



Développement Professionnel Continu 2019

Traumatologie du poignet

Docteur Richard FERRER
Service des urgences hôpital Saint Joseph - Marseille

Traumatologie du poignet

Plan

- ▶ Cas cliniques.
- ▶ Généralités – anatomie.
- ▶ Fracture de l'extrémité inférieure du radius.
- ▶ Fracture du scaphoïde.
- ▶ Fracture du triquetrum.
- ▶ Instabilité scapho-lunaire.
- ▶ Instabilité luno-triquétrale.
- ▶ Lésion du Complexe Fibro Cartilagineux Triangulaire du carpe.

Traumatologie du poignet

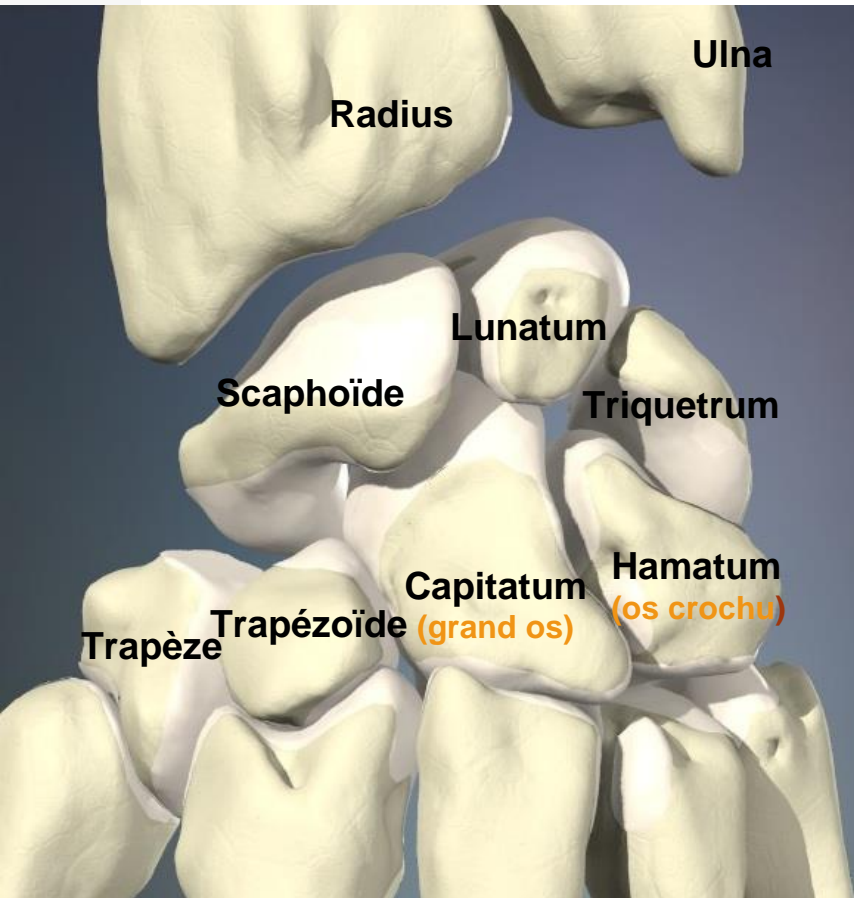
Introduction

- ▶ Les traumatismes du poignet font partie avec ceux de la cheville des traumatismes les plus fréquemment rencontrés.
- ▶ Diagnostic lésionnel précis rendu difficile par la complexité architecturale du poignet.
- ▶ Taux d'erreur de diagnostic plus fréquent dans le poignet que dans d'autres articulations.
- ▶ Fracture de Pouteau-Colles et fracture du scaphoïde sont les diagnostics le plus souvent cités, mais ils ne résument pas à eux seuls les lésions rencontrées.
- ▶ La méconnaissance des lésions peut être source d'un retard de prise en charge ou de complications à type d'arthrose précoce, de limitation de mobilité et de douleurs chroniques.

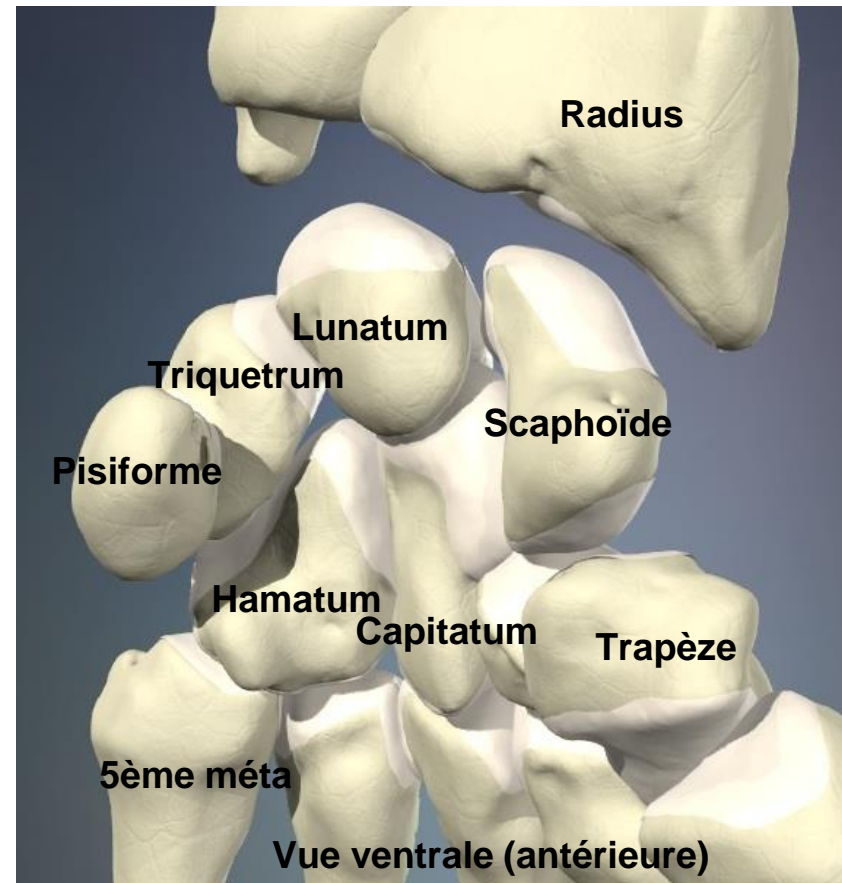
Traumatologie du poignet

Rappel anatomique

Vue dorsale (postérieure)



Vue ventrale (antérieure)



Traumatologie du poignet

Projection cutanée des éléments osseux.



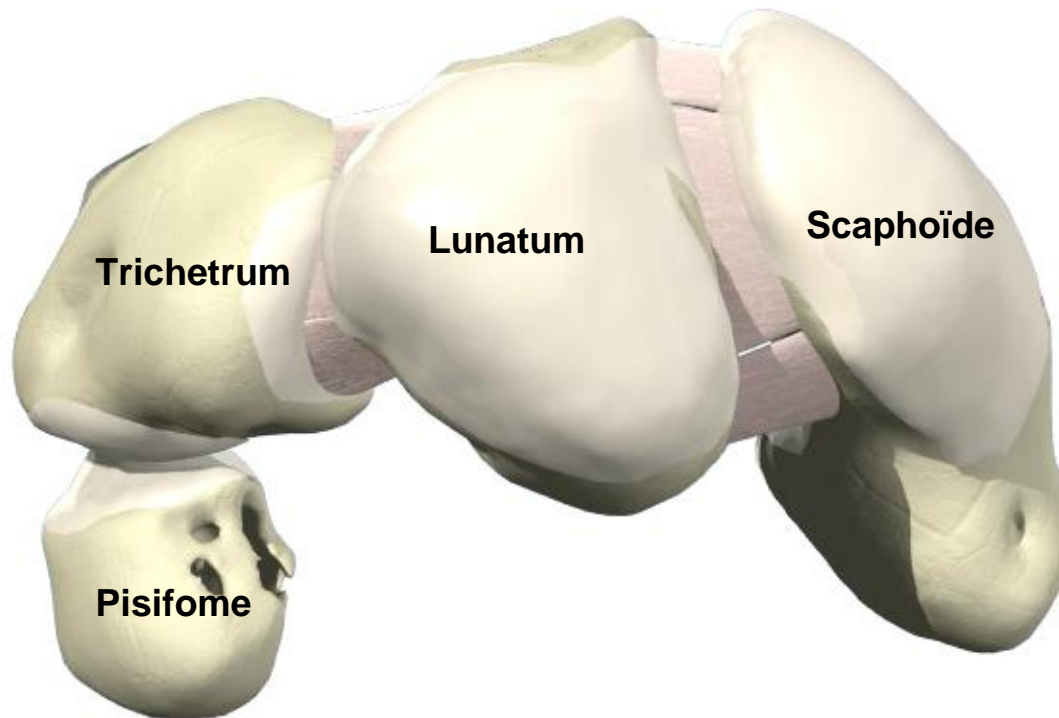
Traumatologie du poignet

Projection cutanée des éléments osseux



Traumatologie du poignet

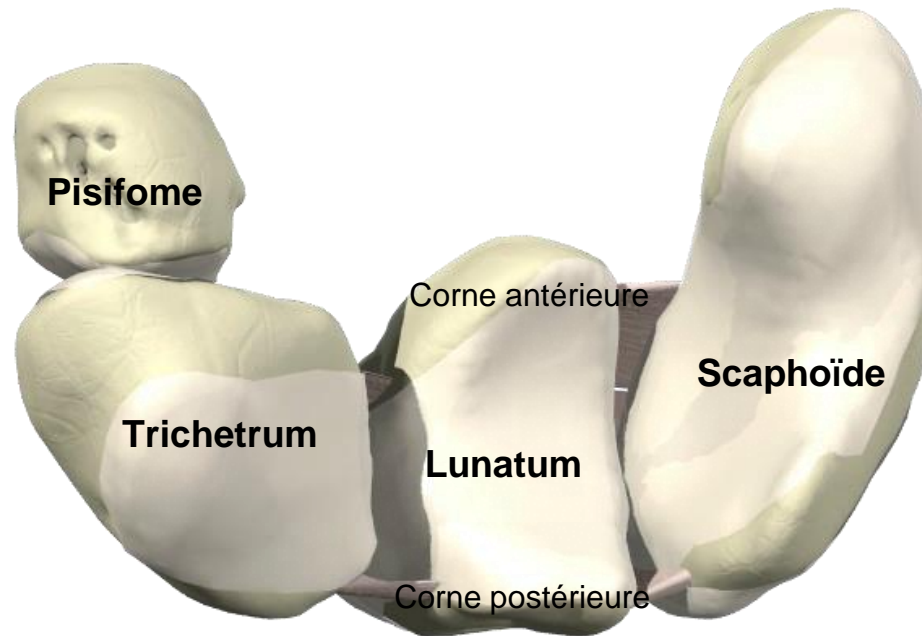
Anatomie 1ère rangée des os du carpe



La première rangée du carpe ne reçoit aucune insertion tendineuse et se comporte comme un disque déformable en fonction du déplacement de la main en aval. Le lunatum est l'élément central et doit toujours se trouver en position de stabilité par rapport à la glène radiale.

Traumatologie du poignet

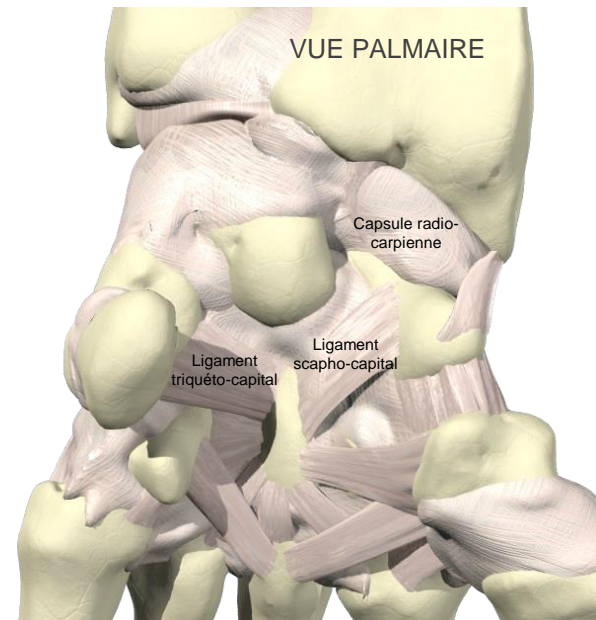
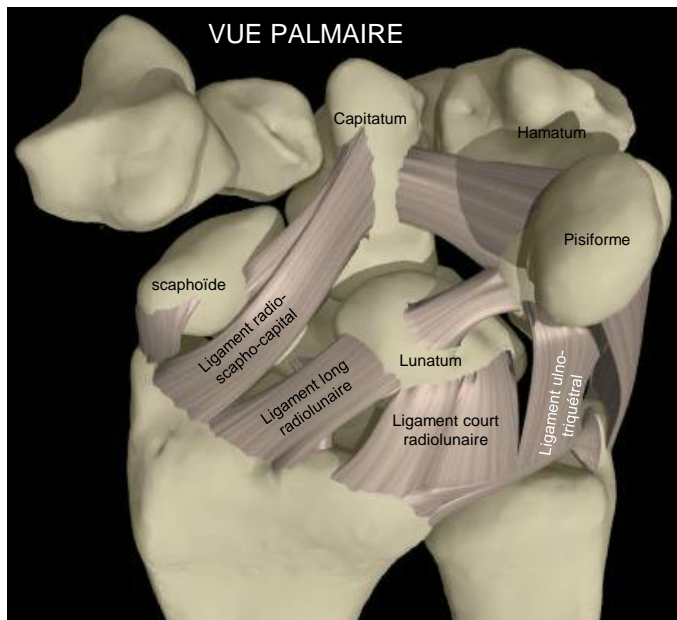
Anatomie 1ère rangée des os du carpe



