

Plaies de la main

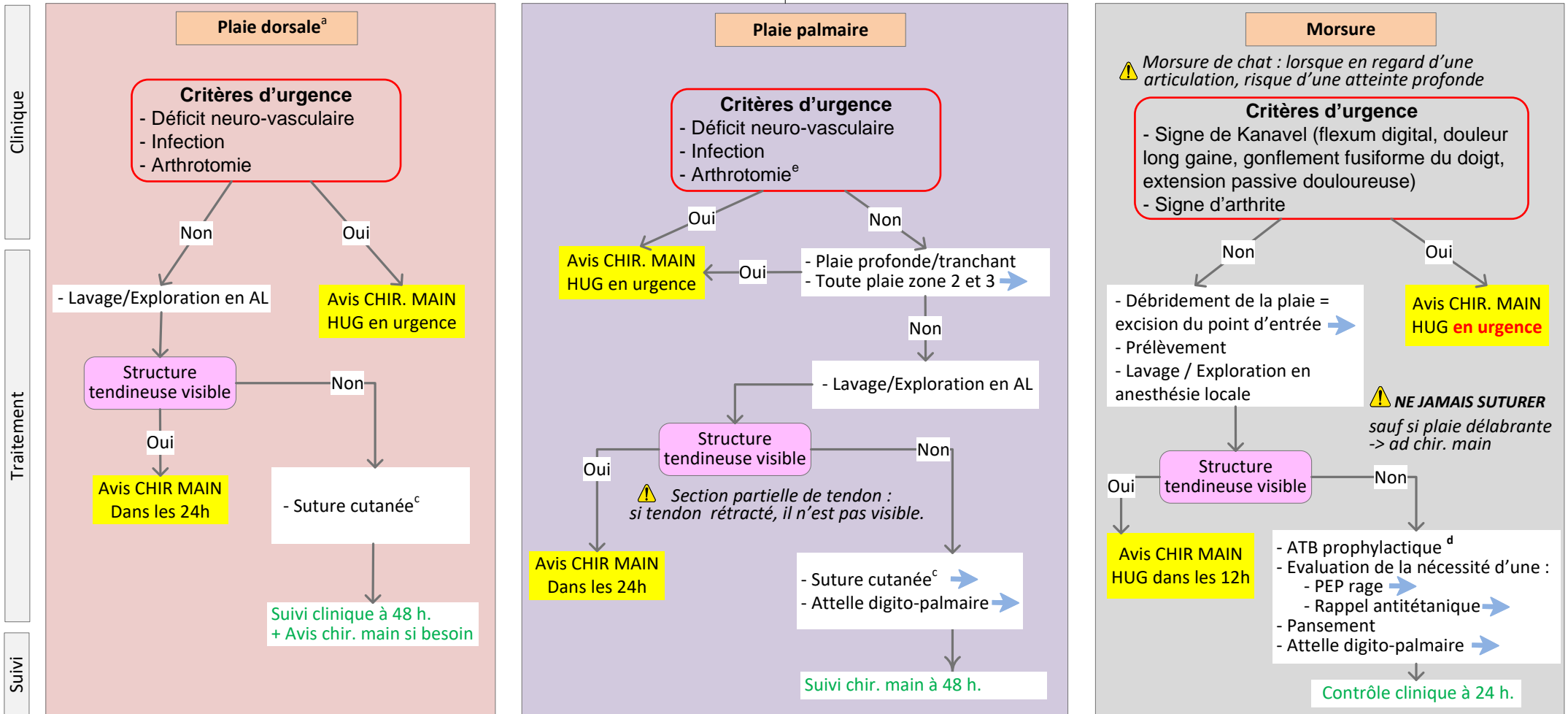
Cet algorithme décisionnel ne se substitue pas au jugement clinique.

