



# Urgences de la main au cabinet

Jeudi d'Unisanté 18.04.2024

Centre de la main

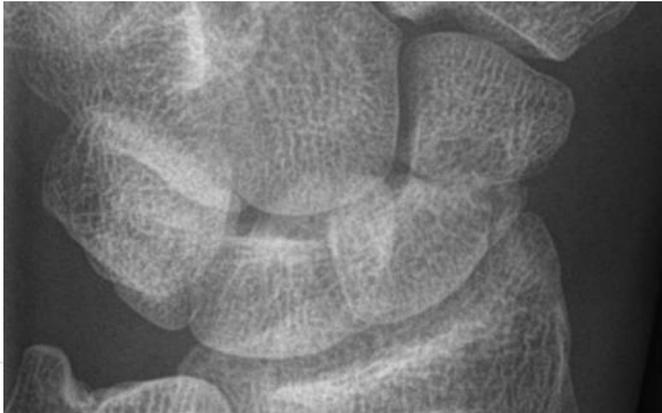
Hôpital Orthopédique

Service CPR, CHUV

Dr Laurent Wehrli

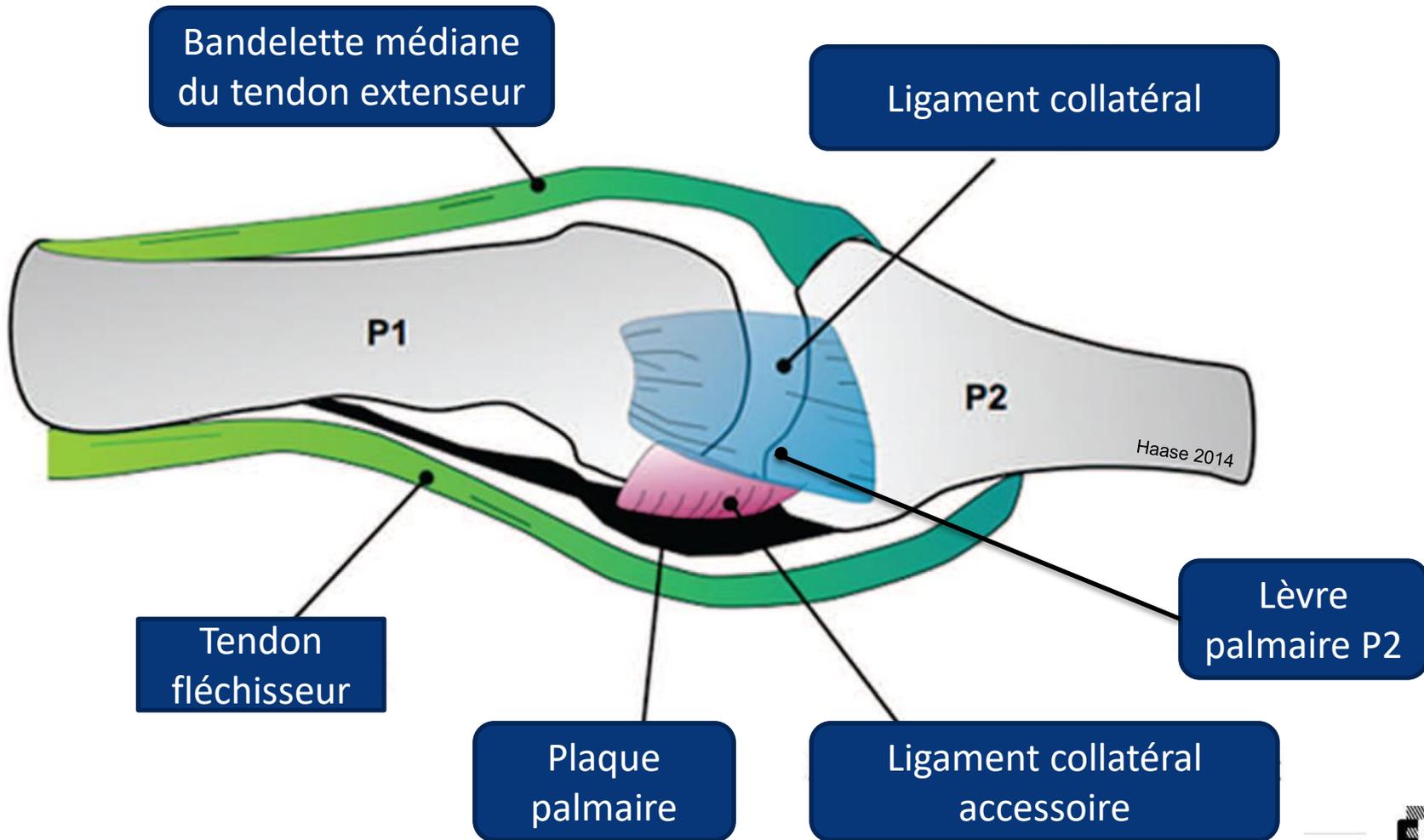


# Comment faire au cabinet? Quels sont les pièges?



|                     | PeC recommandée ??? | Pièges ??? |
|---------------------|---------------------|------------|
| Entorses digitales  |                     |            |
| Infection distale   |                     |            |
| Fractures scaphoïde |                     |            |
| Plaies main         |                     |            |

Dr je me suis tordu le doigt!



# Entorses digitales



Prescrire des **radiographies** standards

Obligatoire pour exclure fracture ou subluxation

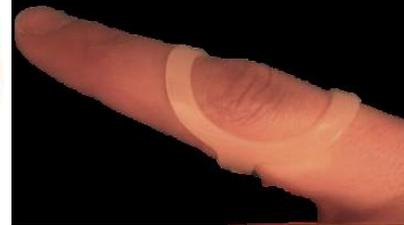
Ne pas accepter de mauvaises incidences radiologiques

**Mobilisation protégée** précoce

Syndactylie

Attelle de bloc d'extension 3 sem si tendance à l'hyperextension en urgence (en 8 ou stop d'extension)

Attelle en rectitude nocturne si développement d'un flexum IPP



# Entorses digitales: les pièges

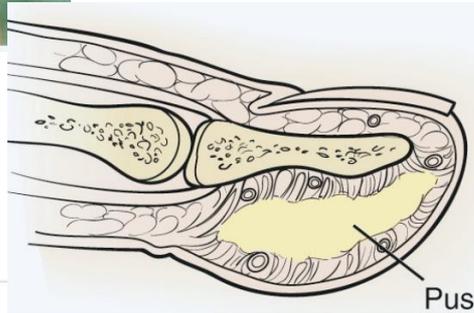
- Raideur
- Flexum
- Incarcération post luxation
- Incompétence chronique plaque palmaire → recurvatum
- Rupture bandelette médiane (extenseur)
- Subluxation dorsale IPP (fracture lèvre palmaire P2)

# Questions?

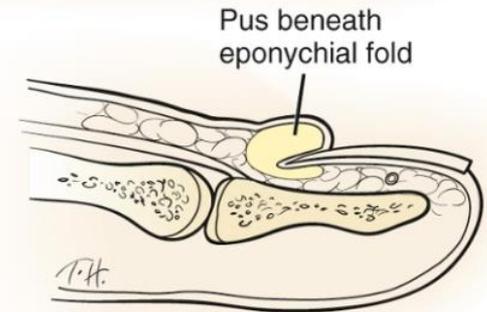
Dr j'ai une infection au bout du doigt!