Traumatologie du poignet

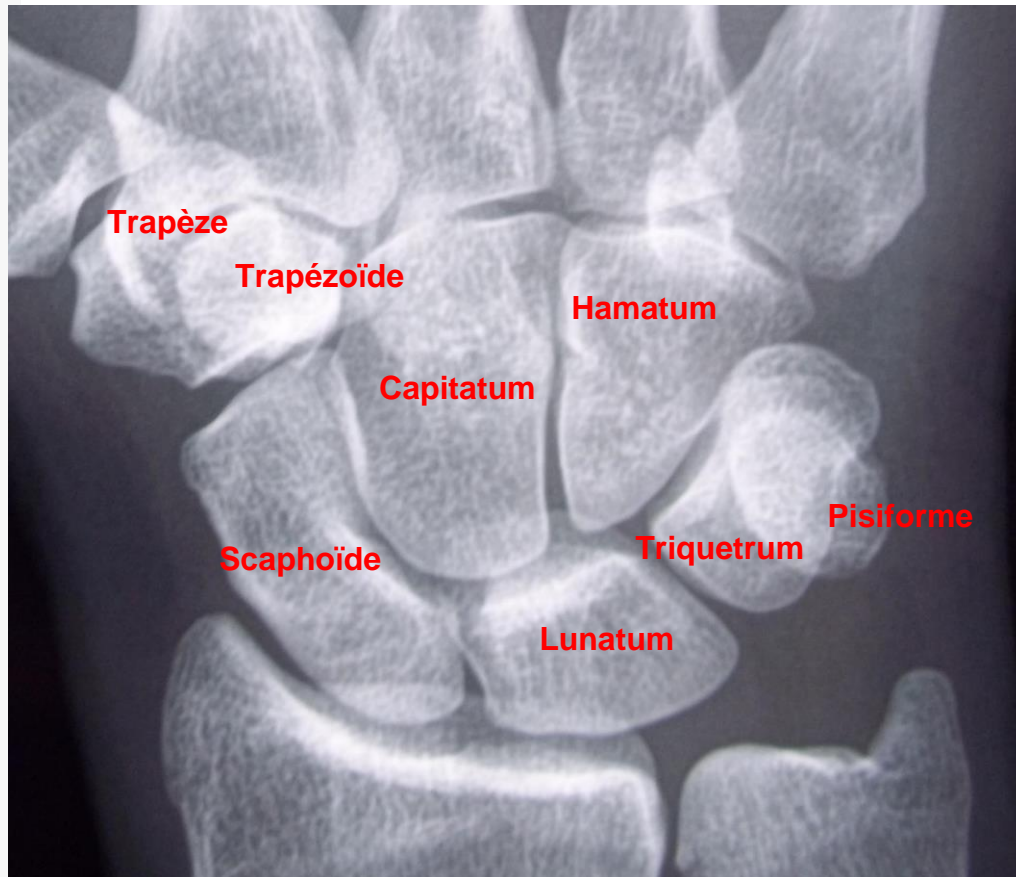
Notion de ligament intrinsèque et extrinsèque

- ▶ Les ligaments dits intrinsèques, unissent les os du carpe les uns aux autres.
- ▶ Les ligaments dits extrinsèques unissent les deux os de l'avant-bras aux os du carpe.



Traumatologie du poignet

Radio-anatomie



Traumatologie du poignet

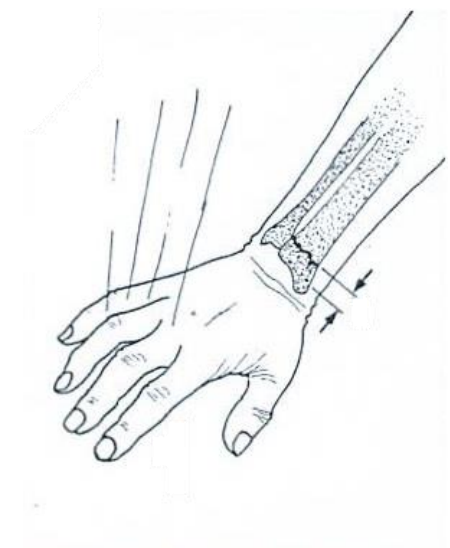
Mécanismes lésionnels - cinétique

- ▶ Le mécanisme le plus fréquent est la chute sur la paume de la main, poignet en hyperextension.
- ▶ Plus rarement il s'agit d'une chute sur le dos de la main, en flexion du poignet ou d'un traumatisme direct sur le dos de la main.
- ▶ La cinétique, la hauteur de la chute, l'âge, le degré d'ostéopénie participent à l'expression ou à la prédominance de certaines lésions.
- ▶ Le sujet âgé ou ostéopénique est particulièrement exposé aux fractures de l'extrémité inférieure du radius, tandis que le l'adulte jeune est plus exposé aux fractures du scaphoïde et aux lésions ligamentaires ou ostéo-ligamentaires.

Fracture extrémité inférieure du radius

Epidémiologie et mécanisme

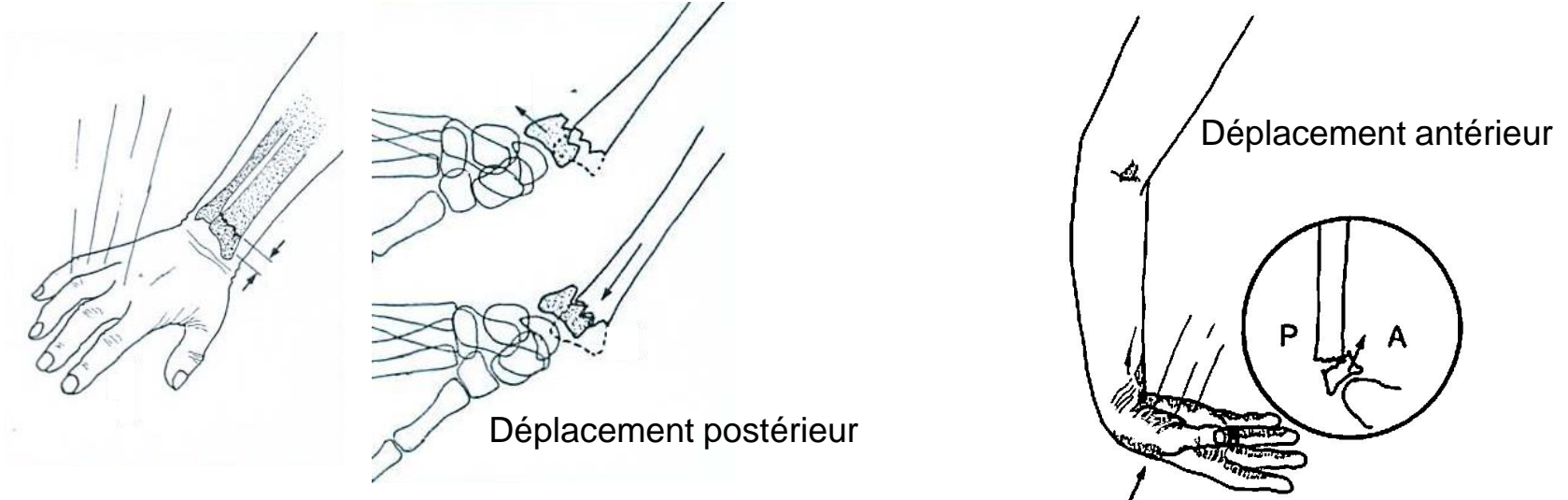
- ▶ Fracture la plus fréquente.
- ▶ Touchent préférentiellement les femmes après 60 ans (ostéoporose).
- ▶ Sujet jeune: traumatisme à haute énergie.
- ▶ Mécanisme indirect: chute sur la main.



Fracture extrémité inférieure du radius

Physiopathologie

- ▶ Selon la position de la main au moment de l'impact on distingue:
 - ▶ Chute sur la main en hyperextension = déplacement postérieur foyer fracture.
 - ▶ Chute sur la main en hyperflexion = déplacement antérieur de l'épiphyse radiale.

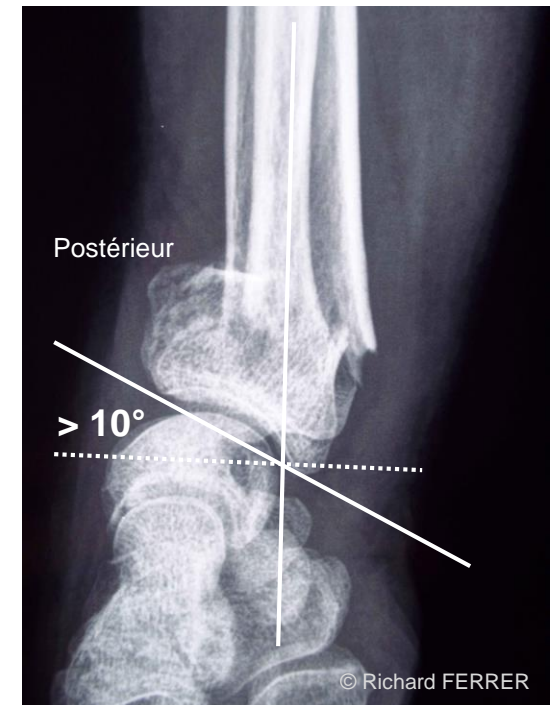
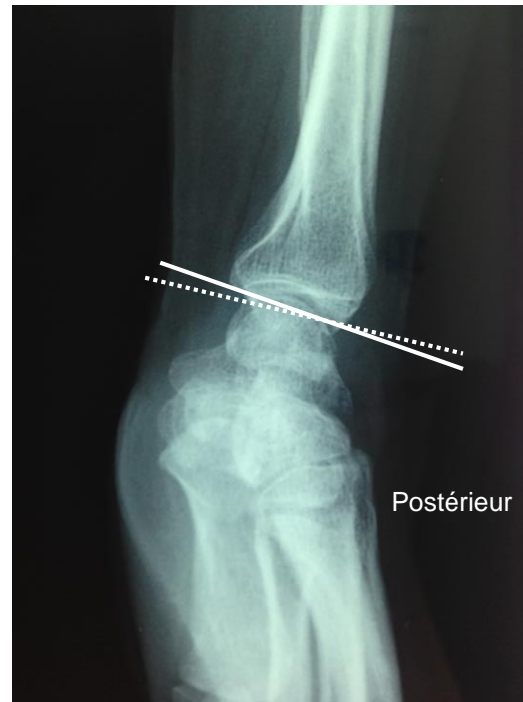
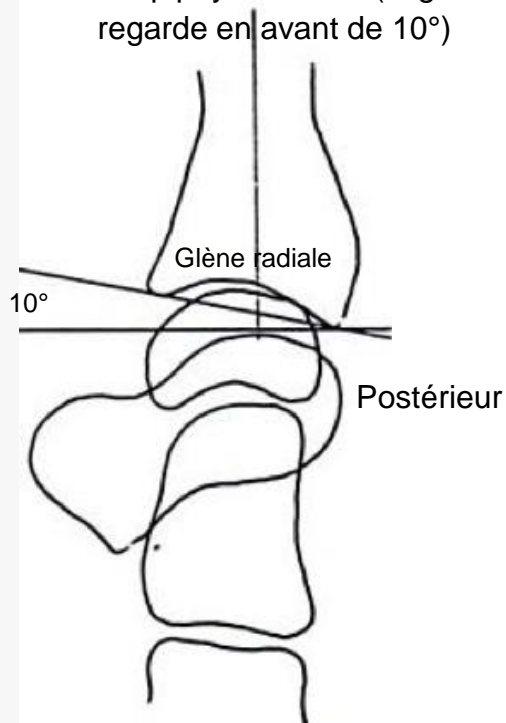


Fracture extrémité inférieure du radius

Imagerie

- ▶ Elle est capitale pour objectiver le déplacement.
- ▶ Une incidence de face et de profil sont suffisantes.

Sur l'incidence de profil: détermination inclinaison sagittale de l'épiphyse radiale (la glène radiale regarde en avant de 10°)



Fracture extrémité inférieure du radius

Imagerie: radio-anatomie



L'épiphyse radiale regarde en bas, en avant et en dedans ; ainsi la glène radiale regarde 25° en dedans sur le cliché de face



Fracture extrémité inférieure du radius

Interrogatoire, il précise:

- ▶ Les circonstances du traumatisme et son mécanisme.
- ▶ Les signes fonctionnels: impotence fonctionnelle totale du poignet, douleur vive.
- ▶ La recherche de complications: paresthésies dans le territoire du nerf médian, ouverture cutanée.
- ▶ Les antécédents personnels (ostéoporose), le traitement habituel.
- ▶ La main dominante, la profession, les habitudes.

Fracture extrémité inférieure du radius

Inspection :

- ▶ La patiente se présente avec l'attitude des traumatisés du membre supérieur: poignet tuméfié soutenu par la main controlatérale.
- ▶ Aspect local: de face aspect de main botte radiale, de profil aspect en dos de fourchette.



