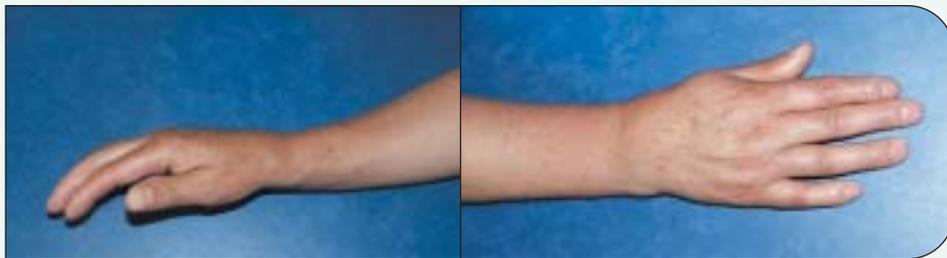


Bilan des fractures de Pouteau-Colles

David RIFKIN*, Thierry MARC**

* Kinésithérapeute

** Kinésithérapeute cadre de santé
Président (2000-2001) de la Société française de rééducation de la main (GEMMSOR)
Centre de rééducation spécialisée – 15, avenue du Pr Grasset – 34090 Montpellier



▲ Figures 1a et 1b

La fracture de Pouteau-Colles est la plus fréquente des fractures de l'extrémité inférieure du radius (53 % des cas). Elle se produit lors d'une chute sur la paume de la main. Le mécanisme lésionnel est l'hyperextension du poignet associée à une compression. Elle survient le plus souvent chez l'adulte et le sujet âgé.

Les signes cliniques de ce type de fracture sont les suivants :

- une impotence fonctionnelle ;
- la déformation en "main-bote radiale" : inclinaison radiale du poignet + translation postérieure du poignet par rapport à l'avant-bras (fig. 1a et 1b) ;
- la saillie de la tête du cubitus sous la peau au niveau du bord interne du poignet ;
- la saillie épiphysaire au niveau de la face postérieure de la partie inférieure de l'avant-bras donnant ainsi l'aspect caractéristique en "dos de fourchette".

Le traitement est variable en fonction de l'importance du déplacement et peut être orthopédique ou chirurgical (broches, plaque, fixateur externe).

Dans tous les cas, la rééducation débute au terme d'une période d'immobilisation de 6 semaines.

Bilan des déficits structurels

Le bilan des déficits structurels permettra de mettre en place un programme de rééducation adapté et de suivre l'évolution.

Bilan articulaire

Les mobilités articulaires passive et active du poignet sont mesurées pour les différents mouvements de flexion, extension, pronation et supination.

L'enraidissement se fait souvent en flexion alors que la position de fonction est de 20° d'extension et 5° d'inclinaison cubitale. Cette position est essentielle pour la bonne fonction de la main. Le déficit d'extension du poignet perturbe l'enroulement des chaînes digitales et est un facteur de déclenchement de l'algodystrophie.

Une évaluation de la mobilité des chaînes digitales et du pouce permettra de mettre en évidence un éventuel enraidissement.

Mesure de la force

La force des prises digito-palmaires est mesurée grâce à un dynamomètre (JAMAR) (fig. 2a et 2b), celle des prises pollici-digitales avec une jauge de contrainte adaptée au pinch.

Bilan de la douleur

On note les différentes caractéristiques de la douleur en précisant le mécanisme déclenchant, l'horaire et l'intensité. Les données concernant la douleur seront prises en compte lors de l'évaluation des déficits fonctionnels.



▲ Figures 2a et 2b

Bilan sensitif

Le syndrome du canal carpien est une complication fréquente. Le tableau clinique est composé de douleurs à recrudescence nocturne, de dysesthésies ou de douleurs irradiées dans le territoire du nerf médian. Il pourra être mis en évidence par le test de Phalen (apparition de dysesthésies lors de l'hyperflexion passive du poignet) ou par la présence d'un signe de Tinel à la percussion en regard du canal carpien. Il faudra alors examiner la sensibilité dans le territoire du nerf médian.

Bilan tendineux

Notamment du long extenseur du pouce qui peut se rompre par conflit avec le tubercule de Lister.

Devant une main rouge, chaude, douloureuse, présentant des troubles vasomoteurs et accompagnée d'une importante raideur des doigts, il faut immédiatement penser à une algodystrophie ou syndrome douloureux régional complexe de type 1 (SDRC 1) qui est la complication la plus sévère de ce type de fracture.