# Pulpaire ou périunguéeale?

## Panaris



## Paronychie



# Paronychie aigue (<6 sem)

## *Traitement médical*

**Staphylococcus aureus**

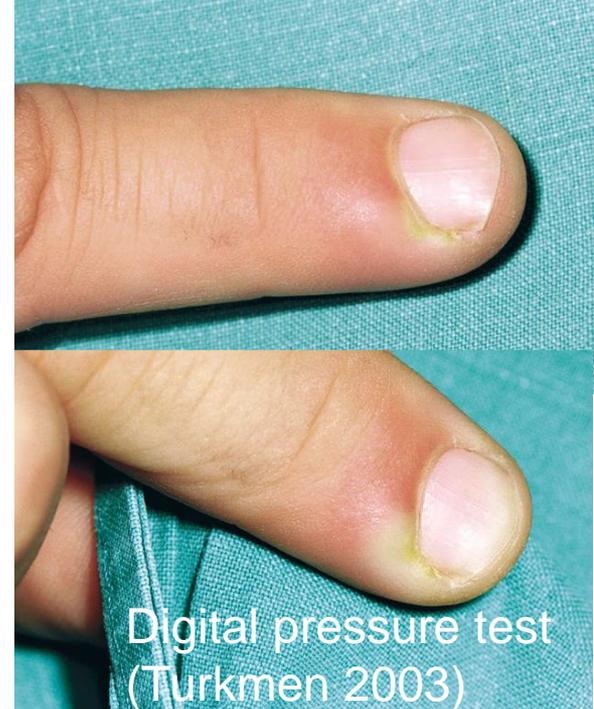
**Streptococcus pyogenes**

**Pseudomonas pyocyanea**

**Avant la formation de l'abcès:**

3-4x / j : 15 min bain désinfectant chaud

+/- po : Amoxi-Clav ou Cotrimoxazole-  
Clindamycine



= abcès

# Paronychie abcédée

Abcès paronychial  
ou eponychial

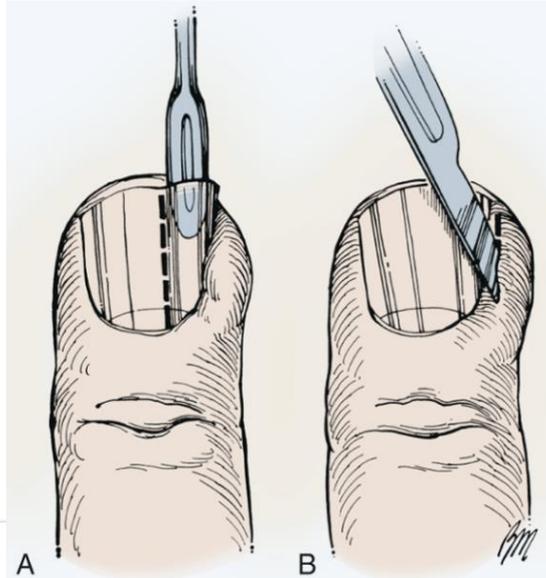
Abcès sous-unguéal  
ou ongle incarné

Abcès sous-unguéal  
ou paron. chronique

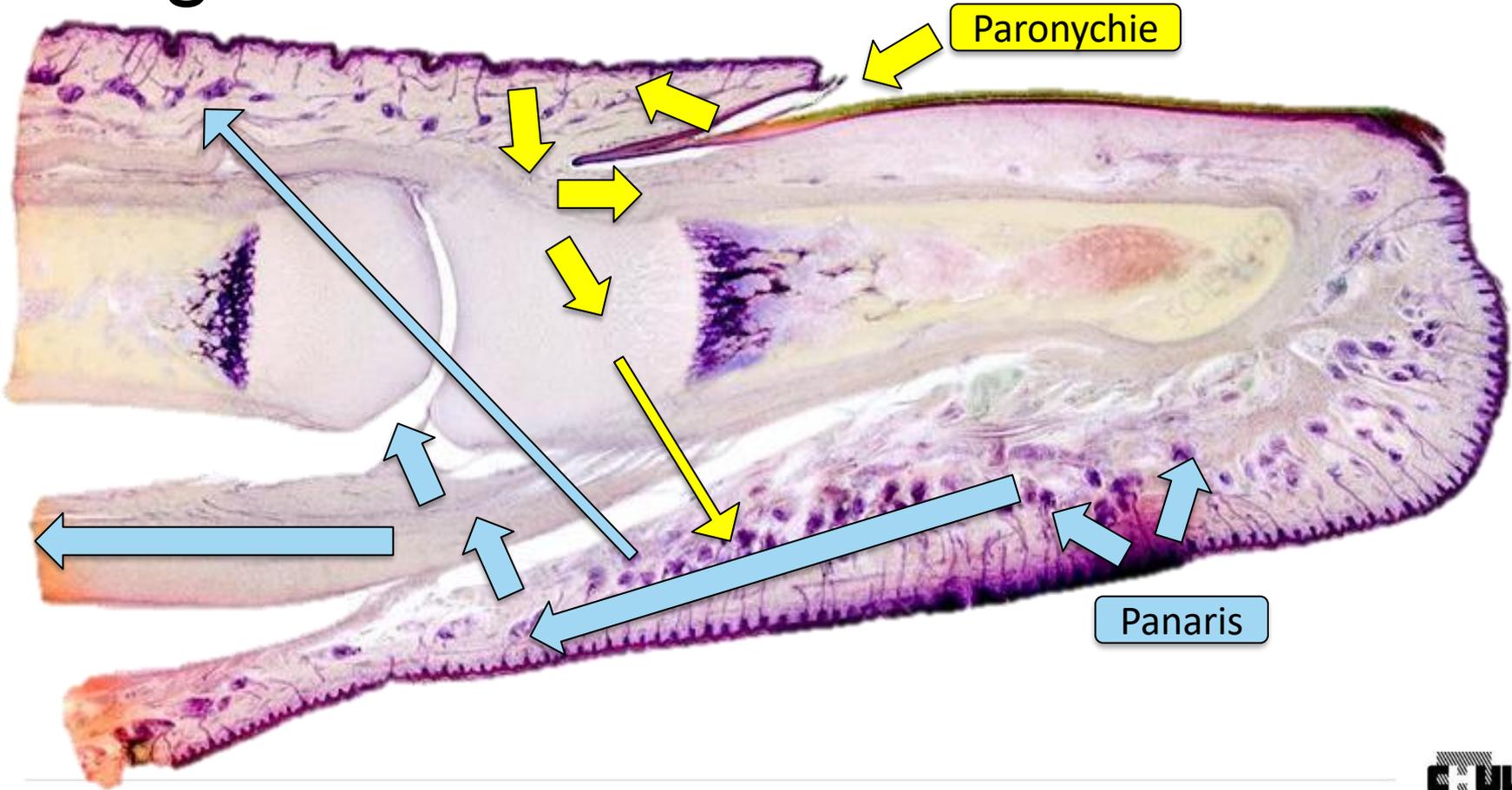
**DAREJD simple technique of  
draining acute paronychia.**  
Roberts 2003 - Ogunlusi 2005