Aspect en dos de fourchette



Fracture extrémité inférieure du radius

Complications

- ▶ Locales :
 - ▶ Cutanées : ouverture en regard de la styloïde ulnaire.
 - ▶ Vasculaires (exceptionnelle) palpation systématique du pouls radial.
 - ▶ Nerveuses (fractures à déplacement antérieur) atteinte du nerf médian ou plus rarement du nerf ulnaire.
- ▶ Générales dans le cadre d'un polytraumatisme.



Fracture extrémité inférieure du radius

Fractures à déplacement postérieur

- ▶ Les plus fréquentes (90%).
- ▶ Fractures extra-articulaires:
 - ▶ fracture de Pouteau-Colles,
 - ▶ fracture de Gérard-Marchand : Pouteau-Colles + styloïde ulnaire.
- ▶ Fractures articulaires: simples ou complexe en T sagittal ou frontal.



Fracture extrémité inférieure du radius

Fractures à déplacement antérieur

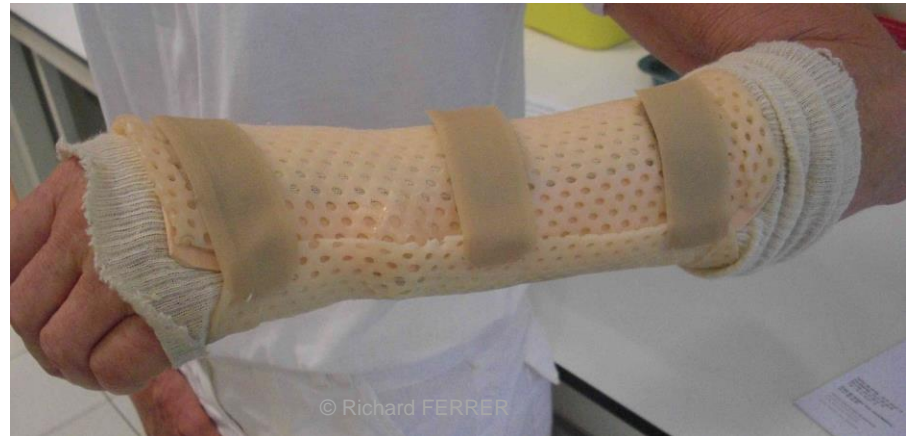
- ▶ Fractures sus-articulaires de Goyrand-Smith.
- ▶ Fractures articulaires: marginale antérieure simple ou complexe.



Fracture extrémité inférieure du radius

Traitement orthopédique

- ▶ Il s'adresse aux fractures non ou peu déplacées mais également aux patients âgés.
- ▶ L'immobilisation est réalisée par attelle plâtrée ante-brachio-palmaire ou orthèse thermoplastique moulée sur mesure pendant 45 jours.
- ▶ Surveillance radiographique hebdomadaire (dépiste les déplacements secondaires sous plâtre).



Fracture extrémité inférieure du radius

Conseils au cours de l'immobilisation

- ▶ Surélever l'avant-bras la première semaine pour éviter l'œdème de la main.
- ▶ Mobiliser les doigts sous l'immobilisation pour éviter le syndrome douloureux régional complexe (algodystrophie).



Fracture extrémité inférieure du radius

Traitement chirurgical

- ▶ Plusieurs techniques:
 - ▶ Ostéosynthèse par plaque antérieure vissée.
 - ▶ Ostéosynthèse par embrochage percutané (selon Kapandji).



Fracture extrémité inférieure du radius

Traitement chirurgical

Fracture marginale: plaque antérieure



Fracture comminutive: plaque + broches



Fracture du scaphoïde

Epidémiologie et mécanisme

- ▶ Fracture la plus fréquente des os du carpe.
- ▶ Touche surtout l'homme jeune.
- ▶ Mécanisme: chute sur la partie radiale de la paume produisant une hyperextension du poignet de + 90°.



Fracture du scaphoïde

Diagnostic clinique

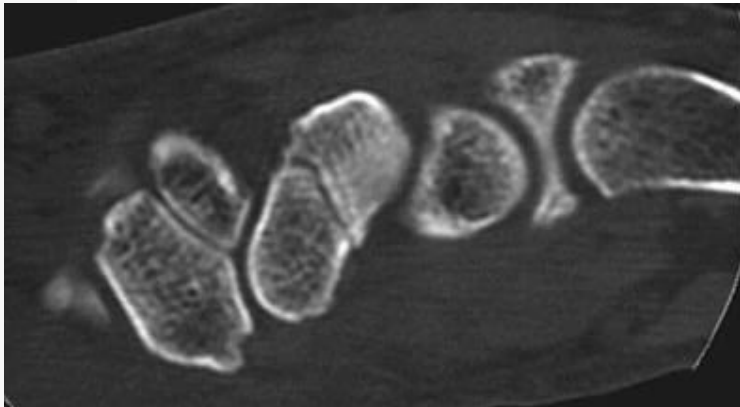
- ▶ Poignet douloureux.
- ▶ Faire préciser le type de traumatisme causal.
- ▶ Douleur dorso-latérale.
- ▶ Douleur provoquée par la pression direct de la tabatière anatomique ou signe du piston: douleur compression longitudinale sur la colonne du pouce.



Fracture du scaphoïde

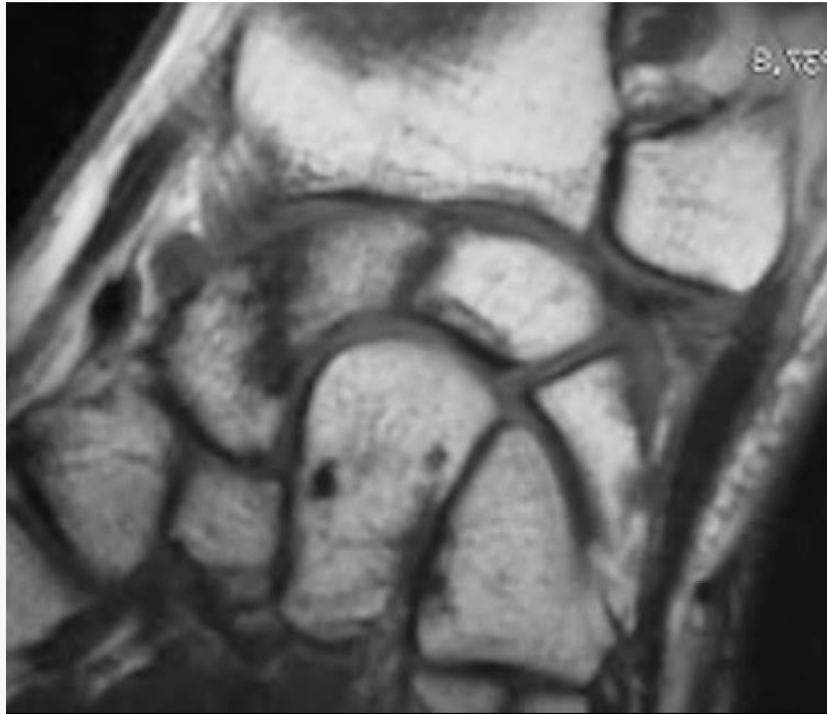
Diagnostic paraclinique

- ▶ Radiographies simples du poignet de face et de profil ou incidences du scaphoïde.
- ▶ Scanner avec reconstruction 3D.
- ▶ Scintigraphie osseuse (ne différencie pas contusion ou fracture).
- ▶ IRM: examen le + sensible et le + spécifique au stade précoce.



Fracture du scaphoïde

IRM



Fracture du scaphoïde

Traitement

- ▶ Immobilisation plâtrée: plâtre ante-brachiopalmaire prenant la colonne du pouce ou pas, pour une durée de 3 à 6 mois.
- ▶ Fracture déplacée: ostéosynthèse à ciel ouvert ou à foyer fermé avec ou sans contrôle arthroscopique associée à une immobilisation post-opératoire de 3 mois.



Fracture du scaphoïde

Stratégie de prise en charge au cabinet

- ▶ Douleur tabatière anatomique ou doute clinique avec radiographie normale:
 - ▶ Orthèse thermoplastique moulée sur mesure ante-brachiopalmaire prenant la colonne du pouce ou pas.
 - ▶ Prescription scanner du scaphoïde ou IRM.
 - ▶ Consultation orthopédiste.
 - ▶ Si fracture: immobilisation de départ 3 mois, puis contrôles scannographiques réguliers. Au 3ème mois si consolidation correcte arrêt de l'immobilisation, si consolidation incomplète poursuivre l'immobilisation encore un mois puis scanner de contrôle, etc... jusqu'au 6ème mois.
 - ▶ Durée d'immobilisation maximale 6 mois.

Fracture du scaphoïde

Evolution

- ▶ Le traitement orthopédique d'une fracture non déplacée même bien conduit ne garantit pas la consolidation.
- ▶ Mais le traitement chirurgical n'est pas une garantie en soi d'une bonne consolidation.
- ▶ Les complications sont:
 - ▶ Pseudarthrose.
 - ▶ Nécrose.
 - ▶ Cal vicieux.



Fracture du triquetrum

Clinique

- ▶ Les fractures du triquetrum (pyramidal) sont les fractures les plus fréquentes après celles du scaphoïde.
- ▶ La gravité des lésions est due au non diagnostic et au risque d'évolution douloureuse prolongée par pseudarthrose.



Fracture du triquetrum

Clinique

- ▶ Prédominance des douleurs sur le compartiment médial du carpe qui doit faire évoquer le diagnostic.
- ▶ Arrachement fréquemment visible sur le cliché de profil en regard de la face postérieure du lunatum.



Fracture du triquetrum

Traitement

- ▶ Immobilisation par attelle plâtrée ou thermoplastique moulée sur mesure antébrachio-palmaire: 6 semaines.



Entorse du poignet

Introduction

- ▶ Diagnostic trop souvent évoqué à tort devant un traumatisme du poignet à radiographies initiales normales.
- ▶ Risque de méconnaître des lésions osseuses passées inaperçues ou des lésions ligamentaires graves dont le traitement est chirurgical.
- ▶ Dans le système ligamentaire complexe du poignet, trois éléments primordiaux assurent la cohésion de la rangée proximale du carpe: le ligament scapho-lunaire, le ligament luno-triquétral et le complexe fibrocartilagineux triangulaire du carpe.

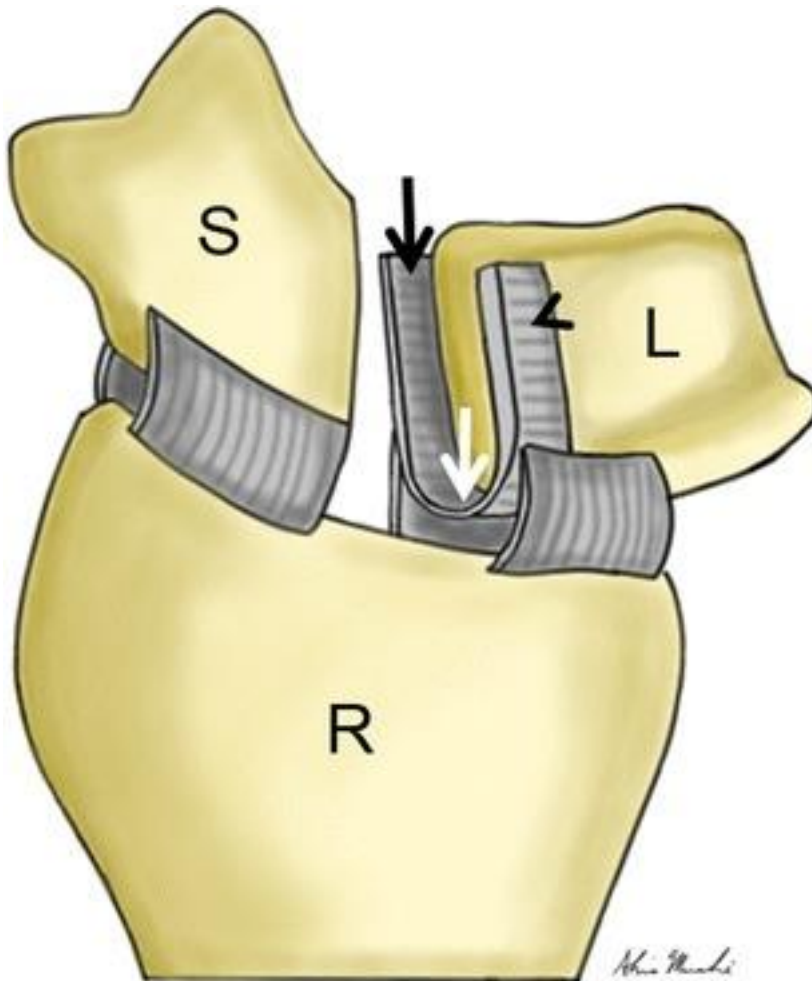
Entorse du poignet: instabilité scapho-lunaire

Introduction

- ▶ Les lésions du ligament scapho-lunaire sont parmi les plus fréquentes du poignet.
- ▶ Le ligament scapho-lunaire joue un rôle fondamental dans la stabilité de la première rangée du carpe.
- ▶ Non traitée, la rupture complète du ligament entraîne progressivement une arthrose de l'ensemble du poignet.
- ▶ Encore trop souvent pris à tort pour une banale entorse du poignet devant des radiographies initiales normales.
- ▶ Importance d'un examen clinique bien conduit avec la recherche de points douloureux et/ ou de mouvements anormaux des os du carpe.