Un bilan régulier de la mobilité des chaînes digitales doit permettre de dépister un SDRC 1 sachant que le premier signe à apparaître est souvent une perte de quelques degrés de l'extension des articulations interphalangiennes proximales. Le traitement est alors essentiellement préventif (techniques antalgiques, information du patient).

Certains éléments relatés ou vécus par le patient peuvent aider au diagnostic du SDRC 1 :

- les patients évoquent facilement un phénomène d'angoisse autour de l'accident ou de l'opération ;
- une forte douleur lors du traumatisme ou de l'opération a déjà été éprouvée ;
- mais ce dont les patients se plaignent le plus c'est la dépendance. L'inactivité et le manque d'autonomie leur sont intolérables.

Afin de cibler le diagnostic et d'affiner le suivi de l'évolution en présence d'un SDRC 1, on pourra compléter les bilans précédemment effectués par le questionnaire de Mac Gill (tableau 1) qui renseignera sur le type de douleurs, et par la recherche de signes cliniques fréquemment retrouvés dans l'algodystrophie tels que l'apparition d'un pseudo-Dupuytren dans la paume de la main ou la présence d'allodynie (douleurs provoquées par un stimulus non nociceptif. Exemple : sensibilité anormale au froid).

Douleur palpitante (O/N)	
Douleur lancinante (O/N)	
Douleur poignardante (O/N)	
Tiraillements (O/N)	
Douleur continue (O/N)	
Douleur sensible (O/N)	
Douleur fatigante (O/N)	
Douleur pénible (O/N)	
Douleur crispante (O/N)	
Douleur agaçante (O/N)	

▲ **Tableau 1**
Questionnaire de Mac Gill

Bilan des déficits fonctionnels

Le bilan fonctionnel est réalisé grâce au patient-rated wrist/hand evaluation (PRWHE).

C'est un autoquestionnaire noté sur 100 en additionnant le résultat total obtenu dans le chapitre douleur et le résultat divisé par 2 du chapitre fonctionnalité. ■

Indexation Internet :

Bilan – Fracture – Poignet

n° 446
juillet 2004

KS

NOM : _____ **Prénom :** _____ **Date :** _____

Les questions suivantes vont nous aider à comprendre les problèmes que vous a posé votre poignet durant la semaine passée.

Vous devez décrire en moyenne vos symptômes durant la semaine passée sur une échelle de 0 à 10. Essayez de répondre à toutes les questions. Si vous n'avez pas effectué l'activité demandée durant la semaine passée, essayez d'estimer la douleur ou la difficulté que vous auriez rencontrée lors de sa réalisation. Si vous n'avez jamais réalisé une de ces tâches, ne répondez pas.

1. DOULEUR

Donnez une note à la douleur moyenne que vous avez ressentie durant la semaine passée en entourant le chiffre qui décrit le mieux cette douleur sur une échelle de 0 à 10. Un 0 signifie que vous n'avez pas eu mal et un 10 représente une douleur maximale, ou que vous n'avez pas pu réaliser l'activité à cause de cette douleur.

Au repos	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Exécuter une activité avec un mouvement répétitif du poignet	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Soulever un objet lourd	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Quand la douleur est à son maximum	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Quand avez-vous mal ?	0*	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10**

2. FONCTIONNALITÉ

A. ACTIVITÉS SPÉCIFIQUES

Donnez une note à la difficulté que vous avez éprouvée pour réaliser chacune des activités ci-dessous, durant la semaine passée, en entourant un chiffre sur une échelle de 0 à 10. Un 0 signifie que vous n'avez pas ressenti de difficulté et un 10 signifie que vous avez été incapable de réaliser cette tâche.

Tourner une poignée ronde de porte	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Couper la viande	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Attacher les boutons de chemise	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Utiliser la main pour se lever d'un fauteuil	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Porter un objet de 500 g	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Utiliser le gant de toilette	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

B. ACTIVITÉS QUOTIDIENNES

Donnez une note à la difficulté que vous avez éprouvée pour réaliser chacune des activités quotidiennes ci-dessous, durant la semaine passée, en entourant un chiffre sur une échelle de 0 à 10. Les activités quotidiennes représentent les activités que vous réalisiez avant votre lésion du poignet. Un 0 signifie que vous n'avez eu aucune difficulté et un 10 signifie que vous avez été incapable de réaliser cette tâche.

Hygiène (s'habiller, se laver...)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Travaux ménagers (nettoyage, rangement...)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Travail (activités professionnelles)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Loisirs	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

* Jamais ** Tout le temps