

FRACTURES DU SCAPHOÏDE CARPIEN

I/Généralité

- 75% (à 90 %) des fractures du carpe.
- Fractures du sujet jeune.
- Le nombre de fractures découvertes au stade de pseudarthrose reste trop important.
- Le manque de rigueur de l'examen clinique et du bilan radiologique est le principal responsable de cette méconnaissance diagnostic.

"Devant tout traumatisme fermé du poignet sans déformation évidente, on doit toujours présumer l'existence d'une fracture du scaphoïde jusqu'à preuve du contraire" (Watson Jones)

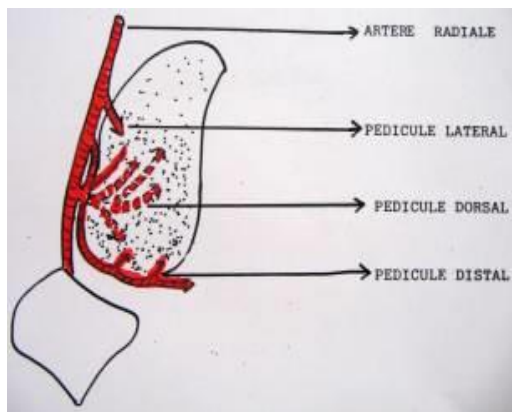
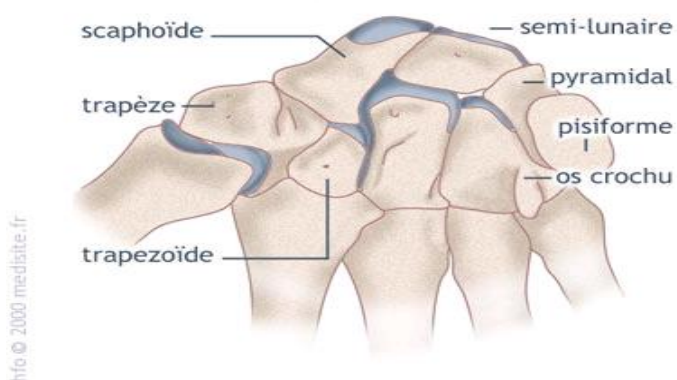
Ce sont des fractures articulaires dont le retentissement sur la mécanique du carpe est non négligeable d'autant qu'elles s'associent souvent à des dégâts ligamentaires étendus.

II/Anatomie et Vascularisation

Vx° terminale , pedicule principale est uniquement rétrograde type j Gelberman.

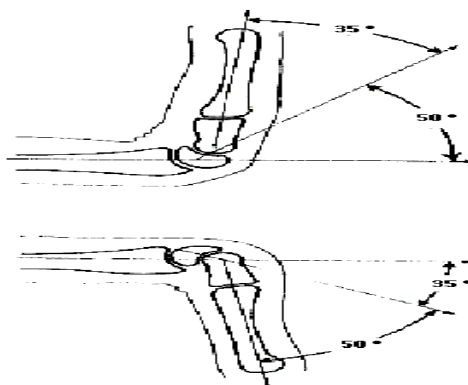
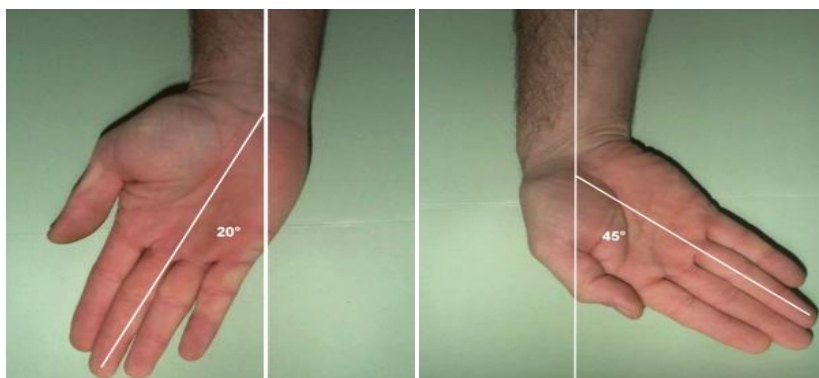
Embryo: scaphoïde apparait entre 5 - 6 ans .

os du carpe, vue palmaire



III/PHYSIOLOGIE

flexion extension inclinaison radiale inclinaison ulnaire circumduction et rotation



IV/ETIOLOGIES-MECANISMES :

Age : se voit surtout chez le sujet jeune, plus exposé aux traumatismes.

Sexe : prédominance masculine.

Mécanismes : la fracture du scaphoïde est provoquée soit par :

- un traumatisme indirect lors d'une chute sur la paume de la main, le poignet en extension et inclinaison radiale. Le siège de la fracture dépend du degré d'hyper extension et d'inclinaison du poignet.