Entorse du poignet: instabilité scapho-lunaire

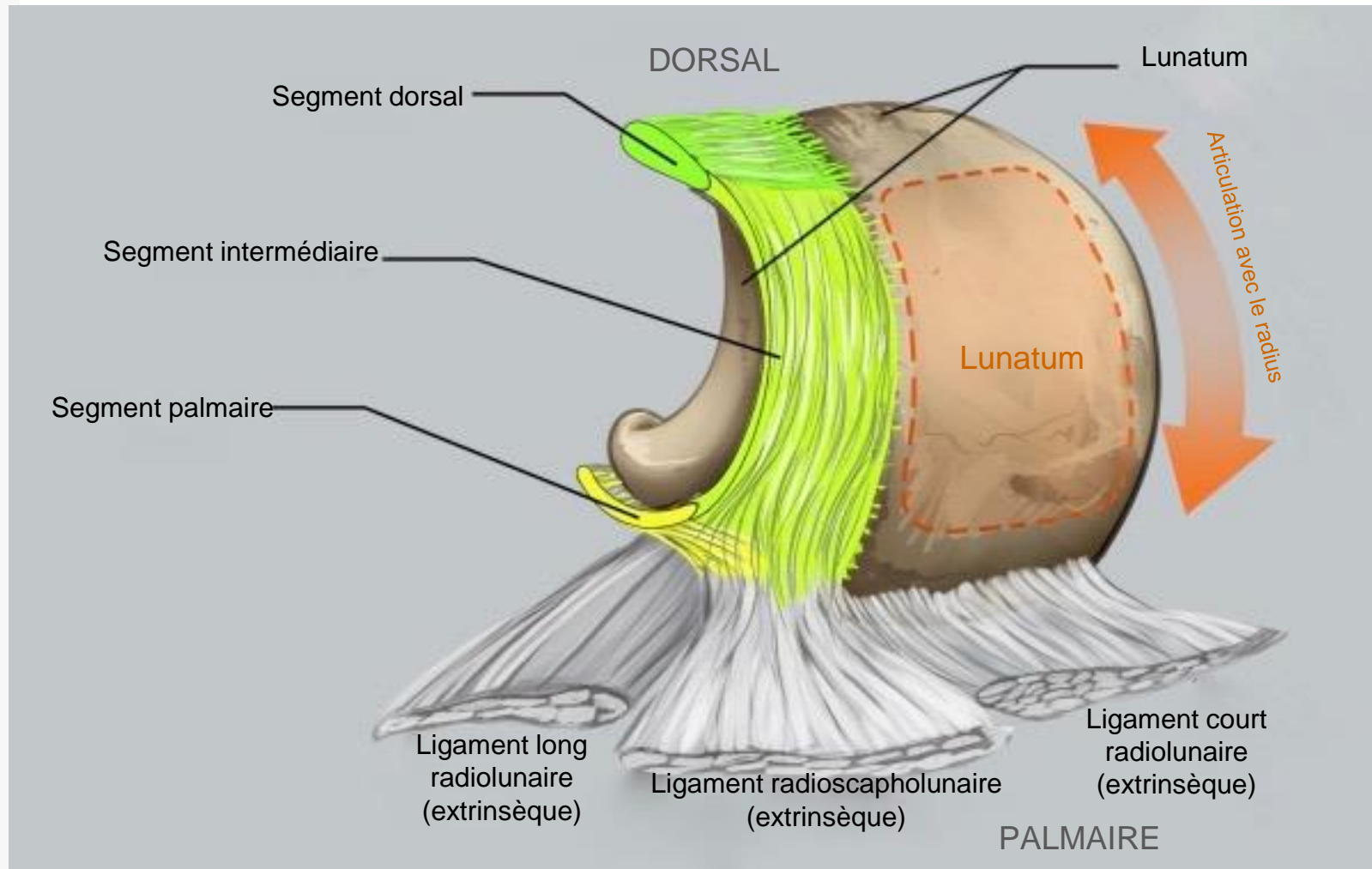
Anatomie du ligament scapho-lunaire



- ▶ C'est un ligament intrinsèque (qui relie entre eux 2 os du carpe).
- ▶ Le ligament scapho-lunaire a une forme de « C » et unit les surfaces proximales du scaphoïde et du lunatum.
- ▶ Il comprend 3 portions dont la plus importante est la portion dorsale, c'est la plus épaisse et la plus compétente sur le plan biomécanique.

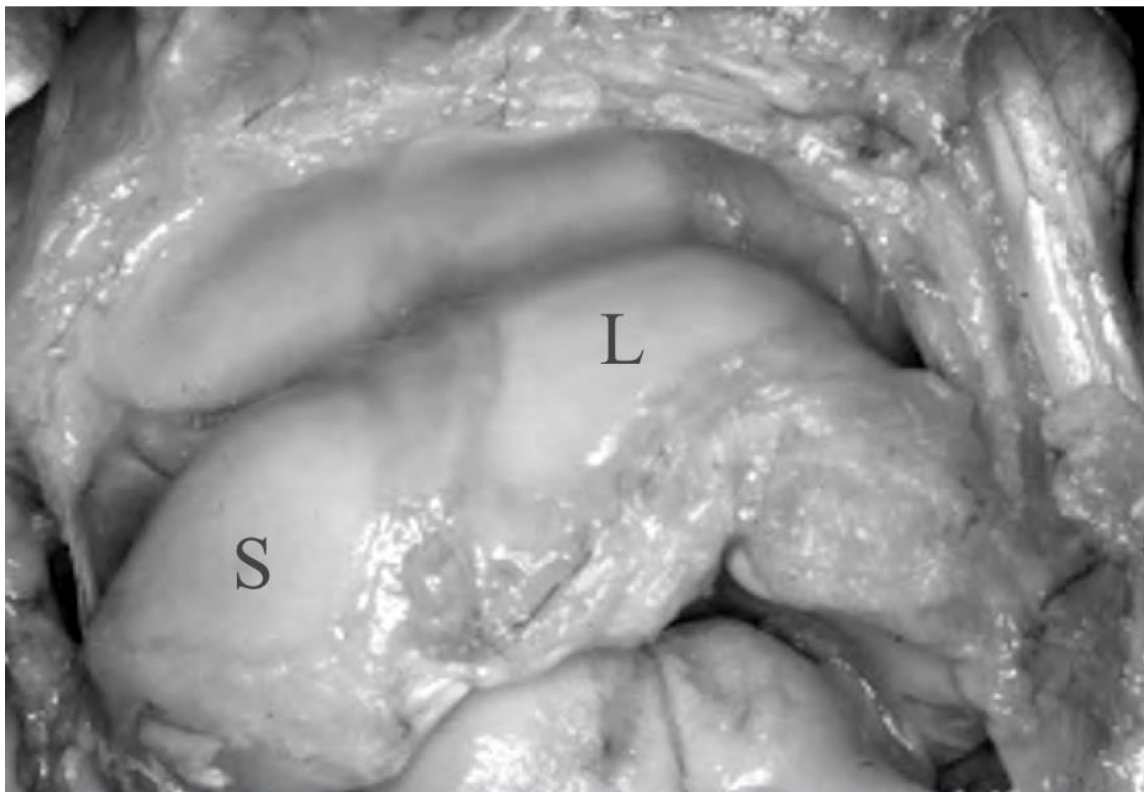
Entorse du poignet: instabilité scapho-lunaire

Anatomie du ligament scapho-lunaire



Entorse du poignet: instabilité scapho-lunaire

Anatomie scapho-lunaire



Entorse du poignet: instabilité scapho-lunaire

Biomécanique

- ▶ Lorsqu'il y a rupture ligamentaire, il va y avoir une perte des rapports normaux des os entre eux.
- ▶ L'instabilité va être plus ou moins importante.
- ▶ Le ligament scapholunaire qui est le ligament principal, est le prérequis à l'instabilité scapholunaire, mais pour qu'une instabilité franche apparaisse, une atteinte des ligaments extrinsèques doit être associées.
- ▶ L'ensemble ligament scapho-lunaire et ligaments extrinsèques forme un véritable complexe capsulo-ligamentaire.

Entorse du poignet: instabilité scapho-lunaire

Conséquences

- ▶ Déformation de l'architecture normale du poignet avec un scaphoïde qui va se positionner en flexion (se couche) et un lunatum qui va partir en extension.
- ▶ Au lieu que les 2 os se déplacent ensemble, ils vont se déplacer de façon dissociée.



Entorse du poignet: instabilité scapho-lunaire

Circonstances de survenue

- ▶ Mécanisme: chute sur la main, poignet en extension.
- ▶ Soit traumatisme mineur avec légère douleur ou traumatisme important (chute de moto, roller, etc...).
- ▶ Peut également être associée (dans 30% des cas) aux fractures articulaires du radius distal ou du scaphoïde.
- ▶ Parfois mécanismes de torsion du poignet (notion de craquement).
- ▶ Peut également avoir une origine dégénérative (cal vicieux, etc.).

Entorse du poignet: instabilité scapho-lunaire

Présentation clinique

- ▶ Présence d'une douleur initiale qui cède rapidement avec intervalle libre asymptomatique ou gêne modérée qui peut durer des mois ou des années suivant l'utilisation du poignet. Quand la douleur réapparaît, c'est déjà le début de l'arthrose. On a parfois du mal à rattacher la symptomatologie à l'accident initial.
- ▶ Douleur dorsale du poignet en appui ou à l'effort.
- ▶ Tuméfaction dorsale parfois.
- ▶ Diminution de la mobilité et de la force.

Entorse du poignet: instabilité scapho-lunaire

Examen clinique

- ▶ La palpation provoque une douleur élective en regard de l'espace scapho-lunaire dorsal.
- ▶ Deux tests peuvent permettre de mettre en évidence les lésions:
 - ▶ Test du ballottement scapho-lunaire.
 - ▶ La manœuvre de Watson. Elle permet de mettre en évidence l'instabilité (examen comparatif par rapport au côté contro-latéral).



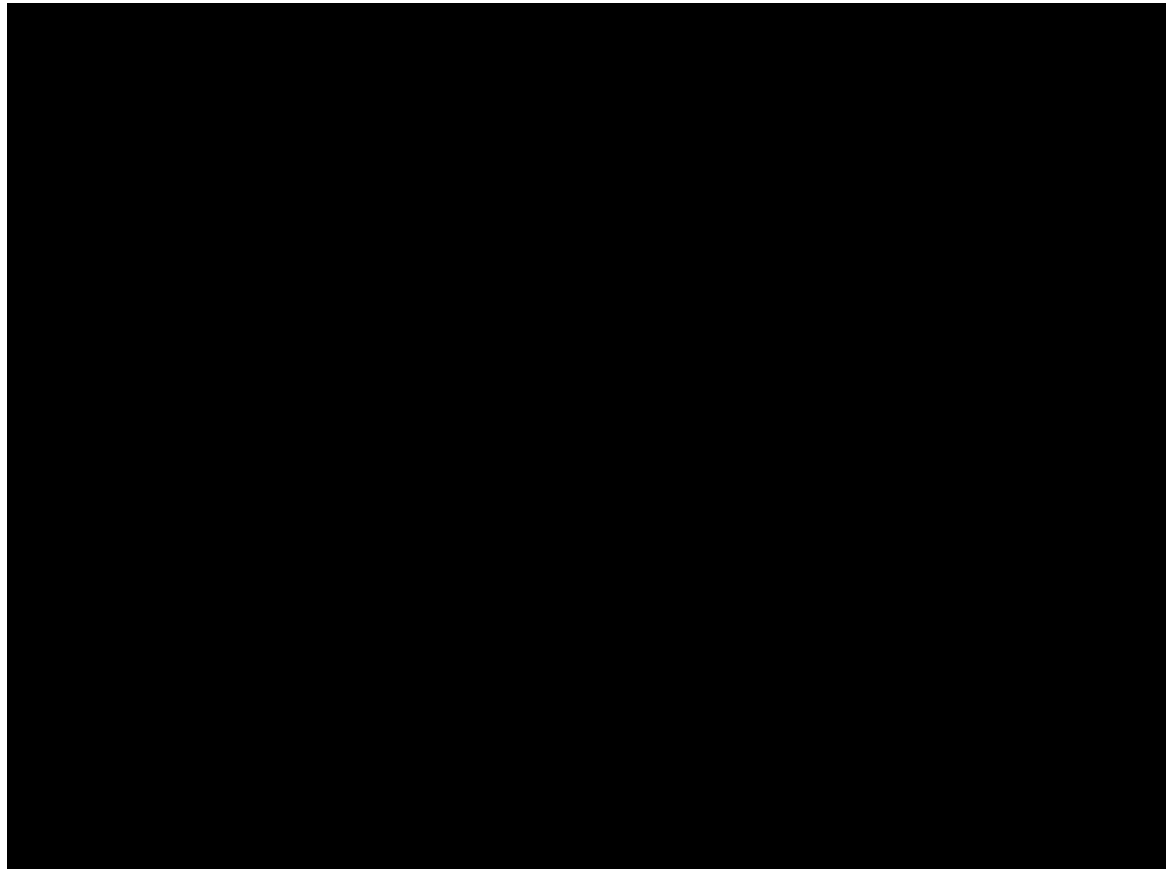
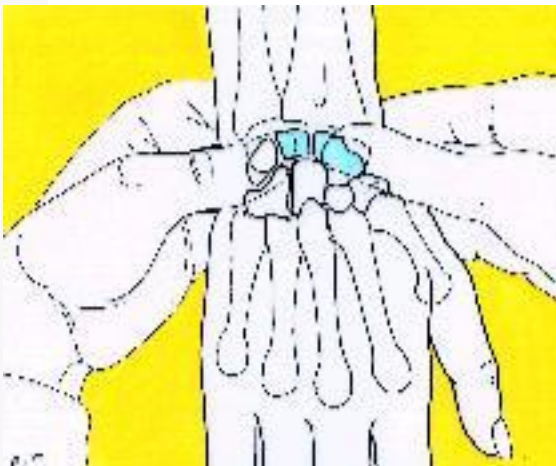
Douleur élective en regard de l'espace scapho-lunaire dorsal

