Traumatismes du poignet (dont carpe)

40 % des traumatismes du poignet à radiographies normales ➔ Fracture occulte
Toute lésion du poignet = Lésion du coude JPC

Anamnèse

- ♦ Mécanisme
- ♦ Cinétique
- ♦ Main dominante
- ♦ Dernier repas

Examen clinique

- ♦ **Comparatif**
  - Inspection, palpation, mobilisation active
  - +/- Mobil. passive
- ♦ **Rechercher une autre lésion du MS**
- ♦ **Rechercher une lésion controlatérale**

→ **Retrait bague(s)**

Recherche de complications :
- ♦ **Neurologique**
- ♦ **Vasculaire**
- ♦ **Cutanée**
- ♦ **Syndrome des loges**

→ **Avis chirurgical sans délai une fois le diagnostic posé**

Immobilisation temporaire antalgique par orthèse amovible

Imagerie *(hors orthèse)*

- ♦ **Radiographie : Poignet face, profil & incidences de 3/4 (« incidences scaphoïdes ») <u>systématiques</u>**
- ♦ **Scanner si doute sur luxation péri-lunaire**

- ♦ **Fracture de l'EI radius**
- ♦ **Fracture du scaphoïde**
- ♦ **Luxation RC / PL**
- ♦ **Fracture(s) du carpe**
- ♦ **Entorse grave**

→ **Cf. PEC spécifique**

Radiographies normales

Vraiment normales ?
- ♦ Critères de qualité ?
- ♦ Trait de fracture ?
- ♦ Perte de congruence ?
  - ➔ Luxation
- ♦ Diastasis / superposition ?
  - ➔ Entorse

Clinique en faveur d'une fracture du scaphoïde ?

OUI
- ♦ Antalgiques
- ♦ Immobilisation par manchette type scaphoïde
- ♦ AT
- ♦ CPU J10 **sans** radiographie

Attitude expliquée au patient

- ♦ **Pas de radiographies car doivent se faire <u>hors attelle</u>** (donc après la CPU)
- ♦ **En revanche, intérêt d'un scanner dans les 10 jours si possible**

NON

Poignet douloureux, peu mobile / impotence

Entorse ou fracture oculte ?

- ♦ Antalgiques
- ♦ Immobilisation par manchette
- ♦ AT
- ♦ CPU J10 **sans** radiographie

Attitude expliquée au patient

Poignet douloureux mais mobile

- ♦ Antalgiques – AINS
- ♦ Immobilisation par orthèse
- ♦ +/- AT
- ♦ Réévaluation méd. traitant J7