Références biblio :

- RMS 2009: Vostrel/Beaulieu – Plaies de la main
- Traumatologie de l'appareil locomoteur Duruz/Fritschy
- Conférence de consensus SFMU 2005

<p>Anamnèse</p> <ul style="list-style-type: none"> • Âge/sexe/métier/latéralité • Antécédents trauma main • Mécanisme du trauma/position main lors du trauma/délai • Status vaccinal antitétanique 	<p>Examen clinique / Questions-clés</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inspection • Etat vasculaire → • Examen des tendons fléchisseurs et extenseurs • Examen sensitif • Ligamentaire • Osseux (fracture associée) si fracture ouverte → chir main
<p>Bilan radiologique</p> <ul style="list-style-type: none"> • Main face et profil + oblique +/- autre incidence 	

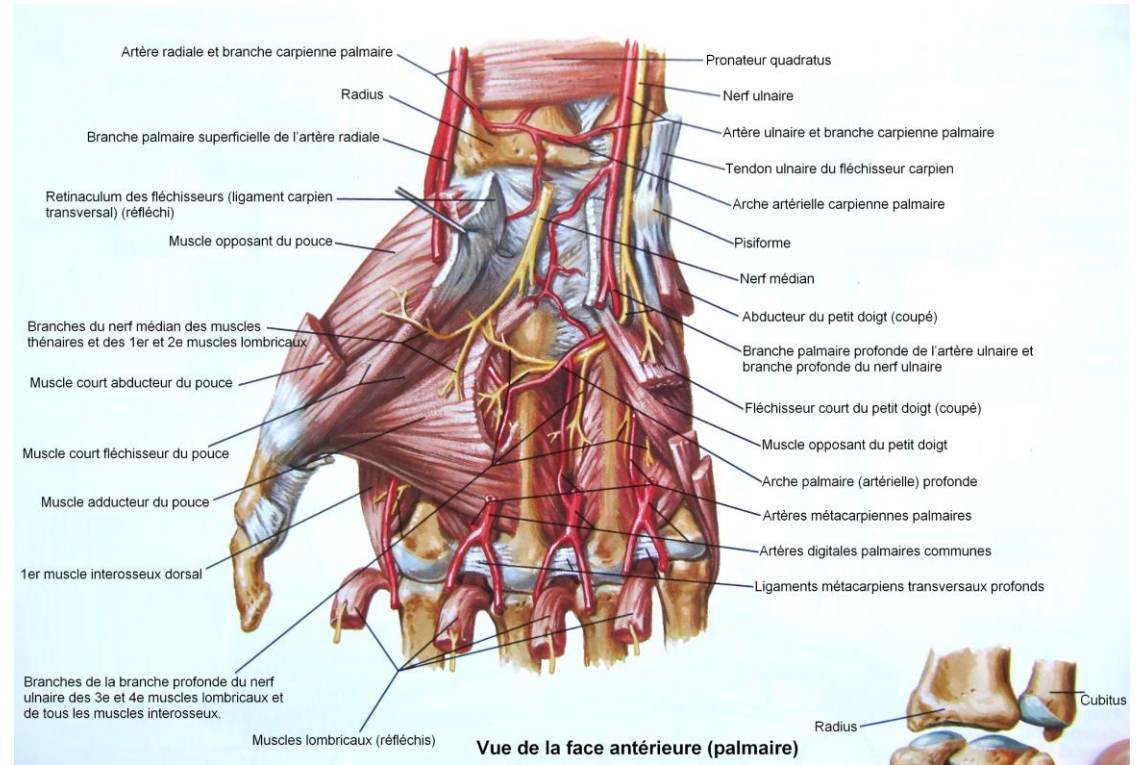
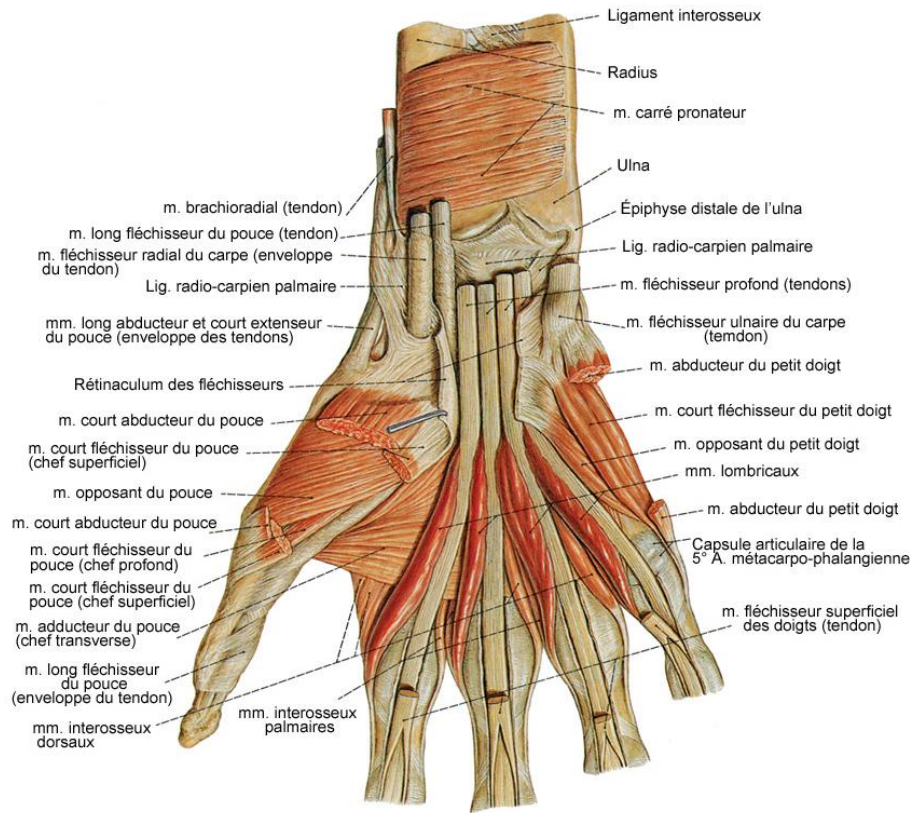
- Anatomie de la main
- Structure osseuse main
- App. extenseur / Lésions →
- App. fléchisseur / Lésions →
- Innervation
- PEP Rage
- Vaccination antitétanique
- Attelles
- Anesthésie (en cours)
- [Recommandations AntibioTTT](#)