Entorse du poignet: instabilité scapho-lunaire

Test du ballottement scapho-lunaire

- ▶ Il cherche à mettre en évidence des mouvements anormaux entre scaphoïde et lunatum. D'une main l'examineur maintient le scaphoïde entre le pouce et l'index et de l'autre main le lunatum également entre pouce et index

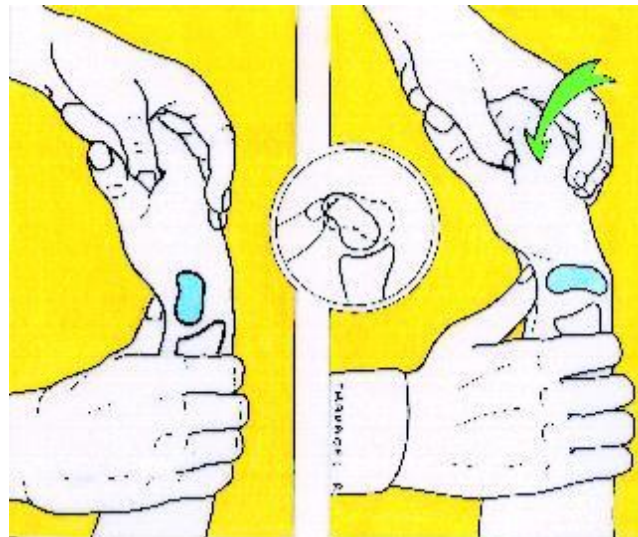
On imprime alors de petits mouvements en sens contraire. L'appréciation d'une véritable instabilité reste difficile



Entorse du poignet: instabilité scapho-lunaire

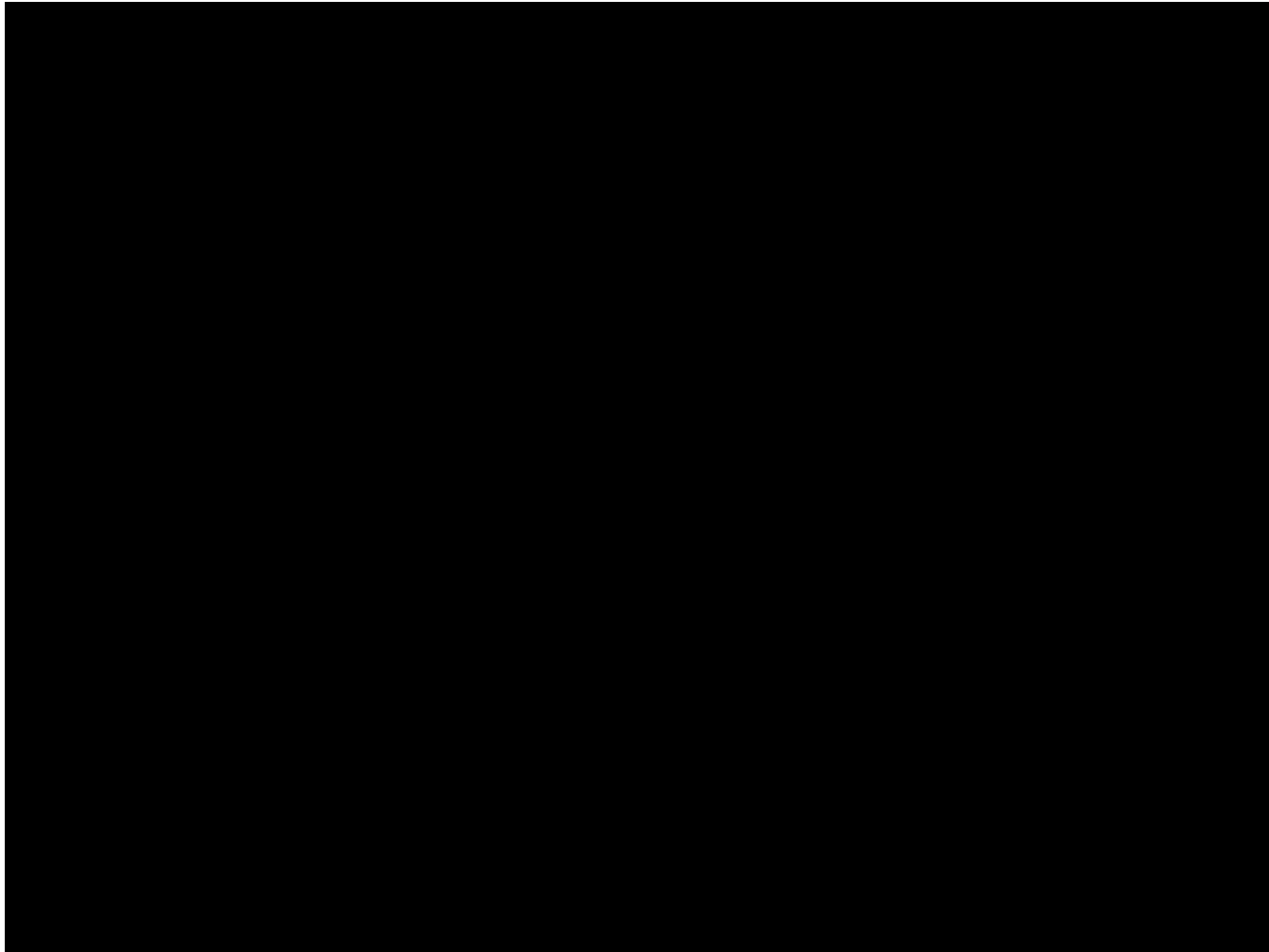
Test de Watson

- ▶ L'examineur et le patient sont face à face dans la position du bras de fer. L'examineur place le poignet du patient en inclinaison ulnaire, et exerce une pression sur la face palmaire du scaphoïde à l'aide de son pouce, en contrôlant la face dorsale à l'aide de son index. A l'aide de son autre main, l'examineur amène le poignet du patient en inclinaison radiale. Pendant ce mouvement, le scaphoïde effectue un mouvement de flexion vers l'avant. L'examineur observe la capacité du scaphoïde à "pousser" contre la pression exercée par son pouce, et recherche un éventuel ressaut ou une douleur ressentie par le patient.



Entorse du poignet: instabilité scapho-lunaire

Test de Watson



Entorse du poignet: instabilité scapho-lunaire

Bilan paraclinique

- ▶ Radiographie standard: parfois fracture du scaphoïde ou du poignet, mais savoir ne pas s'arrêter là.
- ▶ Association fréquente fracture styloïde radiale et entorse scapho-lunaire.
- ▶ Si bilan radiologique normale, demander des clichés dynamiques à la recherche de lésions instables: incidence de face en inclinaison ulnaire et radiale, incidence de face poing fermé.



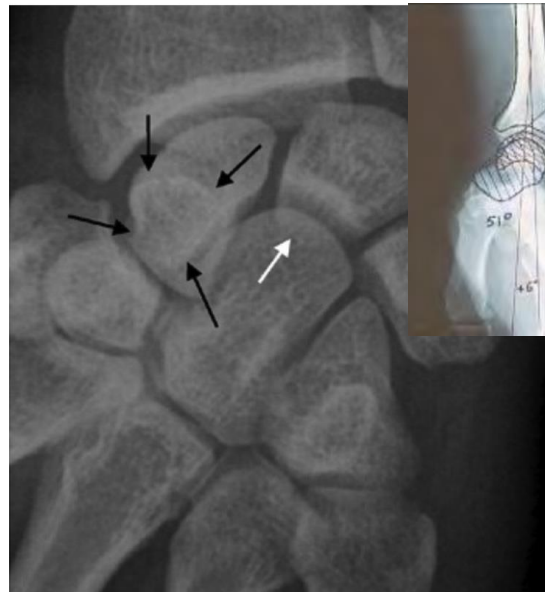
inclinaison ulnaire

Entorse du poignet: instabilité scapho-lunaire

Radiographies du poignet normal



Poignet gauche de face. Les interlignes articulaires ne dépassent pas 3 mm (pointillés blancs) et les arcs de Gilula sont harmonieux (pointillés noirs). Le scaphoïde est en position intermédiaire. Les cornes antérieure et postérieure du lunatum sont superposées.



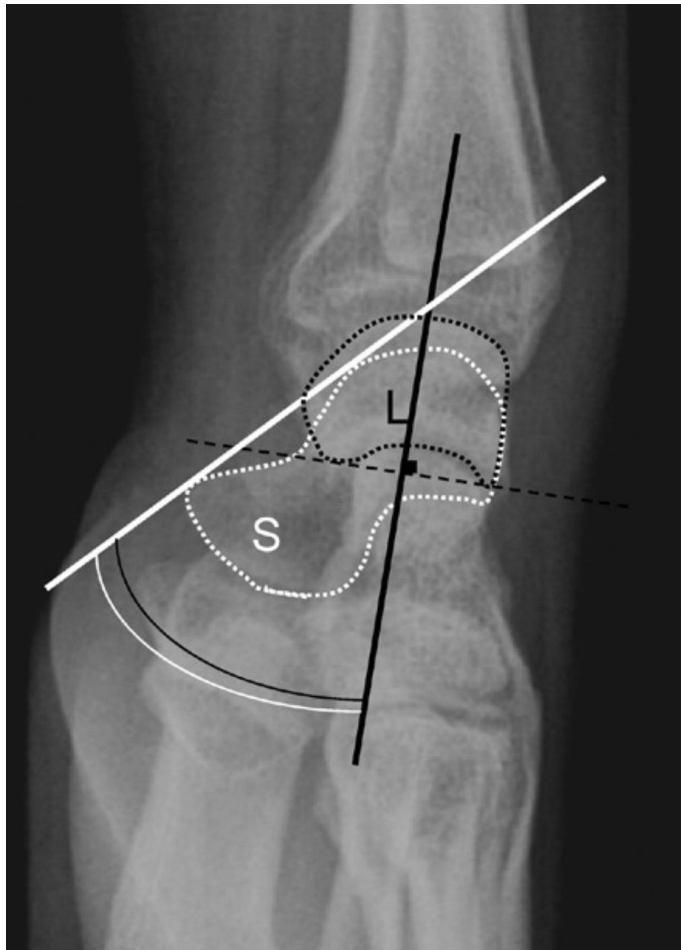
Inclinaison radiale : le scaphoïde et le lunatum sont en flexion. Le scaphoïde est horizontalisé (« se couche »), son tubercule antérieur dessinant le signe de l'anneau (flèches noires), et le lunatum est en bascule palmaire dégageant sa corne postérieure petite et pointue (flèche blanche).



Inclinaison ulnaire : le scaphoïde et le lunatum sont en extension. Le scaphoïde est verticalisé et le lunatum est en bascule dorsale dégageant sa corne antérieure large et carrée (flèches blanches).

Entorse du poignet: instabilité scapho-lunaire

Incidence de profil: angle scapho-lunaire



C'est l'angle entre la tangente au bord palmaire du scaphoïde et l'axe longitudinal du lunatum (perpendiculaire à la tangente passant par ses cornes antérieure et postérieure).

Normal : 30–70°.

> 70° : bascule dorsale du lunatum en DISI (dorsal intercalated segment instability) dans l'instabilité scapholunaire.

< 30° : bascule ventrale du lunatum en VISI (volar intercalated segment instability) dans l'instabilité lunotriquétrale.

