatéraux radial et cubital (et non pas « externe » et « interne »)

Crisofix® (IPP ou IPD) ou attelle intrinsèque plus (MP) + ordonnance ergothérapie pour rééducation précoce et attelle thermoformée en ambulatoire

Premier contrôle en policlinique à 5 jours par CDC, durée du traitement 4 – 6 semaines

3 ENTORSE EN HYPEREXTENSION DU DOIGT (PLAQUE PALMAIRE)

Clinique : douleur IPP face palmaire, hématome souvent présent

Radiographie : doigt face et profil

Crisofix®, ordonnance ergo pour attelle thermoformée pendant 1- 3 semaines selon douleur, mobilisation précoce

Contrôle en policlinique à 3 semaines par médecin assistant

4 ENTORSE MCP POUCE (POUCE DE SKIEUR)

Radiographie face/profil à la recherche d'une avulsion osseuse

Si pas d'avulsion osseuse : testing de la stabilité latérale (à 20-30° de flexion), si doute ou laxité sur le ligament latéral ulnaire (LCU) → US dans les 2-3 jours aux heures ouvrables (PAS d'IRM) à la recherche d'une lésion de Stener, puis suivi policlinique avec CDC

Dans tous les cas : immobilisation en attelle palmaire prenant le pouce

5 FRACTURE DES PHALANGES

P1 : attelle intrinsèque plus

P2 et P3 : Crisofix®

Si déplacement ou rotation : réaxer selon expertise et radiographie après immobilisation

Si échec : avis orthopédique ou consultante chirurgie de la main à la première heure ouvrable

6 PLAIES

Toute plaie infectée ou suspectée de l'être doit faire l'objet d'un prélèvement microbiologique (pus ou frottis du fond de la plaie AVANT rinçage) avant de débuter une antibiothérapie

6.1 EXAMEN CLINIQUE RIGoureux

Sensibilité des doigts (hémipulpe radiale et cubitale), y compris discrimination de deux points avec un trombone plié, pathologique dès 4 mm, acceptable jusqu'à 6 mm, toujours comparer au côté sain

Signes d'ischémie/temps de recoloration (≤ 3 sec.), à tester sur la tablette unguéale

Doigts : flexion (IPD pour fléchisseur profond et IPP avec extension des autres doigts pour fléchisseur superficiel) et extension contre résistance

Pouce et V : abduction, adduction, opposition

6.2 PLAIES PALMAIRES

L'indication à un avis spécialisé doit être large.

Plaie superficielle : suture par points selon Donati avec un fil Dermalon® ou Prolene® 4-0

Plaie profonde : exploration selon expertise (ATTENTION : risque de lésion iatrogène des nerfs et vaisseaux si exploration, pas de ligature !)

En cas de troubles neurovasculaires ou suspicion de lésions tendineuses : avis orthopédique HIB ou chirurgie de la main HFR ou CHUV ; dévascularisation → avis en urgence ; suspicion lésion nerveuse ou tendineuse → l'avis peut être demandé à la première heure ouvrable le lendemain ; lavage et suture standard de la peau en attendant ; antibiothérapie et attelle digito-palmaire

Arthrotomie : lavage abondant à l'aiguille boutonnée dans l'articulation, puis fermeture peau et ATB prophylactique

Rappel tétanos si indiqué selon directive « [Rappels vaccinaux en cas de blessure](#) »

6.3 PLAIES DORSALES

Exploration si l'intégrité tendineuse est conservée : suture avec Dermalon® ou Prolene® 4-0 en points simples ou selon Donati (pas de chevauchement des berges)

Si lésion tendon extenseur : avis orthopédique HIB à la prochaine heure ouvrable (lavage, suture cutanée et attelle pour la nuit/à jeun pour le matin)

En attendant, antibiothérapie et attelle digito-palmaire

Troubles neurovasculaires/arthrotomie : cf. plaies palmaires

Rappel tétanos si indiqué selon directive « [Rappels vaccinaux en cas de blessure](#) »

6.4 PHLEGMON DE LA GAINE DES FLECHISSEURS

Normalement suite à une plaie au doigt ou à la main (normalement face palmaire)

Recherche des 4 signes de Kanavel :

- Œdème et rougeur prenant tout le doigt (fusiforme)
- Flexion spontanée du doigt
- Forte douleur/voire impossible de faire l'extension passive du doigt
- Douleur à la palpation de la gaine sur tout le doigt
- Signe supplémentaire fiable : douleurs palpation poulie A1 (dans la paume de la main, juste proximal du doigt concernée)
- Signe de sévérité : trajet de lymphangite

Ultrason par radiologue uniquement sur demande lors d'un avis spécialisé : liquide dans la gaine

URGENCE : appeler la garde d'orthopédie → **pas d'antibiotiques en préopératoire**

7 ARTHRITE SEPTIQUE

URGENCE : appeler la garde d'orthopédie

SIGNES : douleurs lors de la palpation latérale, compression axiale (piston) et à la rotation axiale de l'articulation.