^a aux plaies articulaires, MCP-IPP-IPD ; ^b tendon ou capsule articulaire ; ^c Prolène 4.0; ^d Co-amox. 1g 2x/j pdt 3j ou, si allergie clindamycine 600mg 3x/j pdt 3j, ^e prophylaxie atb Co-Amox. 1g 2x/j pdt 7j.

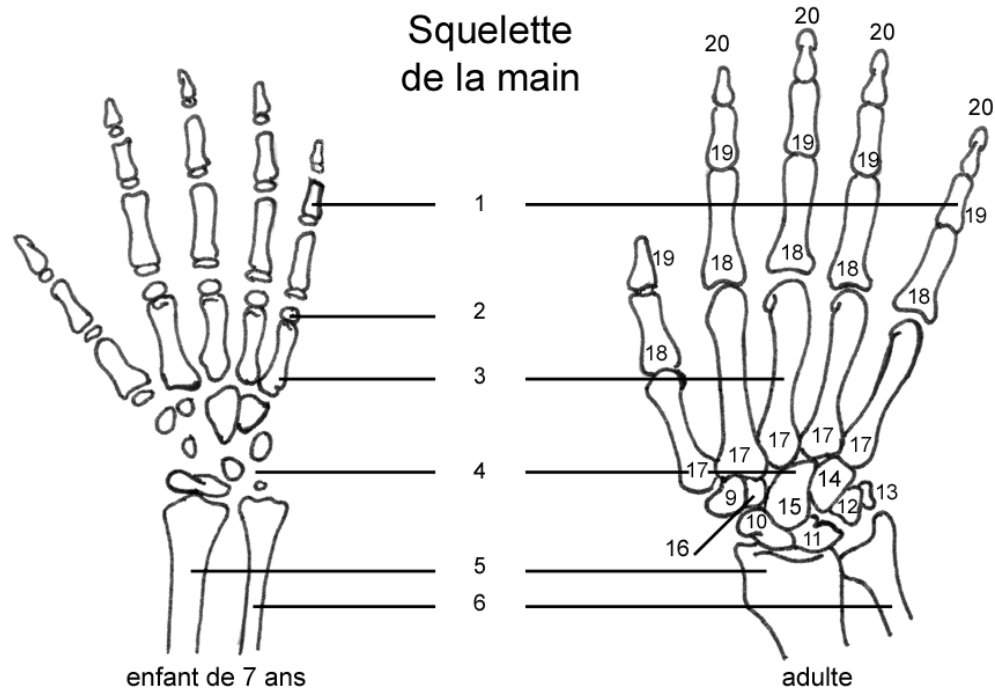


Anatomie de la main





Anatomie de la main : structure osseuse

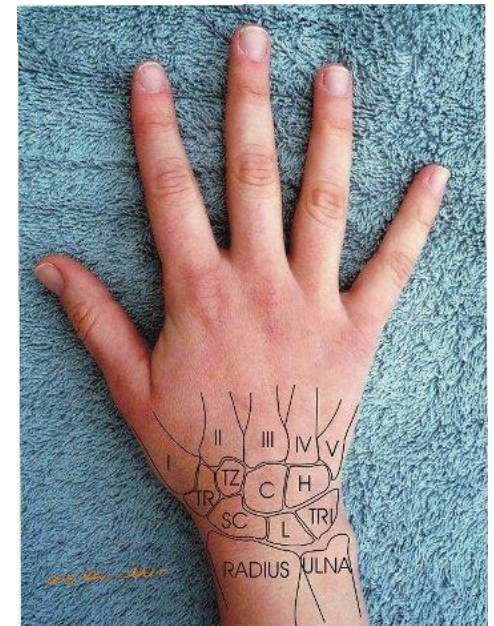
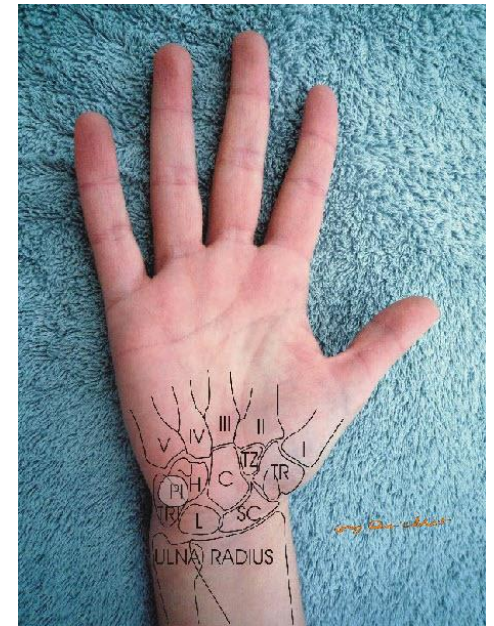


- 1- Phalange
- 2- Zone de croissance de l'os
- 3- Métacarpe (paume de la main)
- 4- Os du poignet (carpe)
- 5- Cubitus
- 6- Radius

- 9- Trapèze
- 10- Scaphoïde
- 11- Semi-lunaire
- 12- Pyramidal
- 13- Pisiforme
- 14- Os crochu

- 15- Grand os
- 16- Trapézoïde
- 17- Métacarpiens
- 18- Phalanges
- 19- Phalangines
- 20- Phalangettes

- L : Semi-lunaire
- SC : Scaphoïde
- TR : Trapèze
- TZ : Trapézoïde
- C : Grand os
- H : Os crochu
- TRI : Pyramidal
- PI : Pisiforme





Anatomie de la main : appareil extenseur

Les muscles extrinsèques (innervés par le n. radial)

- Le m. extenseur commun des doigts (1)
- Le m. extenseur du 5^{ème} doigt (2)
- Le m. extenseur extenseur de l'index (2)
- Le m. long abducteur du pouce
- Le m. long extenseur du pouce
- Le m. court extenseur du pouce



Les muscles intrinsèques (innervés par le n. ulnaire et médian)

Leurs corps musculaires se situent au niveau de la main (métacarpien)

- Les muscles interosseux palmaires et dorsaux
- Les muscles lombricaux





Zones de lésions des tendons extenseurs

- Zone 1 et 2 : risque de plaie de la bandelette terminale de l'appareil extenseur
- Zone 3 et 4 : risque de plaie de la bandelette médiane de l'appareil extenseur
- Zone 5 : risque de plaie du tendon extenseur
- Zone 6 : correspond à la face dorsale de la main
- Zone 7 : risque de plaie des tendons extenseurs sous le rétinaculum : complexe



Les zones impaires sont toutes en regard d'une articulation et possèdent donc toutes un fort risque d'arthrotomie associée.