• **Lamellectomie**

• **Swiss roll technique for  
treatment of paronychia.**  
Pabari 2011



# Pièges?



# Questions?

Dr j'ai mal au poignet après une chute!

# Fracture du scaphoïde

Plâtre



Tiers moy. in situ



Tiers distal

Chirurgie

Tiers moy. déplacé



Pole proximal





- Palpation douloureuse 1 des 3 faces du scaphoïde
- Douleurs scaphoïde à l'inclinaison ulnaire

Douleurs du poignet

NON OUI

RX F/P poignet

RX scaphoïde (4x)

Pas de fracture

Fracture **radius**

Pas de fracture

Fracture **scaphoïde**

Entorse



Fracture occulte



Attelle plâtrée AB

Attelle plâtrée AB & pouce  
(bloc des inclinaisons latérales)

STOP  
TABAC!



Suspicion de fracture occulte  
scaphoïde à **2 semaines de plâtre**

RX scaphoïde (4x)  
**Sans fracture**

RX scaphoïde (4x)  
**Avec fracture**

Scaphoïde  
**indolore**

Scaphoïde  
**douloureux**



Diagnostic  
d'entorse du  
poignet



Ad IRM



Diagnostic confirmé de  
fracture occulte

# Questions?

Dr je me suis coupé au doigt!



Plaie palmaire (main  
ou doigt)

Chir main dispo

Chir main non dispo

Pansement bétadiné

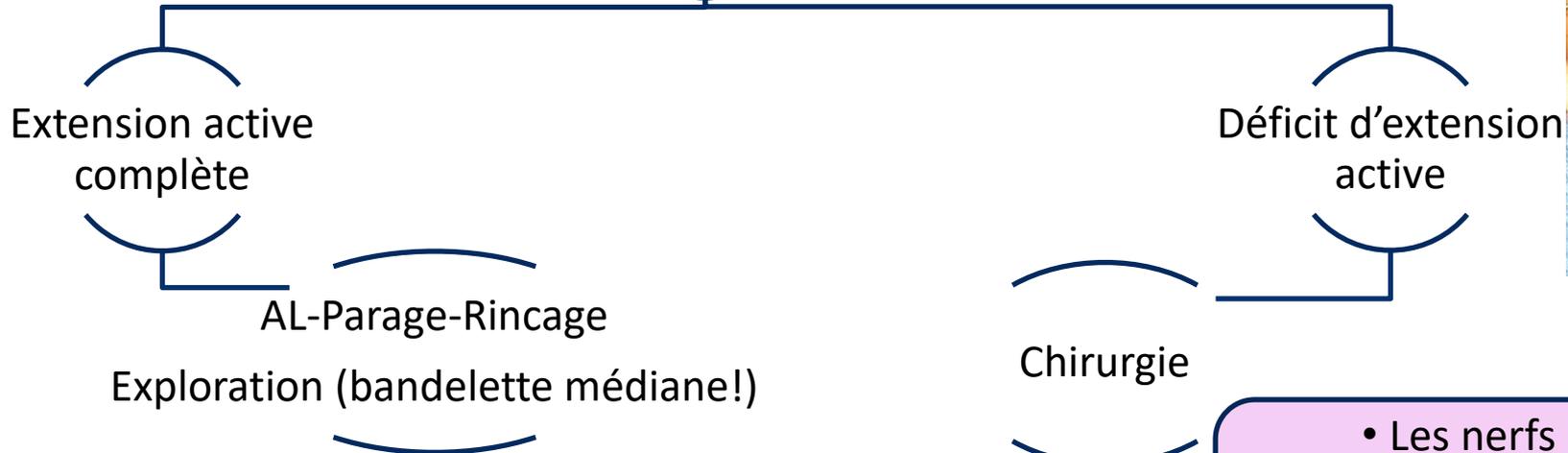
AL-Parage-Rincage  
Suture temporaire



- Pas d'exploration au cabinet

Exploration au bloc opératoire

Plaie dorsale (main  
ou doigt)



• Les nerfs sensitifs dorsaux se suturent jusqu'à la MP

Exclure arthrotomie  
Suture tendon extenseur

Plaie

Documentation

Site et taille?

Vascularisation en aval?

Tendons sous-jacents?

Sensibilité en aval?



Innervation motrice en aval?

Suture artère en  
urgence

Suture nerf <4 j

Morsure



Plaie souillée



## Plaies à débrider

Plaie contuse



# Cas spécifique de l'amputation très distale



# Pansement occlusif



8j

13j

19j

5 sem



Aquacel argent®

3 mois



# Questions?

|                            | PeC recommandée   | Pièges   |
|----------------------------|---|--|
| <b>Entorses digitales</b>  | <p>Incidences RX FP strictes</p> <p>Mobilisation protégée par syndactylie</p> <p>Attelle ergo en rectitude la nuit si flexum IPP (sans hyperextension!)</p> | <p>Flexum IPP (douleurs, bandelette méd.)</p> <p>Avulsion tendon FDP P3 (Jersey)</p> <p>Fracture articulaire base P2</p>   |
| <b>Infection distale</b>   | <p>Bain désinfectant tiède 2x/j</p> <p>Drainage paronychie via plan ongle</p>   | <p>Sy. de loge pulpaire (panaris sous pression)</p> <p>Propagation (graisse, os P3, articulation, gaine tendon); Streptocoque bêta-hémol.</p> <p>Co-morbidité immunodépressive</p> |
| <b>Fractures scaphoïde</b> | <p>4 incidences RX</p> <p>Arrêt tabagisme</p> <p>Immobilisation jusqu'à consolidation (8 sem en moy pour tiers moyen)</p>                                   | <p>Pôle proximal = chirurgie</p> <p>Fracture bien visible = dépl. = chirurgie (si doute sur déplacement: CT)</p>   |
| <b>Plaies main</b>         | <p>Exclure cliniquement déficit sens/mot</p> <p>Lavage, désinfection, AL, parage berges, rinçage, exploration</p>   | <p>Lésion partielle de tendon ou nerf</p> <p>Inoculation intra-synoviale (articulation, gaine tendineuse)</p> <p>Corps étranger végétal ou animal</p>                              |