Entorse du poignet: instabilité scapho-lunaire

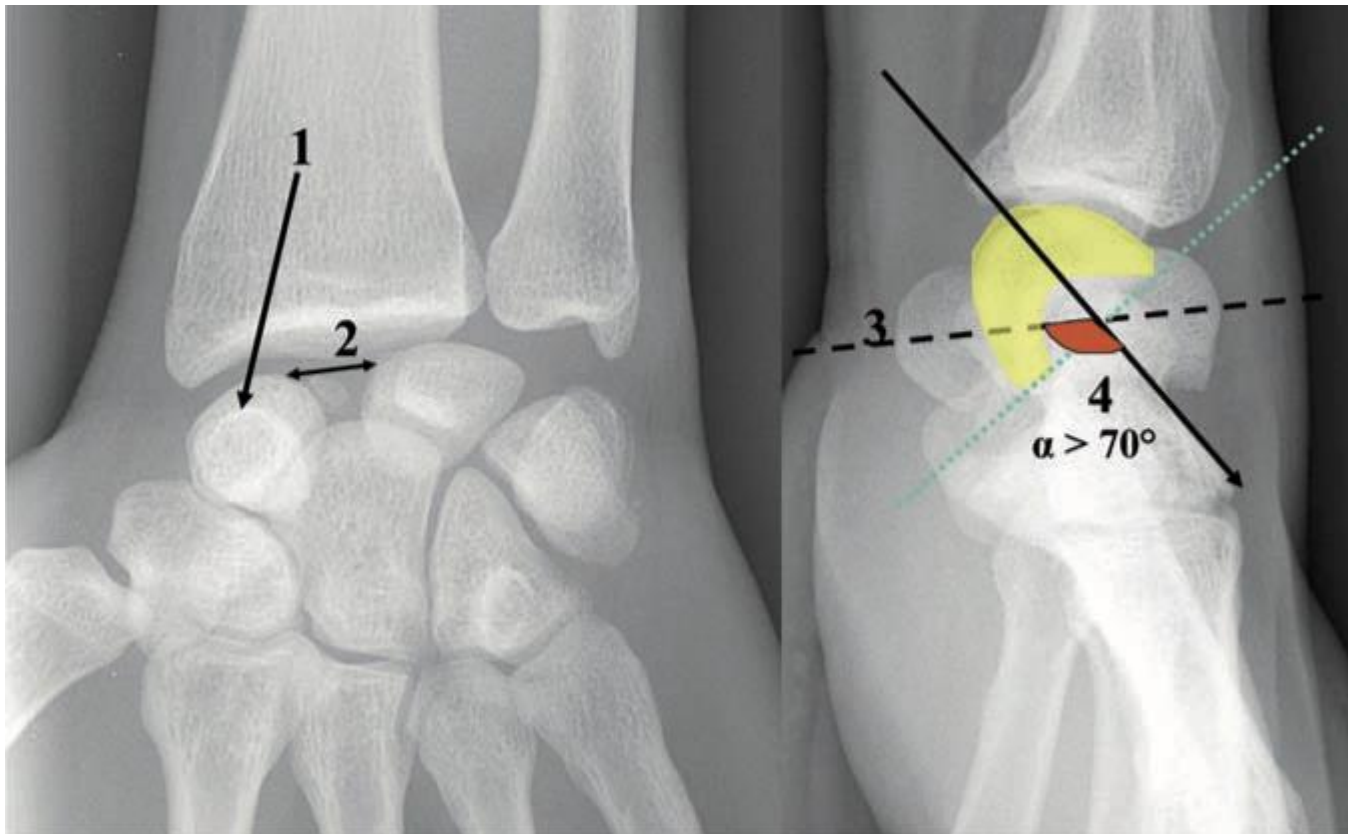
Clichés dynamiques: incidence face poing fermé



Sensibilise la détection du diastasis

Entorse du poignet: instabilité scapho-lunaire

Radiographie: Entorse scapho-lunaire grave



1: signe de l'anneau (flexion du scaphoïde)

2: Ecart scapho-lunaire anormal > 3 mm

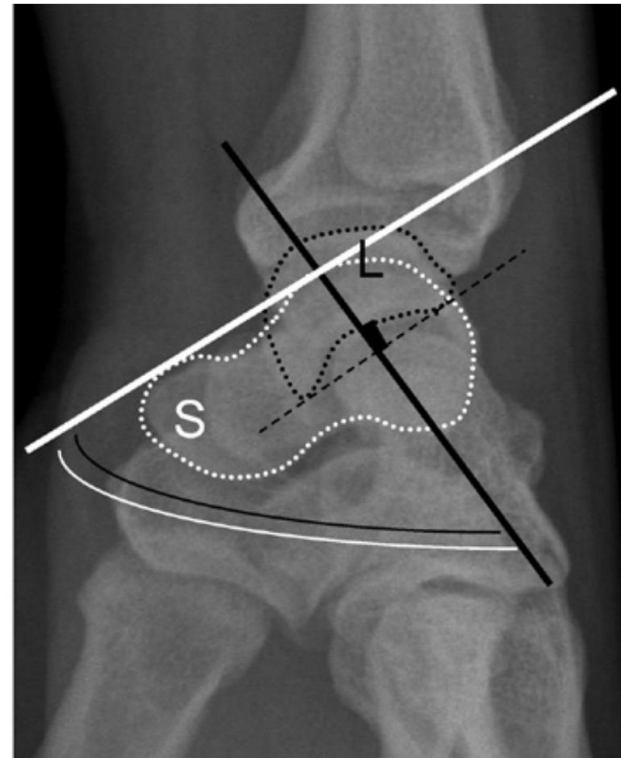
3: horizontalisation du scaphoïde

4: bascule du lunatum (DISI: dorsal intercalated scapholunate instability)

Entorse du poignet: instabilité scapho-lunaire

Radiographies du poignet: instabilité

- ▶ Cliché de face : diastasis scapholunaire (*), signe de l'anneau du scaphoïde (ligne continue) et bascule dorsale du lunatum qui montre sa corne antérieure qui est plus large (ligne pointillée). Clichés de profil : l'angle scapholunaire est augmenté : $> 70^\circ$



Entorse du poignet: instabilité scapho-lunaire

Radiographie

- ▶ Si signes d'instabilité présents sur les clichés standards, on parle d'instabilité statique.
- ▶ Si signes d'instabilité uniquement visibles que sur des clichés dynamiques on parle d'instabilité dynamique.
- ▶ L'instabilité dynamique apparaît avant l'instabilité statique.

Entorse du poignet: instabilité
scapho-lunaire

Diastasis scapho-lunaire: instabilité statique



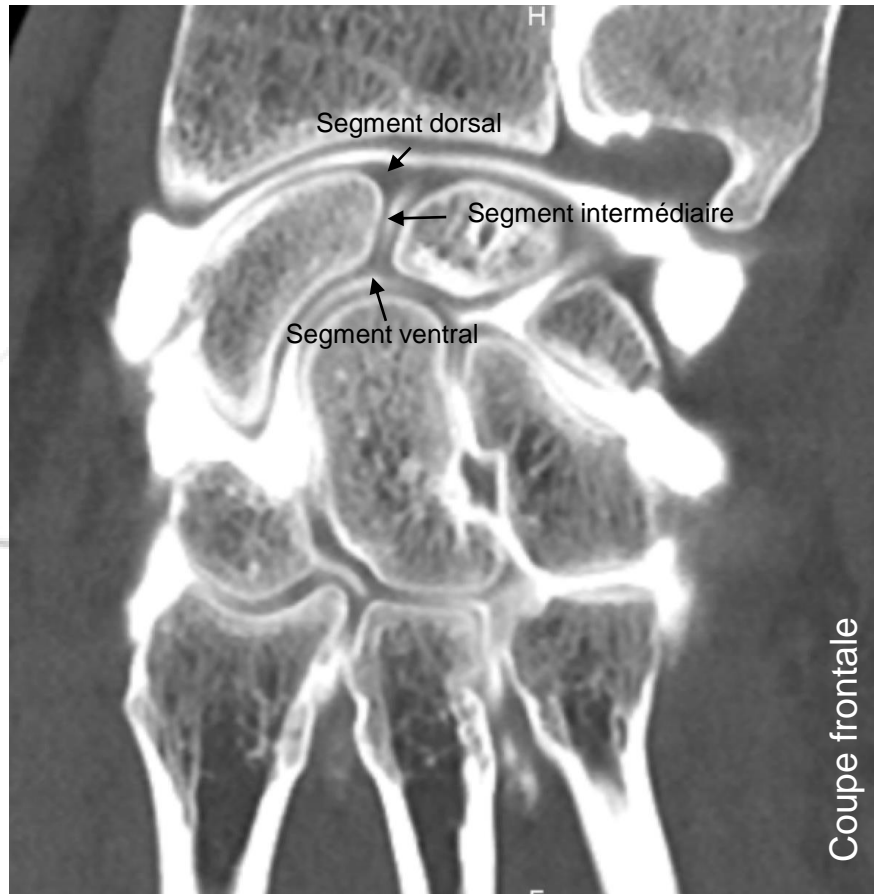
Entorse du poignet: instabilité
scapho-lunaire

Diastasis scapho-lunaire: instabilité statique



Entorse du poignet: instabilité scapho-lunaire

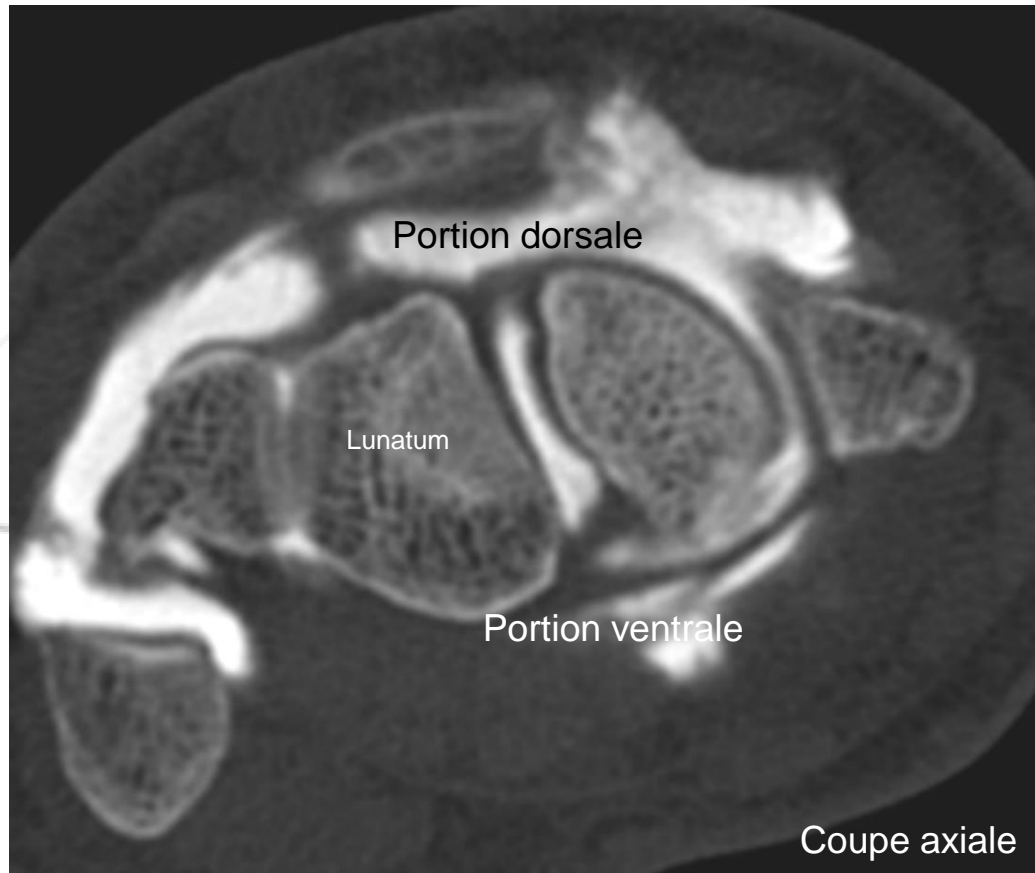
Arthro-scanner: ligament normal



Visualisation indirecte du ligament qui est « moulé » par le produit de contraste.