Anatomie de la main : appareil fléchisseur

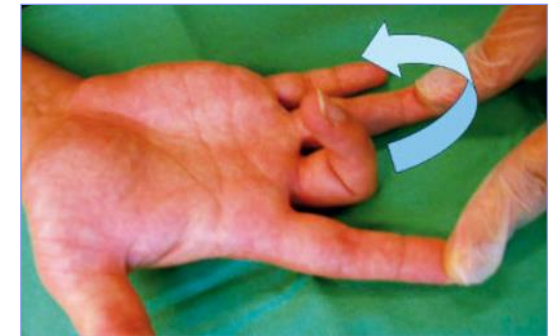
Fléchisseur profond des doigts

Ce test se réalise contre résistance en demandant au patient de fléchir l'articulation IPD alors que l'examineur bloque P2. L'absence de flexion de l'IPD signe une lésion totale du fléchisseur profond des doigts.

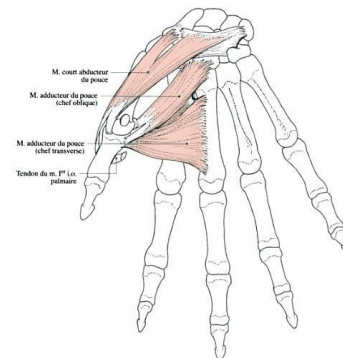


Fléchisseur superficiel des doigts

Il se réalise contre résistance en demandant au patient de fléchir son doigt alors que l'examineur bloque les doigts adjacents en extension. La flexion de l'IPP s'effectue alors que l'IPD ne peut se fléchir. L'absence de flexion de l'IPP signe une lésion totale du tendon fléchisseur superficiel.



Long fléchisseur du pouce : flexion de l'IP





Zones de lésion des tendons fléchisseurs

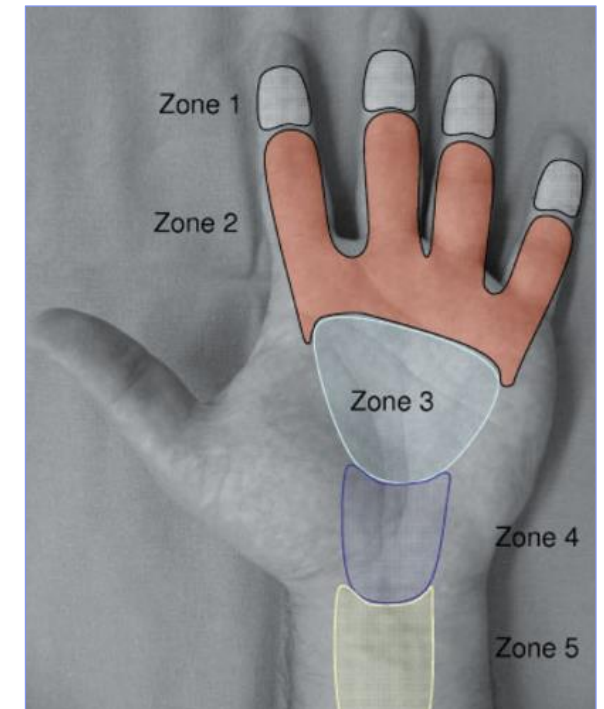
Zone 1 : plaie uniquement des fléchisseurs profonds.

Zone 2 : plaie possible des tendons fléchisseurs superficiels et profonds. C'est au sein de cette zone que les réparations tendineuses sont les plus délicates.

Zone 3 : il persiste un grand risque de lésion vasculaire (arcade vasculaire superficielle).