# Questions dans ces domaines?

- Main
- Poignet
- Atteintes focales des nerfs périphériques

[laurent.wehrli@chuv.ch](mailto:laurent.wehrli@chuv.ch)

## SORT: KEY RECOMMENDATIONS FOR PRACTICE

| <i>Clinical recommendation</i>  | <i>Evidence rating</i> | <i>References</i> |
|---|------------------------|-------------------|
| Ultrasonography can be used to determine the presence of an abscess or cellulitis when it is not clinically evident.          | C                      | 10-12             |
| The addition of topical steroids to topical antibiotics decreases the time to symptom resolution in acute paronychia.         | B                      | 19                |
| Oral antibiotics are not needed when an abscess has been appropriately drained.   | C                      | 25, 26            |
| Chronic paronychia is treated by topical anti-inflammatory agents and avoidance of irritants. Antifungals should not be used. | C                      | 1, 29             |

*A = consistent, good-quality patient-oriented evidence; B = inconsistent or limited-quality patient-oriented evidence; C = consensus, disease-oriented evidence, usual practice, expert opinion, or case series. For information about the SORT evidence rating system, go to <http://www.aafp.org/afpsort>.*

**Table 3. Treatment Options for Typical Pathogens Associated with Acute Paronychia**

| <i>Pathogen</i>                            | <i>Antibiotic options</i>   |
|--|---|
| <b>Gram-negative aerobes</b>               |   |
| <i>Fusobacterium</i>                       | <u>Amoxicillin/clavulanate (Augmentin)</u> , clindamycin, fluoroquinolones  |
| <i>Pseudomonas</i>                         | <u>Ciprofloxacin</u>  |
| <b>Gram-negative anaerobe</b>              |   |
| <i>Bacteroides</i>                         | <u>Amoxicillin/clavulanate</u> , clindamycin, fluoroquinolones  |
| <b>Gram-negative facultative anaerobes</b> |   |
| <i>Eikenella</i>                           | Cefoxitin   |
| <i>Enterococcus</i>                        | <u>Amoxicillin/clavulanate</u>  |
| <i>Klebsiella</i>                          | Trimethoprim/sulfamethoxazole, fluoroquinolones   |
| <i>Proteus</i>                             | <u>Amoxicillin/clavulanate</u> , fluoroquinolones   |
| <b>Gram-positive aerobes</b>               |   |
| <i>Staphylococcus</i>                      | Cephalexin (Keflex)<br><br>For suspected methicillin-resistant <i>Staphylococcus aureus</i> infections: <u>clindamycin</u> , doxycycline, trimethoprim/sulfamethoxazole |
| <i>Streptococcus</i>                       | Cephalexin  |

NOTE: Local community resistance patterns should always be considered when choosing antibiotics.

# Trauma → diagnostic → indication chir?

## Plaie palmaire

*Tendon fléchisseur*

*Nerfs collatéral*

*Artère collatérale*

## Plaie dorsale

*Tendon extenseur*

*Arthrotomie traumatique*

- Bords: nets, contus, dilacérés, nécrotiques, érythémateux, PS
- Contamination
- Vascularisation, mobilité, sensibilité

## Fracture

Radius distal - *plaque palmaire*

Métacarpien et phalange – *plaque, embrochage*

Scaphoïde - *vis*

- Fracture simple, comminutive - Dérotation
- Déplacement: bascule (dorsale, palmaire), translation (dorsale, radiale...), tassement axial,
- Scaphoïde: diastasis, translation, flexion fracturaire

## Entorse

Pouce du skieur – *réinsertion lig*

- Instable: laxité du lig collat ulnaire, sans arrêt sec

# Maladie → diagnostic → indication chir?

## Nerfs

Tunnel carpien  
Tunnel cubital

- Déficit neurologique
- Paresthésies: permanence et impact
- Durée symptômes
- Echec attelle nocturne

