



Rhône-Alpes

## Conduite à tenir devant un traumatisme de la main

Compte rendu de la conférence du 21/03/08

### Docteur FAVREUL – Chirurgien de la main à la clinique St Charles - Lyon

Les plaies de la main sont très fréquentes, la gravité est souvent sous-estimée. Ces plaies nécessitent une approche spécifique et l'avis d'un spécialiste sinon il y aura des séquelles importantes.

Fréquence : 6,6% de l'ensemble des urgences, 2 femmes pour 1 homme  
500 000 cas par an toutes causes confondues.

Gravité : sous estimés surtout pour les petites plaies.

Le premier bilan est fondamental.

Les lésions inaperçues = tendons et les nerfs

20% d'erreurs faites par les chirurgiens de la main.

40% par les urgentistes

Approche spécifique :

Un bilan lésionnel :

- Clinique : tendons, nerfs, peau
- Para-clinique : Os, articulations, nerfs (Electromyogramme qui fera la différence entre la rupture et un autre problème) uniquement pour les gros troncs.

**Donc connaissance précise de l'anatomie de la main indispensable.**

Interrogatoire :

Type de traumatisme, position des doigts (extension, flexion), point d'impact ou d'entrée, profondeur, direction.

Ce qu'a ressenti le patient, claquement, décharge électrique...

Saignement:

Artériel ou veineux (si saignement artériel, presque sûr que plaie nerveuse existe)

Examen clinique

doigt coloré, oedème, type de lésions, hématome localisé.

Palpation

Coloration de la pulpe, sensibilité grossière : ½ doigt par ½ doigt. Pouls capillaire, Fourmillement ressenti mais pas véritablement.

Examen neurologique

Le patient a les yeux fermés : test du thombone ou de l'aiguille.

Tinel à la percussion : taper à la base du nerf pour déclencher un réflexe.

-Fléchisseurs superficiels : Flexion de P2 sur P1, avec les autres doigts en extension.

-Fléchisseurs profonds : P3 sur P2 appuyer sur le doigt pour le mettre en crochet.

Attention de ne pas faire P1 sur la main (=on peut faire « au revoir » avec tous les doigts mais les tendons sont coupés.)

### Vraies difficultés :

-Plaies superficielles fréquentes : IRM pour les lésions partielles des tendons  
Exploration ambulatoire sous anesthésie loco régionale.  
Même avec cela il y a encore des erreurs de diagnostic.

-Tendons extenseurs : extension de P1 sur la main  
long extenseur du pouce ( fréquent +++)  
Faire attention aux compensations par les autres tendons par l'intermédiaire des « dorsières ».

Bilan articulaire : exploration presque toujours  
Échographie

Gravité potentielle : ne jamais négliger une entorse : IPP du doigt long et surtout du pouce qui a un ligament important (et un seul fléchisseur contrairement aux autres doigts qui en ont 2). Ecarter le pouce latéralement pour tester la laxité de celui -ci.

Bilan osseux : radio simples, ou scanner si plus graves

### Traitement :

-Tendons fléchisseurs : toutes plaies au voisinage d'un tendon doit être explorée.

But : réparation immédiate

Information immédiate : 6 mois de rééducation

Suture du tendon

Attelle dynamique

Risque : adhérence et raideur

L'orthèse et la rééducation spécialisée représentent 50% du résultat.

La réparation doit se faire dans les 24 à 48 heures.

-Tendons extenseurs : même principe, mais plaies plus superficielles, avec un diagnostic plus facile car plaie plus grossière. Moins de séquelles.

Se méfier des écrasements, et de l'algodystrophie.

Mallet finger = bout de doigt en crochet : la radio est normale = traitement orthopédique en hyper extension 6 semaines

Syndrome de la boutonnière : Doigt =lésion bandelette latérale de l'extenseur.

Lésions nerveuses : plus difficile à rattraper si on passe à coté. fréquent +++

Réparation immédiate ( 2/3 jours) en micro chirurgie.