8 PATHOLOGIES DE LA PHALANGE DISTALE

8.1 MALLET FINGER

Rupture du tendon extenseur au niveau de l'IPD → avec ou sans arrachement osseux, souvent suite à traumatisme minime (en enfilant des chaussettes p.ex.)

Clinique : Flexum de l'IPD sans extension complète ACTIVE possible

Mallet finger tendineux : PAS d'arrachement osseux à la Rx profil → Crisofix®, puis attelle thermoformée IPD en HYPEREXTENSION 10° en ergothérapie pour 3 mois (2 mois 24h/24 et 1 mois la nuit et lors des activités à risque), suivi en policlinique par CDC d'orthopédie

Mallet finger osseux non déplacé : Crisofix®, Rx profil après mise en place de l'attelle, attelle thermoformée à 0° d'extension pour 6 semaines en ergothérapie, Rx après RDV ergo et à semaine 1, 3 et 6, suivi en policlinique par CDC d'orthopédie

Mallet finger osseux déplacé : subluxation palmaire ou déplacement du fragment → Crisofix® et Rx profil de contrôle dans l'attelle, avis orthopédique à la prochaine heure ouvrable en vue d'une ostéosynthèse

8.2 JERSEY FINGER

Désinsertion du tendon fléchisseur profond entraînant un déficit de flexion active de l'IPD → mécanisme de force contre le doigt en flexion (rattraper un objet lourd en chute libre p.ex.)

RX face/profil : recherche d'une avulsion

Crisofix® et avis chirurgie de la main à la prochaine heure ouvrable en vue d'une réinsertion du tendon

8.3 PARONYCHIE (PANARIS)

Infection de la peau au pourtour de l'ongle ou en dessous de l'ongle → normalement secondaire à un traumatisme mineur (arrachement d'un bout de peau p.ex.)

Trois stades :



1. Présence d'un érythème : rougeur sans tuméfaction → bains désinfectants avec Dakin®, Bétadine ou équivalent 2-4x/j
2. Présence de collection : drainage par incision dans la portion proximale du repli cutané latéral (cf. schéma), pas de frottis microbiologique
3. Présence d'une collection sous-unguéale : lamellectomie (ablation partielle de l'ongle) sous anesthésie en bague (sous supervision par médecin cadre)

Si extension proximale de l'infection (dermohypodermite) : frottis puis antibiothérapie pendant 5 jours (co-amoxicilline ou clindamycine si allergie)

Contrôle à 48 heures en polyclinique

8.4 HÉMATOME SOUS-UNGUÉAL

Si plus de 2/3 de la surface atteinte : drainage de l'hématome par perforation à l'aiguille rose ou trombone chauffé (1-2 trous selon la situation), anesthésie locale en principe non nécessaire

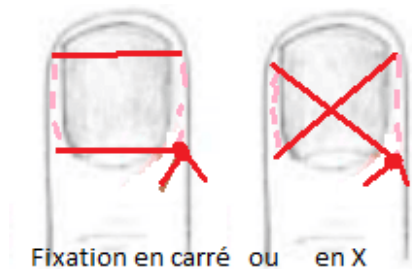
En cas de suspicion d'atteinte du lit d'ongle : ablation de l'ongle et réparation du lit (voir ci-dessous).

8.5 PLAIE DU LIT D'ONGLE

8.5.1 Plaie simple

Procéder en principe à une ablation complète de l'ongle pour avoir une bonne visualisation du lit de l'ongle et pour suturer si nécessaire ; pour l'ablation de l'ongle → cf. point 8.5.2 ci-dessous

Réparation du lit de l'ongle → suture par surjet Vicryl rapide 6-0 (résorbable), utiliser un porte-aiguille stérile emballé séparément



Si ablation complète : remettre l'ongle en place (ou ongle artificiel, partie molle de la chambre compte-goutte tubulure de perfusion) et fixer avec un point Dermalon® 3-0 en X ou en carré

Si fracture sous-jacente : antibiothérapie pendant 48 heures

Si perte de substance importante : nettoyage et recouvrement avec pansement Adaptic®, consultation chirurgie de la main à la première heure ouvrable