## Tendons

Doigt à ressaut  
Tendinite de de Quervain

- Blocage en flexion
- Echec infiltration

## Kystes

Poignet Dorsal vs palmaire  
Ténosynovial

- Durée des douleurs

## Arthrose

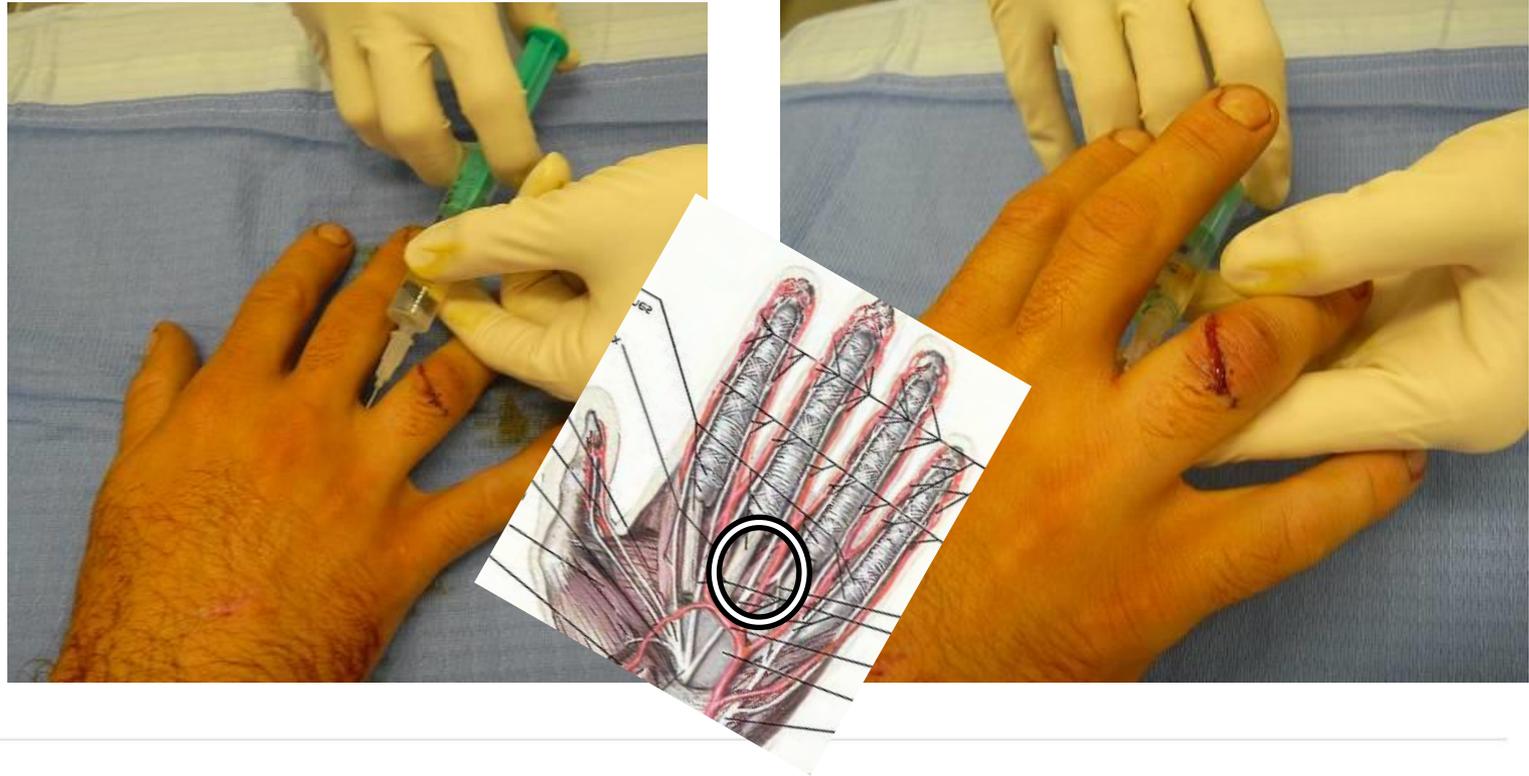
- Score douleurs (repos, activités légères; lourdes)
- Handicap manuel

## Dupuytren

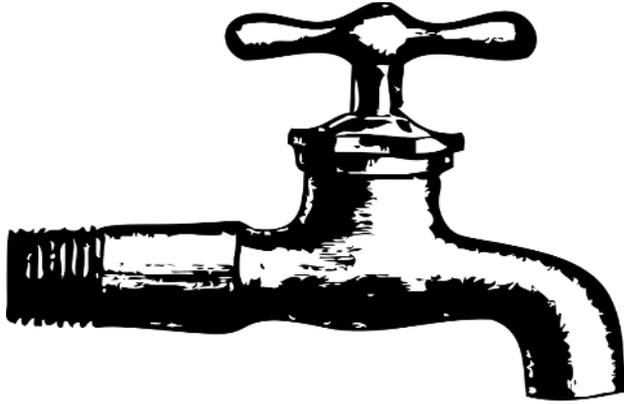
- Main à plat

# Anesthésie commissurale

TAMPONNER 1:10 – PIQÛRE RAPIDE – INJECTION LENTE



# Irrigation



Eau du robinet ou NaCl  
500ml



Cath 18G  
seringue 35cc

# Immobilisation



Attelle  
fonctionnelle  
(IP libres)



Attelle palmaire  
(AB)



Attelle cubitale

Attelles digitales

& Attelle palmo-  
radiale

# Attelle fonctionnelle (IP libres)



- Fractures
  - Métacarpiens (M2-M5)
  - base P1
- Entorses
  - MP

# Attelle palmaire (AB)



- Fractures
  - Radius distal
  - Carpe (hormis scaphoïde)
- Entorses
  - Poignet
- Synovite
  - Kyste, tendinite, Kienböck

# Attelle palmo-radiale

- Fractures
  - Scaphoïde
  - Trapèze
  - 1<sup>er</sup> métacapien
- Entorses
  - TM
  - MP

# Attelle cubitale

- Fractures
  - P1 et P2



# Attelle digitale

## IPP & IPD

Fractures

P2

Entorses

IPP

## IPD

Fractures

P3

Maillet osseux

Maillet tendineux

# Piège: « C'est pas si grave.... »

## 1. OPERATION URGENTE PROBABLE

Dévascularisation (amputation, subamputation, doigt d'alliance ou dégantage, écrasement)

Syndrome des loges, injection hyperbare

Saignement non tarissable

Luxation du poignet, irréductible d'un doigt

Fracture ouverte (poignet ou main)

Fracture fermée avec compression nerveuse ou forte translation

Infections sévères : Arthrite septique, phlegmon de la gaine des fléchisseurs, abcès profond, panaris

Perte de substance cutanée avec exposition de tendon, os, cartilage ou nerf

# Piège: « Délai RDV excessif »

## 2. OP. à PROGRAMMER

**PLAIE AVEC suspicion** de lésion de structure noble (nerf, artère, tendon, articulation), CE profond, brûlure  $>20\text{cm}^2$

Morsure, paronychie à drainer

Avulsion tendineuse fermée (p ex Jersey finger)

Fracture instable / modérément déplacée fermée / dérotation

Rupture ligamentaire du pouce (entorse instable MP ou TM)

Paralysie post-traumatique fermée

# Piège: « pas de suivi »

## 3. OPREATION PEU PROBABLE

**PLAIE SANS suspicion** clinique de lésion de structure noble (nerf, artère, tendon, articulation)

Amputation pulpaire distale à lunule unguéale

Mallet tendineux et osseux

Entorse du poignet / des MP / des doigts

Luxation d'un doigt (réductible sous AL)

Fracture in situ fermée et les fractures de boxeur (sous-capitale M5)

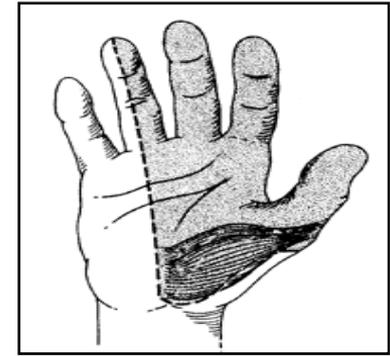
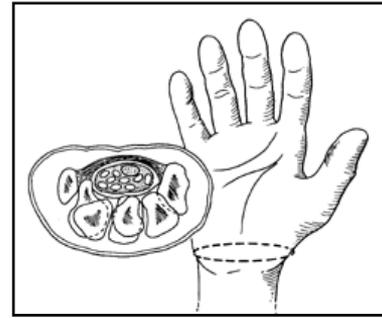
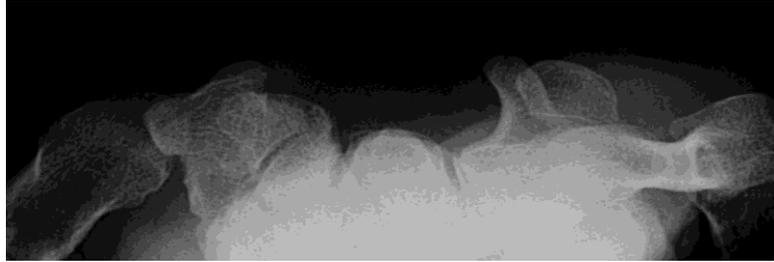
Tunnel carpien