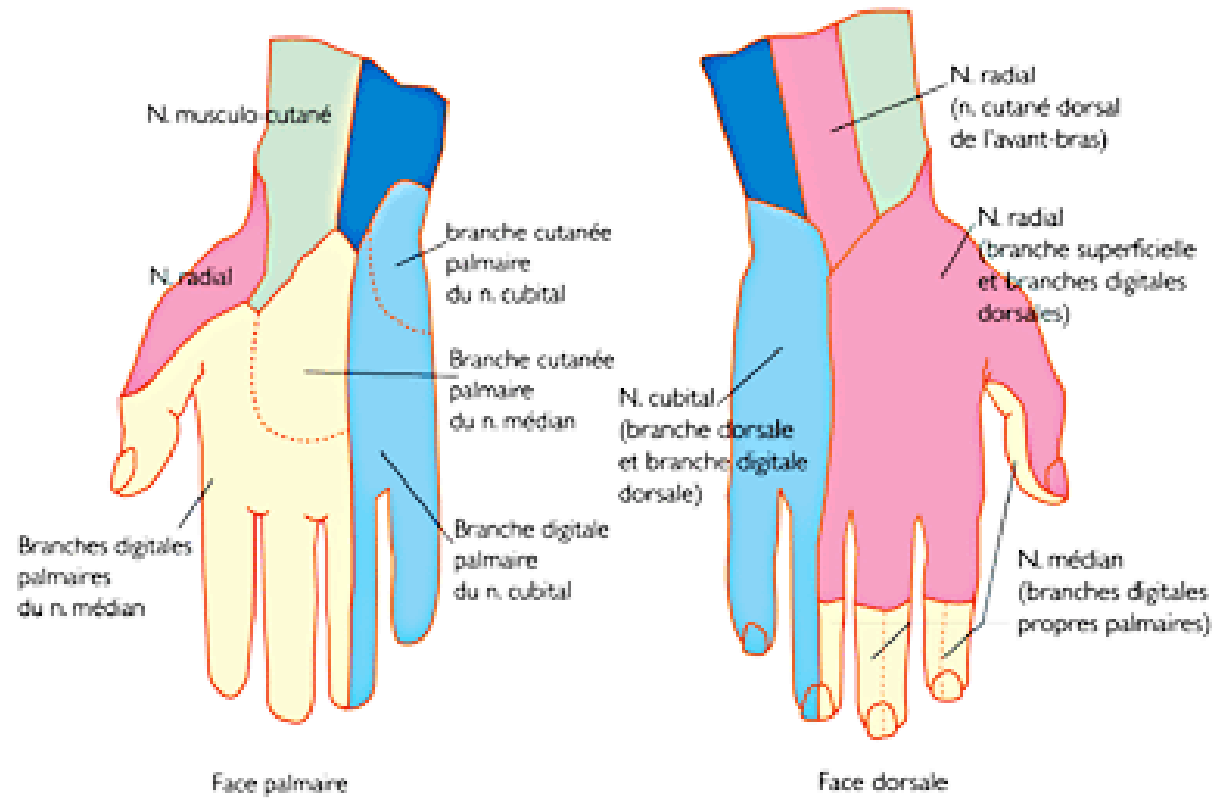
Zone 4 : le risque de lésion du nerf médian reste très important.

Zone 5 : il s'agit de la jonction musculo-tendineuse.





Anatomie de la main : innervation





Etat vasculaire

- Pouls capillaire
- Persistance ou non du galbe pulpaire
- Coloration des extrémités digitales
- Chaleur cutanée



Vaccination antirabique - PEP

Consulter le document RUG : https://www.urgences-ge.ch/sites/rug/files/protocoles/Protocoles/non-traumatologique/pep_rage_08_02_2021.pdf

