

1 GENERALITES

Ces lignes directrices sont le résultat d'un consensus avec le service de chirurgie de l'appareil locomoteur et n'ont pas pour vocation de régler toutes les situations qui peuvent se présenter aux urgences.

Des informations complémentaires sur les traumatismes du [poignet](http://www.urgences-ge.ch) peuvent être consultées sur le site du Réseau des Urgences Genevoises (www.urgences-ge.ch).

L'usage de la sédation analgésie doit impérativement suivre à la [directive](#) en vigueur dans le service.

Toutes réductions au bloc opératoire se font en présence d'un médecin orthopédiste.

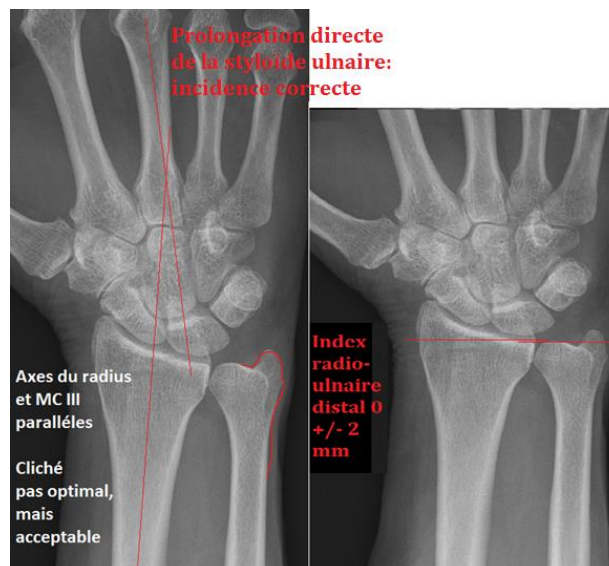
2 RADIOGRAPHIES

- Luxation extrémité distale cubitale avec fracture de la tête radiale associée (Essex-Lopresti, rare) : examen clinique et Rx poignet + coude face/profil
- Fracture diaphysaire déplacée du radius avec luxation cubitale distale (fracture de Galéazzi) : examen clinique et Rx poignet + coude face/profil
- Fracture d'un autre os du carpe : Rx poignet face/profil, incidences spéciales (Kapandji, tunnel carpien, profil 15°), CT ou IRM uniquement sur avis orthopédique ; cf. lignes directrices traumatologie de l'adulte : main.
- Fracture extrémité distale radiale et/ou cubitale : Rx poignet face/profil
- Fracture du scaphoïde : Rx poignet face/profil et scaphoïde (2 incidences supplémentaires), CT ou IRM uniquement sur avis orthopédique

Critères de qualité des radiographies et rapports anatomiques à analyser (non exhaustif) :

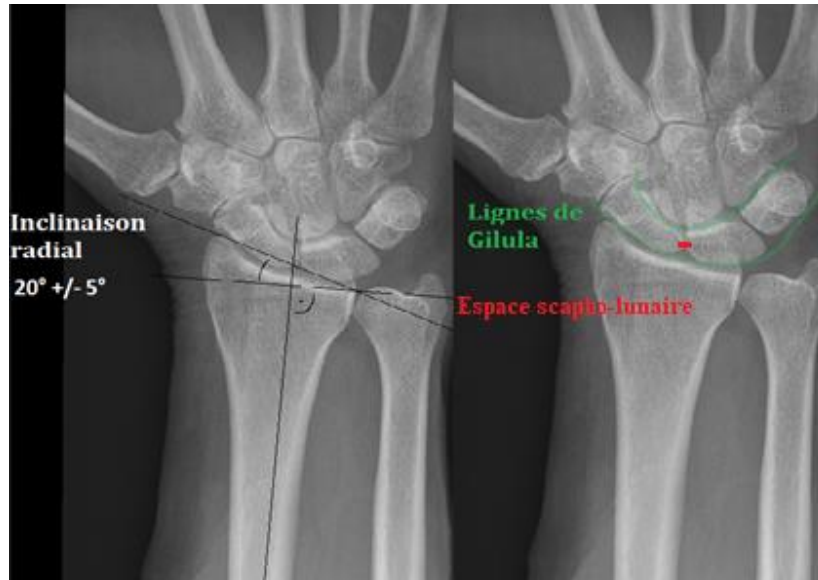
2.1 RX POIGNET FACE

- Axe radius et MC III
- Rotation de l'avant-bras : styloïde cubitale dégagée
- Hauteur du cubitus par rapport au radius (index radio-ulnaire distal)