Entorse du poignet: instabilité scapho-lunaire

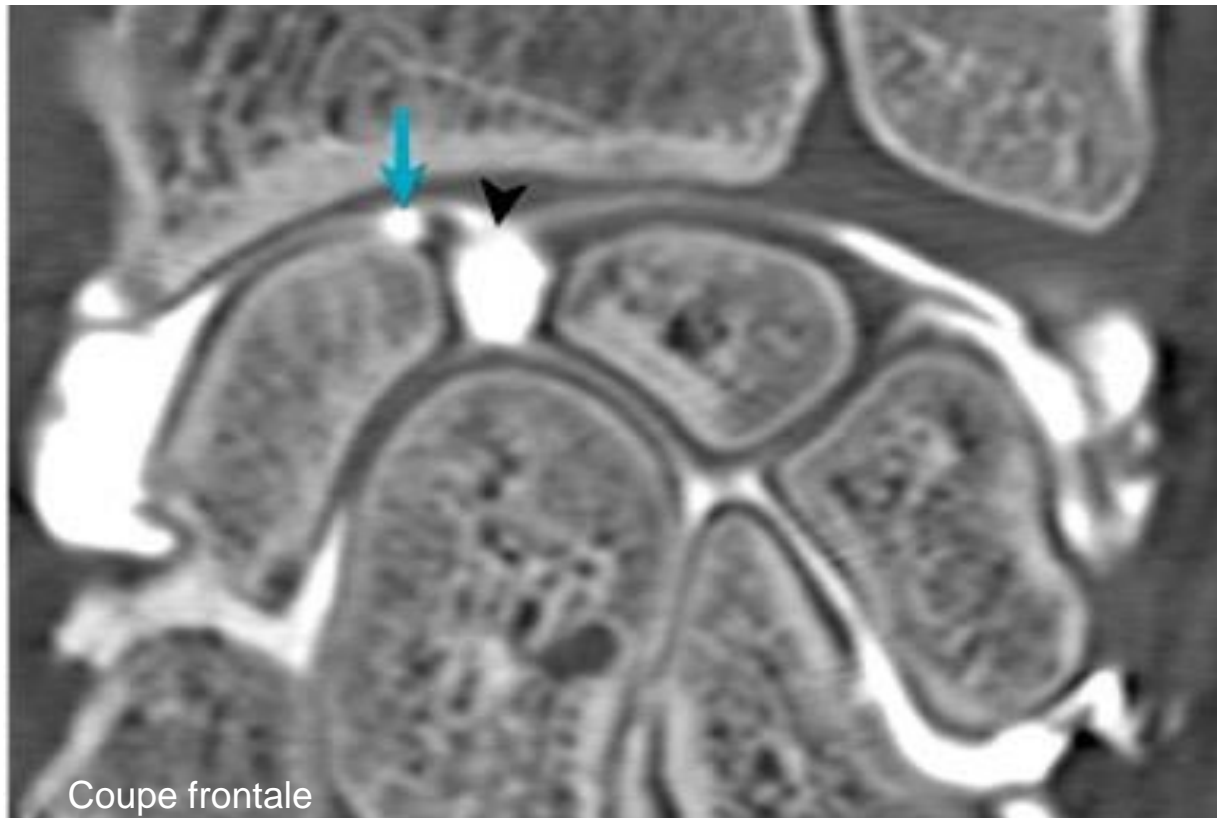
Arthro-scanner: ligament normal



Portion intermédiaire fine, sa rupture isolée n'entraîne pas d'instabilité

Entorse du poignet: instabilité scapho-lunaire

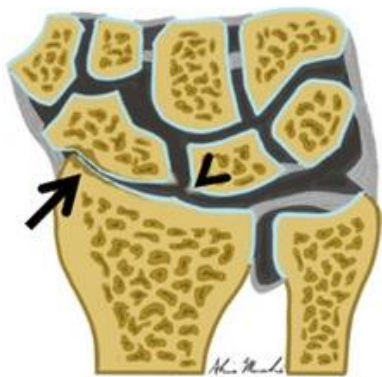
Arthro-scanner: rupture totale



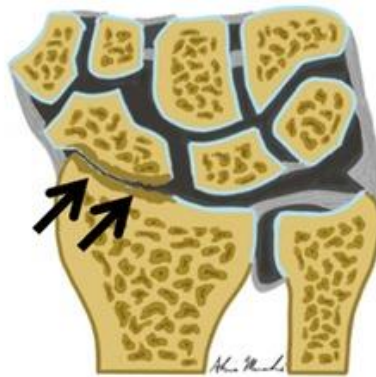
Entorse du poignet: instabilité scapho-lunaire

Complications: arthrose

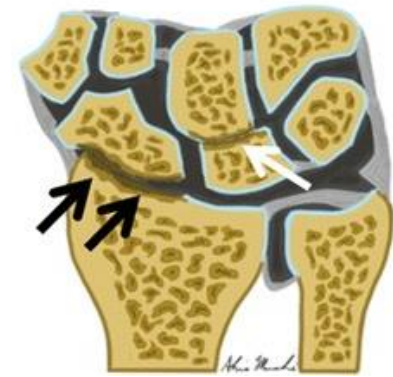
- ▶ La séquence d'apparition de l'arthrose est toujours la même.
- ▶ Evolution de vitesse très variable, dépend de l'activité du patient et de l'importance des lésions ligamentaires initiales: on peut retrouver six mois après l'accident une érosion totale du pôle proximal du scaphoïde. Dans d'autres cas, l'arthrose met 15 ans à se développer ou du moins à être gênante.



Arthrose stylo-scaphoïdienne



Arthrose radio-scaphoïdienne

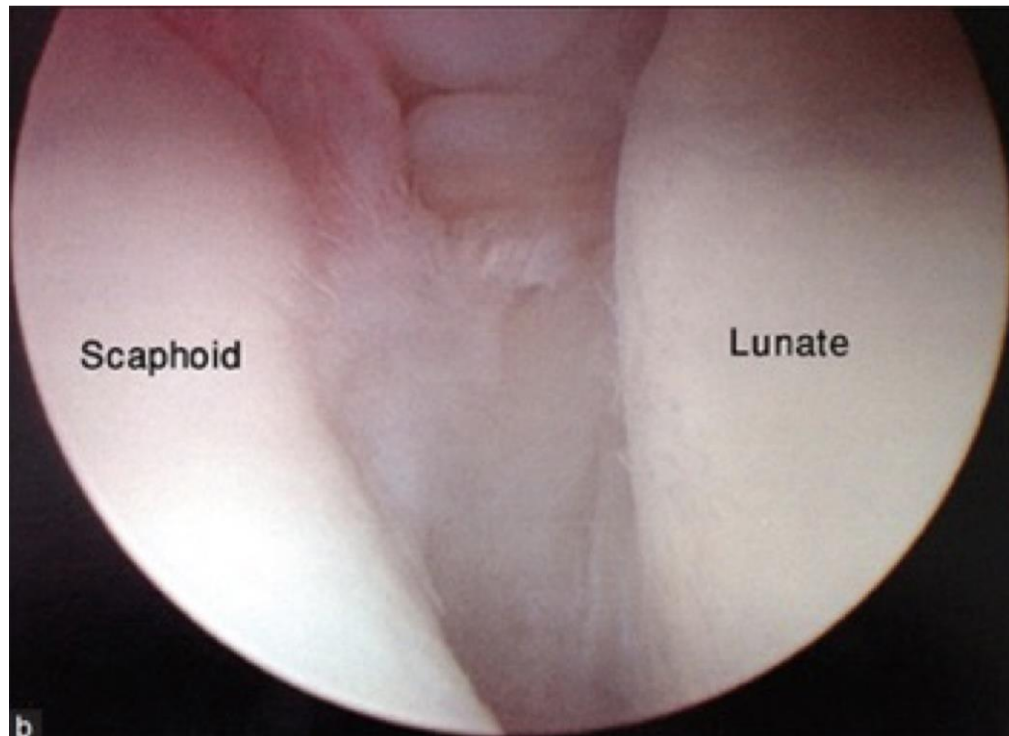


Arthrose radio-scaphoïdienne +
luno-capitale

Entorse du poignet: instabilité scapho-lunaire

L'arthroscopie

- ▶ Intérêt diagnostic et thérapeutique.
- ▶ Diagnostic des lésions sans instabilité radiologique.



Entorse du poignet: instabilité scapho-lunaire

Conduite à tenir en urgence

- ▶ La prescription d'une attelle ante-brachio-palmaire prenant la colonne du pouce est la règle.
- ▶ Avis spécialisé dans les 8 jours pour affiner l'examen clinique, au moindre doute un arthroscanner est demandé.



Orthèse
d'immobilisation
standard poignet
+ pouce

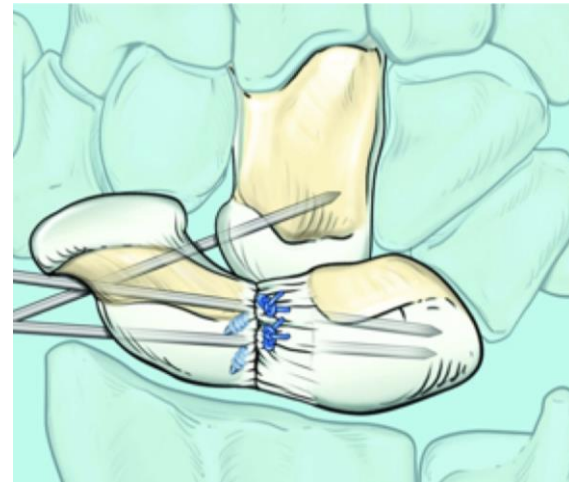


Orthèse
d'immobilisation
poignet +pouce
thermoplastique
moulée sur
mesure

Entorse du poignet: instabilité scapho-lunaire

Traitement des lésions récentes (< 6 semaines)

- ▶ Si lésion stable arthroscopique:
 - ▶ Simple brochage arthroscopique.
- ▶ Si lésion instable arthroscopique:
 - ▶ Réinsertion - suture ligamentaire à ciel ouvert + brochage scapho-capitale et scapho-lunaire associé +/- capsulodèse.



Entorse du poignet: instabilité scapho-lunaire

Traitement des lésions chroniques (> 3 mois)

- ▶ Absence de possibilité de cicatrisation ligamentaire.
- ▶ Stade où les patients peuvent avoir des séquelles, surtout à type de raideur.
- ▶ Nombreuses techniques de réparation.
- ▶ Ligamentoplasties pour remplacer à la fois le ligament intracarpien et les ligaments extrinsèques
- ▶ En cas d'instabilité statique non réductible avec arthrose: dénervation puis blocage plus ou moins étendu du poignet (arthrodèse partielle).



Entorse du poignet: instabilité scapho-lunaire

Messages-clés

- ▶ Dépister ces lésions le plus rapidement possible (idéal avant 6 semaines).
- ▶ Se méfier de radiographies normales.

Entorse du poignet : Instabilité luno-triquétrale

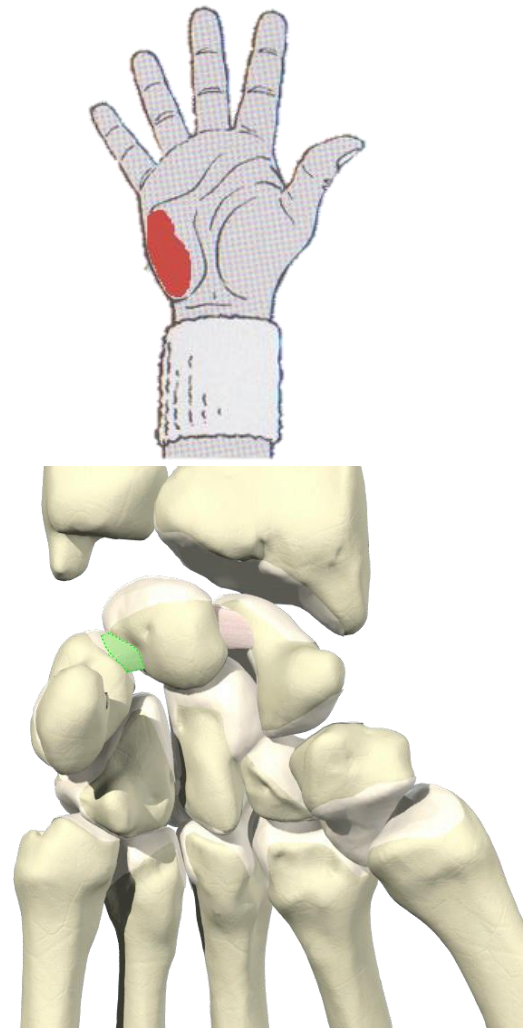
Introduction

- ▶ Rupture complète ou partielle ou distension du ligament luno-triquétral.
- ▶ Cette lésion donne une gêne fonctionnelle mais il n'y a pas de risque d'arthrose à long terme.
- ▶ Lésion plus rare que l'atteinte du ligament scapho-lunaire.

Entorse du poignet : Instabilité luno-triquétrale

Clinique

- ▶ La pathomécanique est souvent une chute sur l'éminence hypothénar, main en arrière du plan du corps, ou une séquelle de luxation du carpe.
- ▶ La douleur et le ballottement se retrouvent dans l'interligne luno-triquétrale.
- ▶ Douleur sur le versant ulnaire du poignet mais aussi de la main et de l'avant bras.



Entorse du poignet : Instabilité luno-triquétrale

Radiographies standards du poignet

- ▶ Les clichés standard peuvent être normaux, les modifications radiologiques, lorsqu'elles sont présentes, traduisent une dissociation entre le lunatum qui bascule en avant du triquetrum.
- ▶ Incidence de face:
 - ▶ rupture des deux premiers arcs de Gilula et chevauchement lunotriquétral (rarement diastasis),
 - ▶ bascule palmaire du lunatum (corne postérieure petite et pointue visible).
- ▶ Incidence de profil:
 - ▶ la bascule palmaire du lunatum avec une diminution de l'angle scapho-lunaire ($< 30^\circ$), déformation en VISI.



chevauchement lunotriquétral (*) et la bascule palmaire du lunatum qui montre sa corne postérieure (pointillés)

Entorse du poignet : Instabilité luno-triquétrale

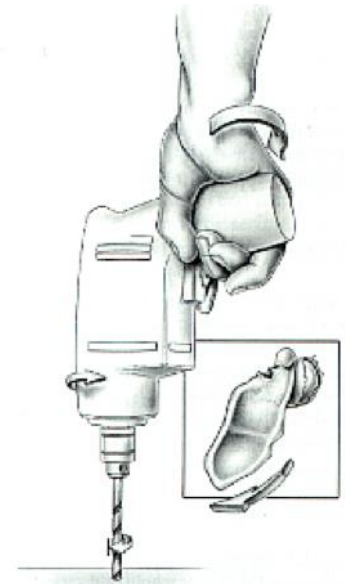
Conduite à tenir

- ▶ Scanner pour éliminer une fracture d'un os du carpe passée inaperçue si radiographies normales.
- ▶ Immobilisation par attelle ante-brachio-palmaire durant 6 semaines.
- ▶ Pas de risque d'arthrose.
- ▶ Séquelles à type de douleurs, mais disparaissant avec le temps.