Récupération aléatoire mais meilleure pour une plaie franche, sujet jeune et non fumeur, diagnostic précoce en chirurgie spécialisée.

Si la plaie n'est pas bien prise en charge : névrome, douleurs, intolérance au froid.

Alors essai de greffes de nerfs, transfert pulpaire. Complexes avec des résultats variables.

Lésions vasculaires : rarement isolées, associées avec une plaie du nerf, et/ou artérielle.

Exploration et suture

### Les entorses

Trop souvent méconnues, mais très fréquentes.

Ne jamais « ne rien faire » sans « trop en faire »

Séquelles = raideurs +++

Suivi plus ou moins long.

### Luxation :

Toujours grave. Pas de lésions vasculo nerveuse.

Pas d'immobilisation immédiate:Syndactylisation (on bloque 2doigts ensemble)

Fractures : le vrai problème c'est la rotation pas l'angulation.

Séquelles : Lorsque l'on replie les doigts sur la main, le doigt fracturé se superpose aux autres; il n'y a plus d'alignement.

Toujours vérifier l'axe de rotation.

Ongle : Plaies du lit de l'ongle, souvent méconnues.

Hématome : faire « thrombonisation » simple

Avulsion chez l'enfant : ongle à repositionner dès que possible

### Accidents graves:

Injection sous pression (pistolet à huile ou peinture avec petits embouts, à fort débit) = main de blast.

Gravité +++ la plaie n'est qu'une simple piqûre.

Nécroses étendues.

### Ring finger

Traumatisme de l'alliance = amputation directe car nécrose vasculaire

[www.risques-alliances-bagues-anneaux.fr](http://www.risques-alliances-bagues-anneaux.fr)

Brûlure : eau immédiatement et pendant 15 minutes.

### Conduite à tenir :

Plaies importantes de la main : pas de garrot – eau oxygénée – pansement compressif – SOS main directement.

Récupérer tous les fragments ,surtout les plus distaux, les mettre dans une compresse et dans un sac plastique, puis dans un autre qui contient de la glace.

Toujours faire simple et rapide.

Immobiliser rapidement.

Beaucoup moins de réimplantation qu'avant du fait des échecs : problèmes médico- légal. La personne qui fume n'est pas réimplantée = trop d'échecs

Même problème chez les diabétiques DID = problèmes d'artériopathie

A juger au cas par cas.

Transfert : implantation d'orteil à la place du pouce

-Translocation : Ouvrir entre l'index et le majeur pour permettre une pince lorsque le pouce a disparu.

Utilisation de sangsues : drainage veineux (si la sangsue ne pompe pas = le doigt va mourir).

### Problème le l'algodystrophie :

- selon le terrain
- Allergie de la douleur, personne stressée, inquiète.
- minéralisation osseuse défectueuse.
- raideur
- oedème
- dérégulation du système sympathique et parasympathique.

### Traitement

- Vaso dilatateurs

- chaud/froid (dit douche écossaise)
- Entretenir la mobilité : massage et rééducation dans l'eau.
- Ne pas supprimer complètement la douleur car elle stimule.
- Physiothérapie selon la tolérance des personnes.

Divers ; En AT la sécurité sociale ne rembourse pas les dépassements d'honoraires. Certains praticiens font attention à l'emploi de la victime. Si bonne mutuelle le praticien demande ses dépassements. Agis selon sa déontologie.

A savoir : un praticien touche (de la sécu) 420 euros pour une intervention de 4/5 heures au microscope.

Adresses utiles :

FESUM : centre urgences mains – Normes précises avec 3 chirurgiens seniors spécialisés de la chirurgie de la main. Plateau technique

-Centre FESUM : 0825 0022 21

-Centre HEH Professeur HERBERG 04.72.11.63.00

-Tonkin 04.72.69.04.04

-Centre FESUM : Clermont-Ferrand : 04.73.27.11.11

Clinique St Charles : 04.72.10.26.26

[-www.fesum.fr](http://www.fesum.fr)

Catherine Chazette

Martine Rapet

Nicole Blochet