Schémas de vaccination postexpositionnelle (PEP) selon le statut vaccinal

Statut vaccinal	Schéma de vaccination	Autres mesures
Vaccination complète ^a	Une dose i.m. aux jours 0 et 3 (total 2 doses)	Contrôle sérologique au jour 14. Si le titre d'anticorps <0,5 UI/ml, une nouvelle dose de vaccin est administrée autour du jour 21. Ensuite, contrôles sérologiques et doses de vaccin supplémentaires jusqu'à un titre d'anticorps ≥0,5 UI/ml.
Pas de vaccination préexpositionnelle, vaccination incomplète ^b ou statut vaccinal inconnu	Une dose i.m. aux jours 0, 3, 7 et 14 (total 4 doses)	Contrôle sérologique au jour 21. Si le titre d'anticorps <0,5 UI/ml, une nouvelle dose de vaccin est administrée autour du jour 28. Ensuite, contrôles sérologiques et doses de vaccin supplémentaires jusqu'à un titre d'anticorps ≥0,5 UI/ml. Toujours administrer simultanément les immunoglobulines antirabiques (hRIG) au jour 0 : dose maximale 20 UI/kg de poids corporel, si possible dans et autour de la plaie ^c . Si elles ne sont pas disponibles immédiatement, les immunoglobulines peuvent encore être administrées jusqu'au jour 7 suivant le début de la vaccination (début de la vaccination = jour 0) [3].

^a PrEP (≥2 doses) **OU** PEP (4 doses) au moyen d'un vaccin recommandé par l'OMS ou vaccination avec un vaccin contre la rage différent en cas de titre d'anticorps postvaccinal suffisant et documenté.

^b PrEP <2 doses

^c La quantité totale de hRIG doit être adaptée à l'anatomie du site de la morsure/griffure. En règle générale, une ampoule de 2 ml (300 UI) suffit, même si un dosage plus élevé a été calculé.