Entorse du poignet : lésion du complexe fibrocartilagineux triangulaire du carpe

Mécanisme lésionnel

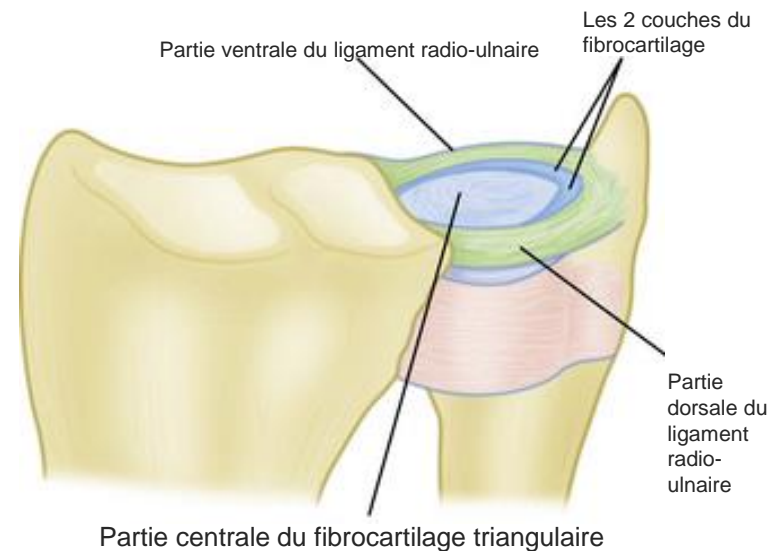
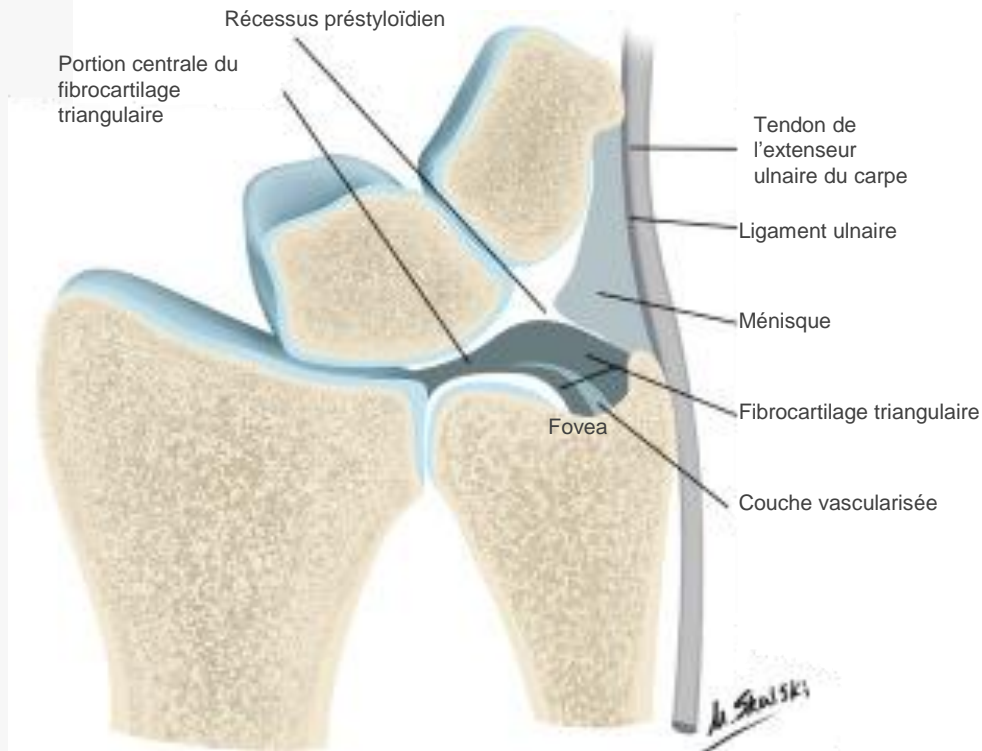
- ▶ Lésion secondaire à une chute sur le poignet en hyperextension ou mécanisme de torsion du poignet ou excès de contrainte.



Entorse du poignet : lésion du complexe fibrocartilagineux triangulaire du carpe

Anatomie du Complexe Fibro Cartilagineux Triangulaire

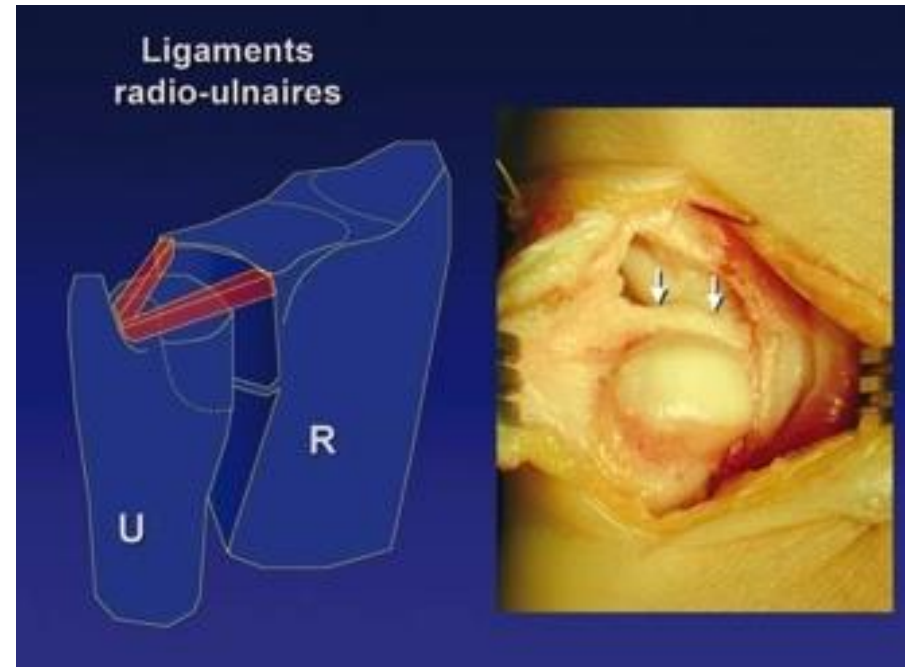
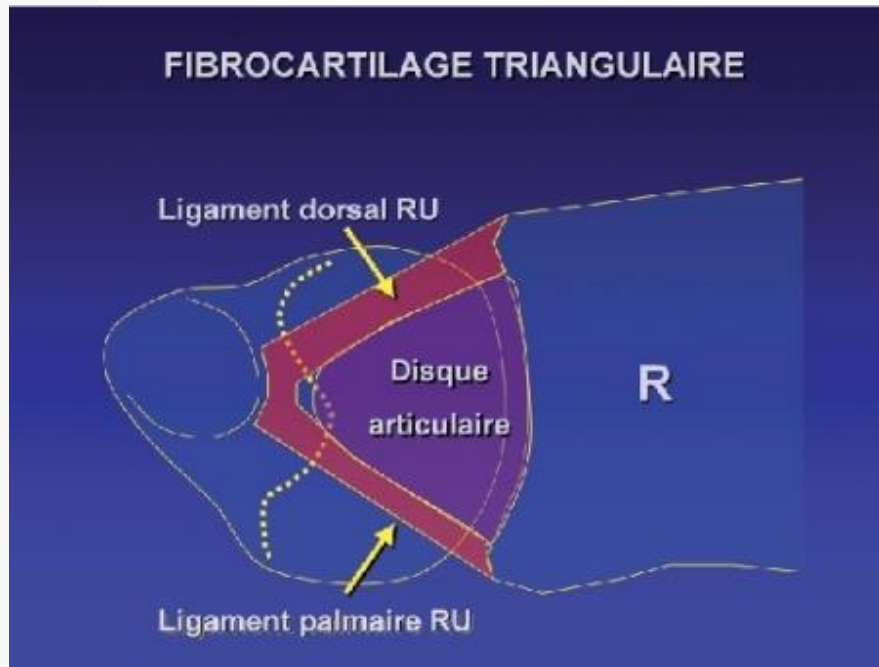
Triangular FibroCartilage Complex TFCC



Le TFCC est composé d'une partie centrale triangulaire fibrocartilagineuse . La base du triangle s'insère solidement sur toute la largeur du radius. Vers la pointe, le ligament se divise en deux couches qui s'insèrent sur l'ulna ; l'une sur la styloïde et l'autre sur la fovea.

Entorse du poignet : lésion du complexe fibrocartilagineux triangulaire du carpe

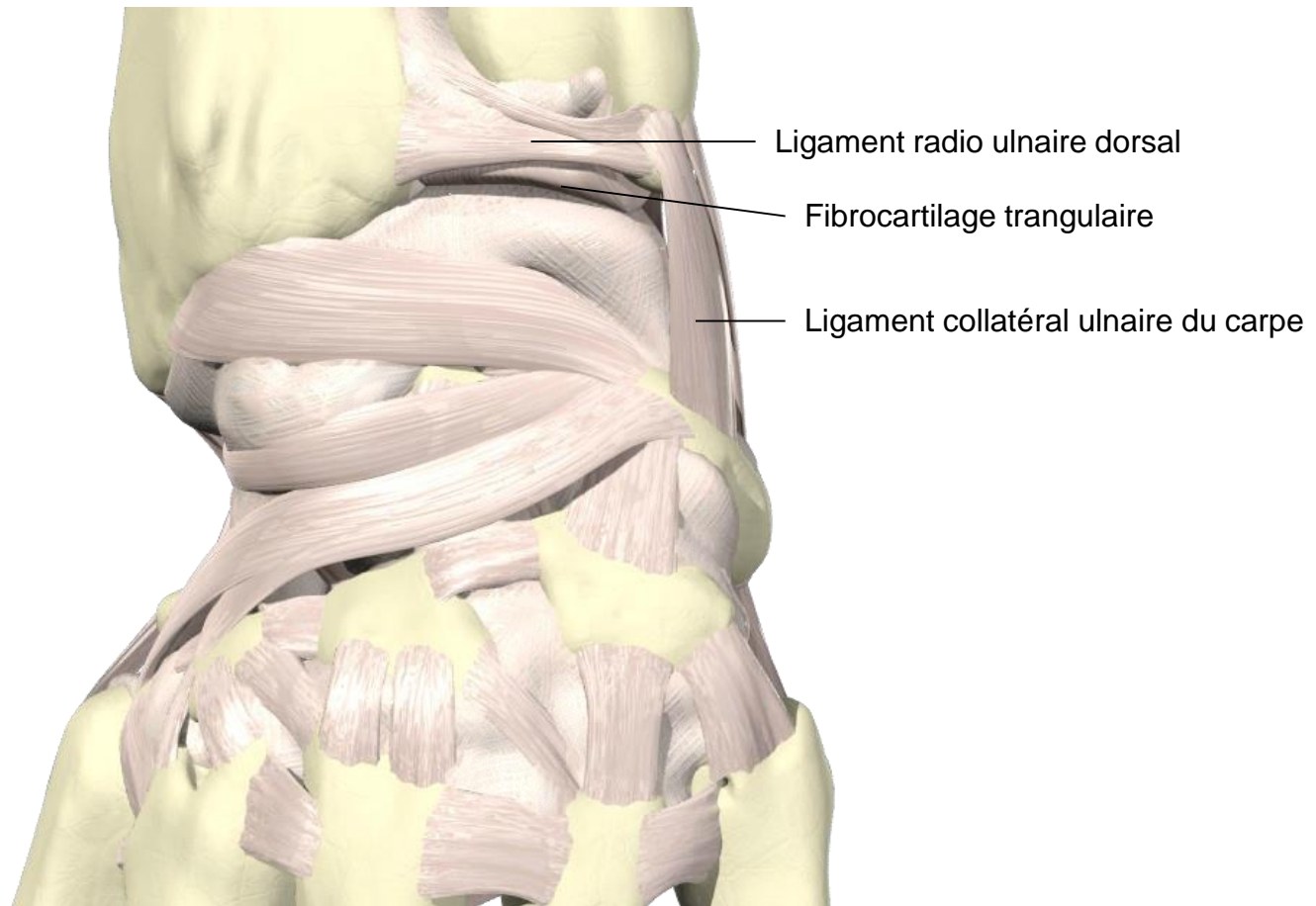
Anatomie du Complexe Fibro Cartilagineux Triangulaire



Entorse du poignet : lésion du complexe fibrocartilagineux triangulaire du carpe

Anatomie du Complexe Fibro Cartilagineux Triangulaire

Triangular FibroCartilage Complex TFCC



Entorse du poignet : lésion du complexe fibrocartilagineux triangulaire du carpe

Clinique

- ▶ Poignet discrètement tuméfié et douloureux sur son versant ulnaire.
- ▶ Douleurs du poignet accentuées par les mouvements du poignet, surtout en inclinaison ulnaire.
- ▶ Radiographies standards du poignet sont normales.



Entorse du poignet : lésion du complexe fibrocartilagineux triangulaire du carpe

Paraclinique

- ▶ Les radiographies du poignet de face et de profil sont nécessaires pour éliminer une fracture. Elles sont le plus souvent normales.
- ▶ Echographie.

Entorse du poignet : lésion du complexe fibrocartilagineux triangulaire du carpe

Conduite à tenir

- ▶ Immobilisation par attelle ante-brachio-palmaire.
- ▶ Consultation spécialisée.
- ▶ Traitement chirurgical très compliquée.

Traumatologie du poignet

Messages-clés

- ▶ Pour prendre en charge un traumatisme du poignet la connaissance de l'anatomie est fondamentale.
- ▶ Parmi les hypothèses diagnostiques, il convient de ne pas de se limiter à la seule reconnaissance des fractures de Pouteau-Colles et des fractures du scaphoïde.
- ▶ Prudence dans la prise en charge des traumatismes à radiographies « normales ».
- ▶ Cette prudence, incite à ce stade, à proposer une immobilisation rigide jusqu'à une réévaluation clinique en consultation de suivi spécialisée.