Tunnel cubital au coude

Doigt à ressaut (téno-synovite sténosante)

Kyste

# Tunnel carpien Clinique

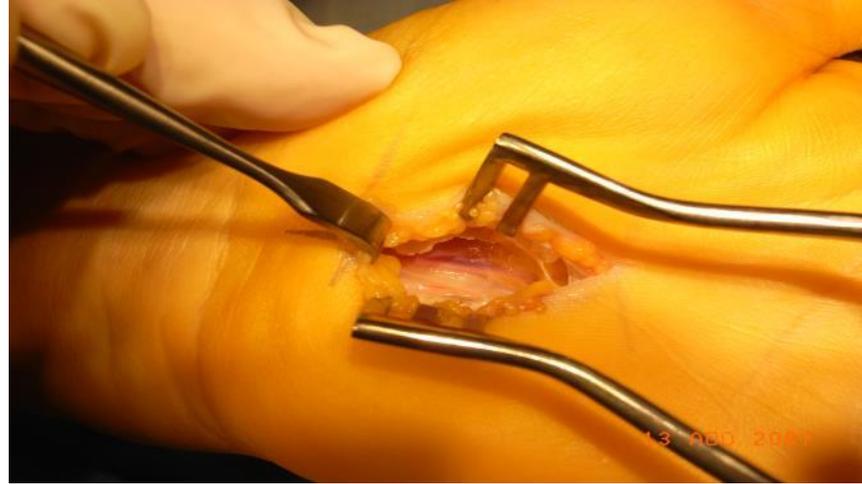
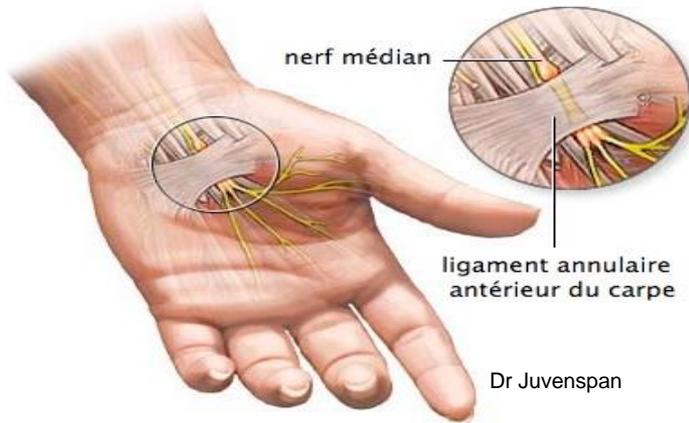


ASSH

- Acroparesthésies nocturnes insomniantes
- Hypoesthésie – dysesthésie dans le territoire du nerf médian
- Parésie-plégie/Hypomyotrophie-amyotrophie court abducteur du pouce et opposant (=thénariens externes)
- Tests provocatifs (Phalen, Tinel, Durkan)

# Tunnel carpien

## Chirurgie

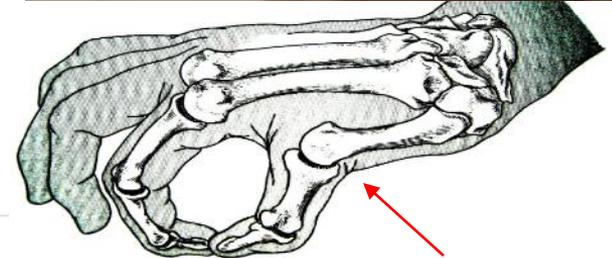
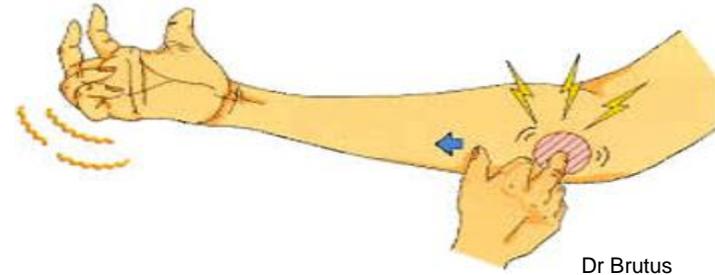


- Aponévrose palmaire superficielle
- Ligament annulaire antérieur du carpe =rétinaculum (retenir) des fléchisseur

# Tunnel cubital

## Clinique

Paresthésies auriculaire  
Perte de force,  
de dextérité, d'endurance de la main  
Signe de pseudo-Tinel  
dans la gouttière rétroépitrôchléenne  
(ou épitrôchleo-olécranienne)  
Signes  
Wartenberg  
Froment  
Jeanne