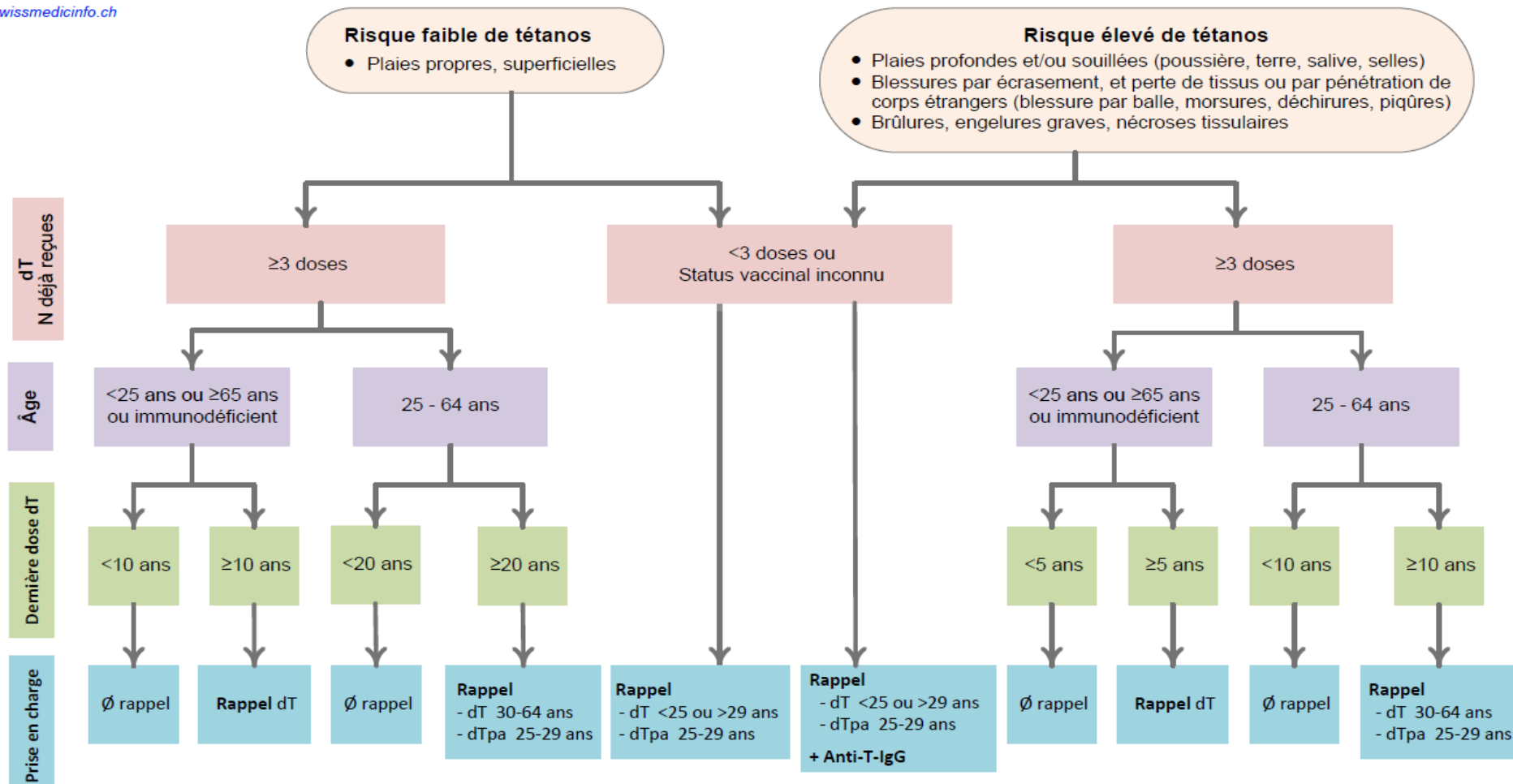


Vaccination antitétanique : PEP



Vaccination antitétanique en cas de plaie : recommandations

Swissmedinfo.ch



d : Diphtérie ; T : Tétanos ; Pa : Coqueluche

- **Anti-T-IgG** : Ig anti-tétanos → Tetagam P[®] sol. inject. 250 U/ml
- **dT** : → Td-pur[®] 0.5 ml IM
- **dTpa** : → Boostrix[®] 0.5 ml IM

Pa (coqueluche) : indiqué si contact avec nourrisson(s) <6 mois et dernier rappel <10 ans



Types d'immobilisation de la main

Syndactylie



Attelle Prior ou Stack pour mallet finger

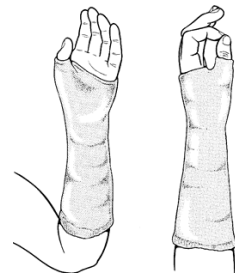


Attelle «alu» ou Attelle de Zimmer Entorse/luxation IPP



Plâtre anté-brachial (AB)

Immobilisation fracture 1er métacarpien prenant le pouce, 30° extension du pouce, IP libre
Fracture EDR / EDU / carpe



Gantelet

Pouce du skieur ou fracture métacarpe



Attelle Primacast® ou ScotschCast®



Attelle Bort®



Orthèse

Fracture base du pouce





Débridement d'une morsure

Nouveau

- Le but est de diminuer le risque d'infection en enlevant le tissu nécrotique qui est un substrat de prédilection pour les bactéries.
- Faire une anesthésie en pourtour de la plaie
- Excision de la peau sur quelques millimètres sur TOUT LE POURTOUR de la morsure.
- Rincer avec du NaCl
- LAISSER LA PLAIE OUVERTE