Consultation de suivi en polyclinique à 24-48 heures

8.5.2 Technique : ablation d'ongle

Après anesthésie par conduction : soulever l'ongle avec une branche de la pincette fine en commençant sous le bord libre de l'ongle puis en séparant progressivement l'ongle de son lit, attention à garder la branche de la pincette toujours en contact avec l'ongle afin d'éviter de léser le lit de l'ongle

Ablation finale par traction en faisant des légers mouvements de rotation

Si l'ongle est intact : le conserver et le remettre en place après la suture → diminution de la douleur, guide la croissance du nouvel ongle

Si l'ongle n'est pas intact : confectionner et mettre en place un ongle artificiel

8.6 AMPUTATION PHALANGE DISTALE

Indications à un traitement par pansement occlusif :

Traumatismes distaux à l'insertion du tendon fléchisseur profond

L'indication doit être validée par le médecin superviseur urgentiste ou un spécialiste en orthopédie

Traitement initial : nettoyage de la plaie, éviter les sutures, laisser les restes de l'ongle en place, enlever les parties saillantes de l'os, ainsi que les débris d'os si présents.

Si absence de saignement important : mise en place d'un pansement occlusif selon expertise : sinon pansement conventionnel avec Adaptic® et confection du pansement occlusif en policlinique dans les 48 heures.

Une documentation par photographies jointes au dossier médical du patient est impérative avant la mise en place du pansement occlusif !

Pas d'antibiothérapie

Contrôle médical en policlinique à 24-48h pour une réévaluation de la prise en charge

8.7 TECHNIQUE : PANSEMENT OCCLUSIF

- Renoncer à toute suture de la peau ou du lit de l'ongle et aux ongles artificiels
- Sous anesthésie : enlever les esquilles osseuses libres et réséquer les parties saillantes de l'os si présentes afin d'obtenir un moignon lisse
- Utiliser le film semi-occlusif OPSITE® pour effectuer le pansement
- Bien sécher la peau pour assurer une bonne adhérence → possibilité de préparer la peau avec de la teinture de benjoin (mais pas la plaie !)
- Déposer le film directement sur la plaie et très distalement sur la peau saine (2 cm environ).
- Un petit réservoir peut se former sous le film en aval de la plaie
- Appliquer le film tout en retirant la feuille stabilisatrice exige une certaine pratique
- Protéger le film par un pansement conventionnel (pas trop serré) à titre de protection mécanique et pour absorber les sécrétions de la plaie
- Changement aux 7 jours



Suivi du pansement occlusif en polyclinique par l'équipe soignante avec avis médical sur demande

9 AUTRES AMPUTATIONS EN AMONT DE LA PHALANGE DISTALE

Prise en charge ABCDE selon les directives ALS

Hémostase à l'aide d'un pansement compressif, pas de tourniquet en distalité du poignet

La partie amputée doit être enveloppée SANS pression par des compresses humides (NaCl 0,9%) et conservée dans un sac en plastique → utiliser petit sac poubelle des chariots de soins. Le sac est ensuite placé dans un deuxième sac en plastique rempli d'eau et de glace concassée (disponible dans le congélateur du box E ou à la cuisine) → le sac contenant la partie amputée doit nager dans l'eau sans reposer sur la glace. Par la suite, avis chirurgie de la main en urgence.

10 MORSURES

Exploration de toutes les plaies avec parage de la plaie (débridement de 1 à 2 mm sur le pourtour) et rinçage abondant avec de la bétadine diluée à 1:10 puis au NaCl. Pas de suture primaire hermétique mais des points de rapprochement en cas de délabrement important

Prélèvement microbiologique profond dans tous les cas

Antibiothérapie (co-amoxicilline ou clindamycine si allergie) pour toute morsure

Immobilisation par attelle digito-palmaire

Contrôle clinique le lendemain pour toute morsure datant de > 24 heures, sinon à J2 en policlinique

Morsure chien → déclaration cantonale obligatoire avec le formulaire [vaudois](#) ou [fribourgeois](#) selon la commune d'habitation du propriétaire du chien (si propriétaire connu), à défaut (si propriétaire inconnu) le canton où a eu lieu la morsure

Si chien/chat importé de l'étranger ou inconnu → évaluer la nécessité d'une PEP en se référant à la directive « [Prophylaxie post expositionnelle de la rage](#) », avis infectiologique le cas échéant

11 VALIDATION

N° de version	Date d'émission	Elaboré/Modifié par :	Validé par :
1.0	13.12.2023	Ulrich Landes (médecin adjoint URG)	Laure Emilie Rey (médecin agréée chirurgie de la main) Yvan Fournier (médecin-chef URG)