# Tunnel cubital Chirurgie

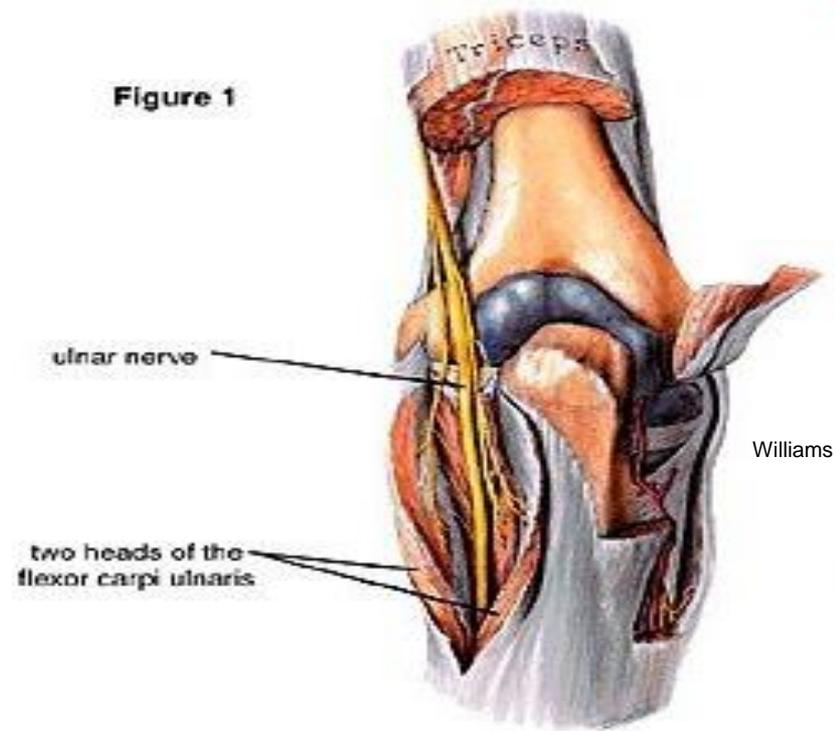
Neurolyse in situ

ouverte

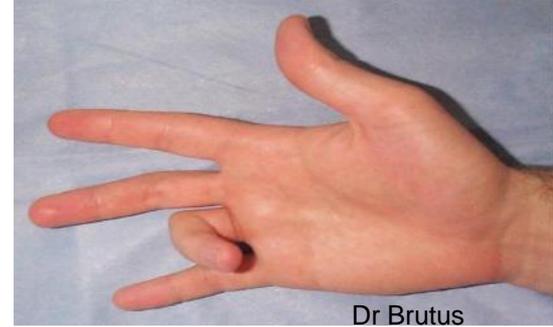
endoscopique

Transposition antérieure

Figure 1



# Doigt à ressaut Clinique



## Stades de Quinell:

- 0 Crépitation
- I Ressaut
- II Blocage correctible activement
- III Blocage correctible passivement
- IV Blocage définitif en flexion

palper crépitation sur A0, douleur sur A1

extension par un à-coup

l'extension se fait douloureusement d'un coup

le patient utilise sa main controlatérale

# Tendinite de De Quervain Clinique



Ales

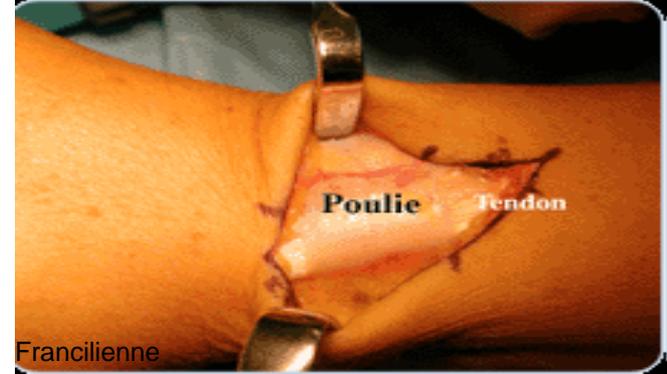
Téna!gie à la palpation de la première  
coulisse des extenseurs

Bord radial du poignet

Signe de Finkelstein

Étirement tendineux

# Tendinite de De Quervain Chirurgie



Protection de la branche superficielle du nerf radial

Fasciotomie longitudinale du toit de la 1<sup>ère</sup> coulisse des extenseurs, sur son bord dorsal

Recherche d'un septum séparant le tendon court extenseur du pouce (EPB)

# Kyste arthro- synovial dorsal Clinique



Francilienne

Douleur à l'extension ou flexion extrêmes  
(amplitudes douloureuses en fin de course);  
appui palmaire douloureux

Tuméfaction au dos du poignet

De volume variable

En regard de l'interligne scapho-lunaire

# Kyste arthro- synovial dorsal Chirurgie



Discision sous-cutanée

Les veines et nerfs sensitifs sont protégés

Dissection du pourtour du kyste

Ablation de la paroi du kyste  
et de son pied intra-articulaire

# Kyste arthro- synovial palmaire Clinique



Tuméfaction douloureuse dans la gouttière  
du pouls radial

# Kyste arthro- synovial palmaire Chirurgie



Incision cutanée

en chevron dans la gouttière du pouls

Dissection de l'artère radiale

De la paroi du kyste et de son pied articulaire (RC, STT, SL dorsal?)