- Exemple d'une morsure de chat sur la face dorsale de la main avec une dermohypodermite associée.
- Après désinfection, champage stérile, la morsure est excisée dans sa totalité (résection de quelques millimètres de peau au bistouri sur tout le pourtour de la morsure).
- La plaie est laissée ouverte
- Antibiothérapie prophylactique par Co-amoxicilline 1g 2x/j pendant 3 jours ou, si allergie Clindamycine 600mg 3x/j pendant 3 jours.





Réalisation d'une anesthésie de conduction digitale

En construction

Des vidéos doivent être trouvées ou réalisées pour ces 2 techniques

- Technique préférée aux HUG :



l'anesthésie en regard de la poulie A1 (tête du métacarpien).

- Anesthésie commissurale n'est pas recommandée (douloureuse)



- Exemple d'anesthésie de D2 après désinfection et champage

1^{er} temps en palmaire:

Infiltration d'environ 3-5cc de lidocaïne en regard de la poulie A1 (tête du métacarpien). Lors de la ponction on peut demander au patient de mobiliser son doigt pour être sûr de ne pas infiltrer le tendon fléchisseur.



2^{ème} temps en dorsal:

Permet de couvrir les rameaux nerveux dorsaux.

Infiltration en sous cutanée (3-4cc) sur la largeur du doigt proximale ou à hauteur de l'articulation MCP.

- Exemple garot