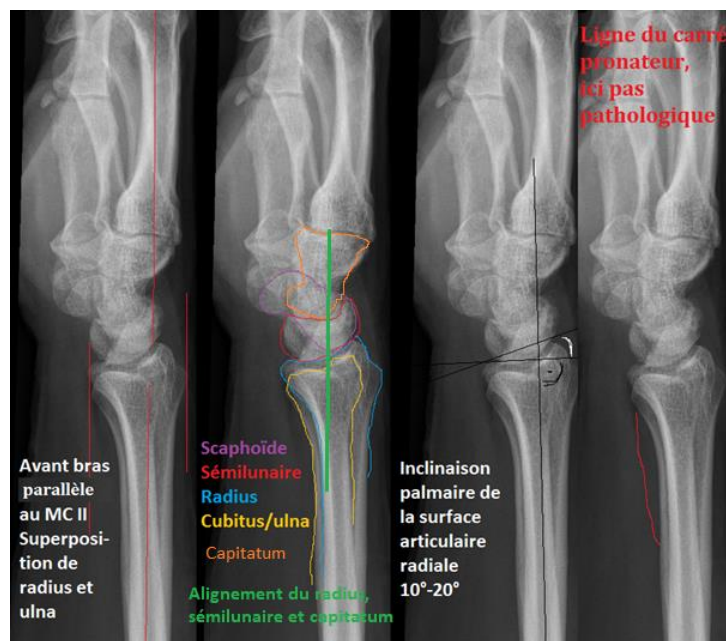
2.2 RX POIGNET FACE

- Angle de l'articulation radiale par rapport à la diaphyse
- Évaluation du carpe avec les lignes de Gilula (traumatismes du carpe)
- Espace scapho-lunaire (possible traumatisme de l'appareil ligamentaire du carpe si > 3mm)



2.3 RX POIGNET PROFIL

- Axe avant-bras (superposition cubitus et radius) et MC II (1^{ère} image depuis la G)
- Inclinaison palmaire de l'angle de la surface articulaire radiale (3^{ème} image depuis la G)
- Présence d'un carré pronateur : bombement pathologique du muscle pronateur comme signe de fracture dans la région poignet/carpe (4^{ème} image depuis la G)
- Contrôler alignement radius/semi-lunaire/grand os (capitulum) afin de ne pas méconnaître une luxation péri-lunaire (2^{ème} image depuis la G)



3 PATHOLOGIES

PRINCIPE GENERAL : pas de plâtre circulaire en première intention car risque de compression si œdème.

3.1 CONTUSION ET ENTORSE DU POIGNET

- Pas de signe de fracture, pas de douleur importante ou d'impotence complète
- Attelle velcro sans pouce, suivi en polyclinique à 5-10 jours, si douleur importante → attelle plâtrée pour max 10 jours

3.2 FRACTURE EXTREMITÉ DISTALE RADIALE ET/OU CUBITALE

- Rechercher un trouble neuro-vasculaire (tunnel carpien) : avis orthopédique urgent si présent
- Fracture chez enfant de moins de 3 ans : BAB pour empêcher l'ablation accidentelle (petite main)

Fracture non déplacée ou intra articulaire :

- Attelle AB en position neutre
- Suivi en polyclinique à 2-4 jours en vue d'une circularisation
- Avis orthopédique non urgent à la prochaine heure ouvrable

Fracture déplacée :

- Mise en place d'un doigtier japonais avec traction de 4-6 kg sur le pouce uniquement (2-3^{ème} doigt uniquement pour sécurisation du montage !) pendant 20 minutes ; se référer aux illustrations ci-dessous :



- Réduction fermée sous sédation analgésie et/ou injection intra-fracturaire de 5-10 ml de lidocaïne 1%
- BAB, suivi en polyclinique en vue circularisation à 2-4 jours avec Rx préalables (demande Rx à faire)
- Si traitement conservateur : BAB pour 4 semaines puis AB pour 2 semaines
- Avis orthopédique non urgent à la prochaine heure ouvrable

Echec de réduction fermée :

- Nécessité d'une 2^{ème} tentative en urgence au BOP avec orthopédiste : persistance de troubles neuro-vasculaires, déformation importante avec très fortes douleurs, échec de remise au contact des extrémités des deux fragments
- Nécessité d'une 2^{ème} tentative à la prochaine heure ouvrable (vs indication opératoire d'emblée) : perte significative de longueur (> 3 mm), bascule significative (> 20°)

3.3 FRACTURE DU SCAPHOÏDE

4 signes douloureux à rechercher : tubercule, tabatière anatomique, piston du pouce, inclinaison cubitale

Fracture non déplacée :

- AB prenant le pouce pendant 6 à 8 semaines
- Suivi policlinique chez CDC d'orthopédie à 5-7 jours pour circularisation, Rx à 3 semaines
- Avis orthopédique non urgent à la prochaine heure ouvrable

Fracture déplacée :

- Avis orthopédique à la prochaine heure ouvrable en vue d'une intervention (CT sur avis orthopédique avec indication si fracture du tiers proximal ou diastase des fragments)

Suspicion clinique sans fracture visualisée :

- AB prenant le pouce
- Suivi policlinique à environ 5 jours avec examen clinique de contrôle et imagerie complémentaire (Rx après 10 jours, CT ou IRM après 2-3 semaines)

3.4 FRACTURE DES AUTRES OS DU CARPE

AB palmaire pendant 4 semaines, si déplacement avis orthopédique et CT à la prochaine heure ouvrable

3.5 LUXATION DU CARPE :

- Clinique : traumatisme important et déformation
- Rx : déplacement entre main et AB à la radiographie de profil, interruption des lignes de Gilula à la radiographie face (exemples ci-dessous)
- Urgence : avis orthopédique



Disparition des ligne de Gilula dans deux cas de luxation du carpe

4 URGENCES

Nécessite un avis orthopédique urgent :

- Fracture ouverte
- Luxation ou fracture luxation du carpe
- Traumatisme avec troubles neuro-vasculaires
- Suspicion de syndrome de loges

5 VALIDATION

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