Ablation du kyste

# Kyste ténosynovial

## Clinique

### Perle synoviale

fixée à la gaine des  
fléchisseurs

Aucun mouvement avec le  
glissement du tendon

=Mobile dans le plan  
superficiel et fixée dans le  
plan profond



# Maladie de Dupuytren Clinique



Nodules  
Brides

Tension de la bride à l'extension passive du doigt

Rétraction MP et IPP en flexion

Flexum actif

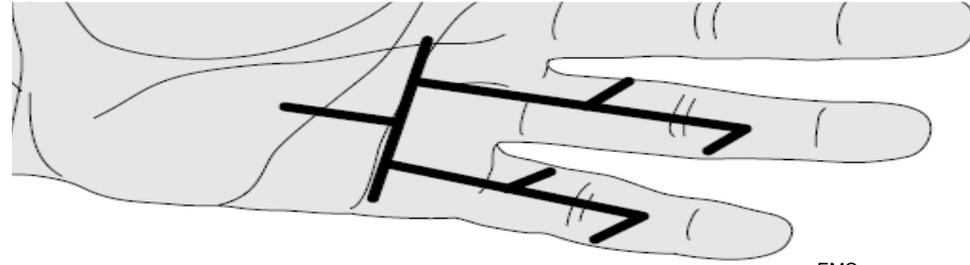
Flexum passif amélioré et aggravé

# Maladie de Dupuytren Chirurgie

Incision selon Bruner



Incision selon Skoog  
Avec ou sans plasties en Z



Technique paume ouverte de McCash

# Maladie de Dupuytren Chirurgie



Mise en évidence des brides sous-cutanées, puis des axes vasculo-nerveux

Fasciotomie

Fasciectomy

Jusqu'aux insertions osseuses ou sur la gaine

Ablation des septa de Legueu et Juvara

Arthrolyse palmaire

Si nécessaire après fasciectomy radicale

# Plaies dorsales Clinique

Flexum actif  
Zones



# Plaies dorsales Chirurgie

## Parage des berges

Débridement (corps étranger, débris)-  
rinçage

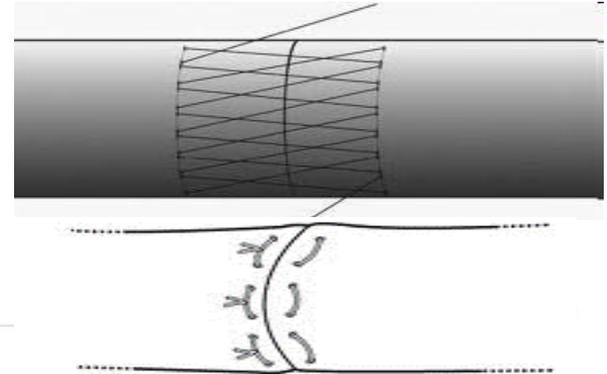
Exploration

## Rinçage arthrotomie traumatique

## Suture tendon extenseur

Silfverskiöld ou IHM

Point central en U, en cadre, Kessler  
modifié ou McLarney



# Plaies palmaires Clinique

Hypoesthésie

Déficit de flexion

douleur à la flexion contrariée

Fracture ouverte

Dévascularisation

Subamputation

Amputation

# Plaies

palmaires

Chirurgie

Suture tendon fléchisseur

Kessler modifié

Mclarney

Surjet épitendineux

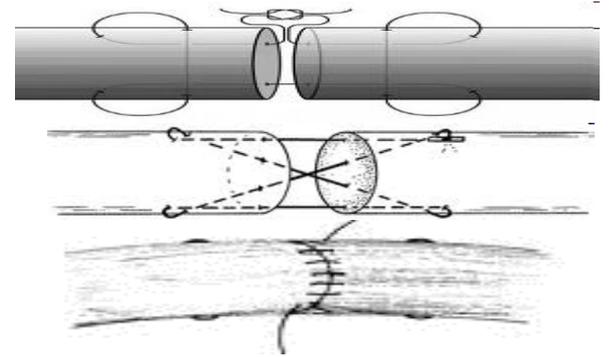
Microchirurgie

Réparation artère collatérale

Adventicectomie-rincage hépariné

Réparation nerf collatéral

Suture épineurale



# Fracture radius distal Clinique

Extra- vs intra-articulaire

Déplacé (vs in situ)

Bascule dorsale vs palmaire

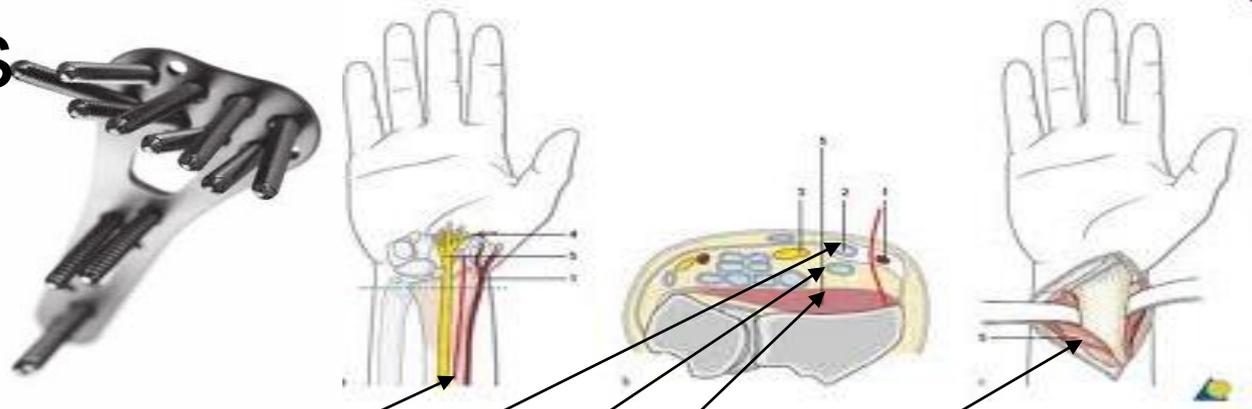
Translation dorsale, radiale

Tassement axial (variance ulnaire positive)

Escalier articulaire RC ou RUD



# Fracture radius distal Chirurgie



Plaque palmaire

Incision longitudinale à l'aplomb du tendon FCR

Les tendons FCR et FPL sont réclinés ulnairement

Le muscle carré pronateur est désinséré en L en radial et distal

Vis à stabilisation angulaire

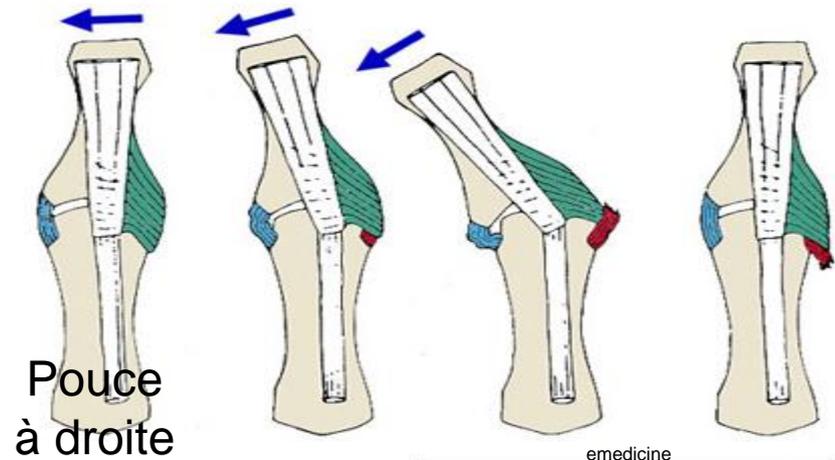


# Pouce du skieur Clinique



Articulation MP du pouce  
Instabilité en inclinaison radiale  
Laxité pathologique  
Pas d'arrêt sec = arrêt mou

# Pouce du skieur Chirurgie



## Lésion de Stener

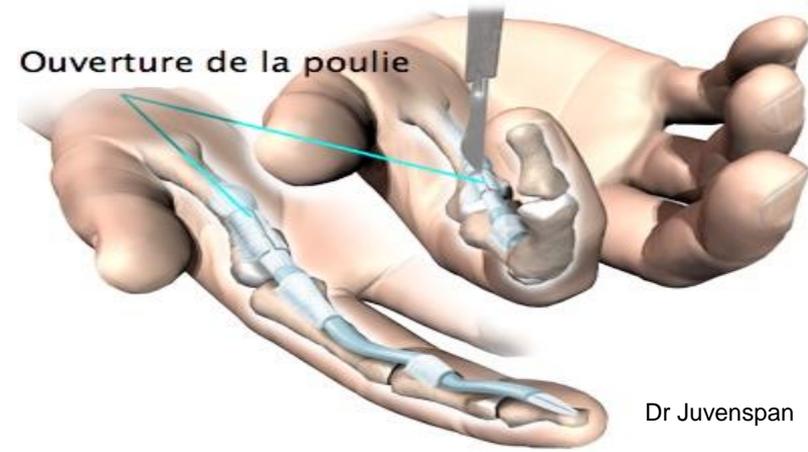
Expansion aponévrotique dorsale de l'adducteur

Désinsertion distale du ligament collatéral ulnaire

## Ancre mini-Mitek



# Doigt à ressaut Chirurgie



Discision sous-cutanée à minima

Section longitudinale des poulies A1 puis A0

Vérification du bon coulissement actif (sous mini AVR uniquement) et passif des tendons fléchisseurs; de l'absence de ressaut à la mobilisation passive complète