- le mécanisme par choc direct est exceptionnellement.

Elle se rencontre aussi au cours de luxation trans-scapho-retro-lunaire du carpe.

V/Classification de SCHERNBERG :

Repose sur le siège et la direction du trait en rapport des repères anatomo-radiologique du scaphoïde carpien

Type I : les fractures polaires.

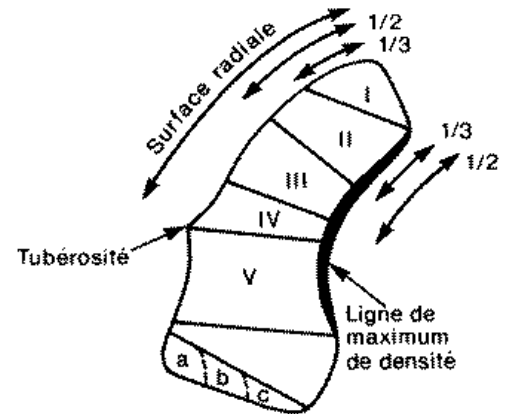
Type II : les fractures corporéales hautes.

Type III : les Fr corporéales basses.

Type IV : les Fr transtubérositaires.

Type V : les Fr du pied.

Type VI : les FR du tubercule distal (Fr parcellaire : a, b, c)



VI/DIAGNOSTIC CLINIQUE

INSPECTION Comblement de la tabatière

- 90% des cas, il s'agit d'un homme jeune, sportif ou manuel qui a fait une chute avec le poignet en hyper extension et qui consulte souvent avec 2 ou 3 jours de retard, la douleur initiale s'étant amendée.
- La douleur est localisée à la partie externe du poignet et la palpation de la styloïde radiale est indolore.
- Par contre, la mise en inclinaison ulnaire du poignet, scaphoïde réveille la douleur.
- Les douleurs créées par la pression et la mobilisation de la colonne du pouce sont présentes

Les pièges seraient :

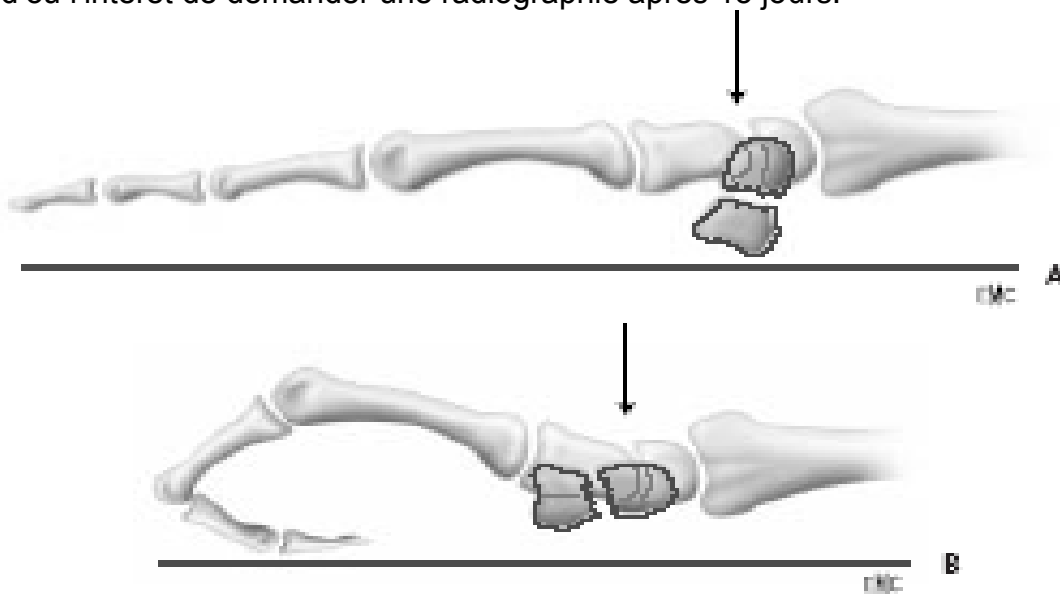
- De ne pas faire de radios
- De se contenter d'une radio de face et de profil
- De ne pas voir qu'une fracture du radius complète
- De ne pas voir une luxation du carpe associée
- ou de ne voir que la luxation.

VII/ETUDE RADIOLOGIQUE

- **Radiographie** : poignet face stricte et profil strict qui est souvent insuffisant.

- Incidences de schneck :

- Radiographie de face poing fermé, inclinaison ulnaire, avant bras en pronation 90°
- Radiographie de profil strict
- Radiographie de face poing fermé inclinaison ulnaire, avant bras en pronation 100-105° : ulna décollé de la plaque.
- Radiographie de face poing fermé, inclinaison ulnaire avant bras en pronation de 70-75° : radius décollé de la plaque
- Radiographie du poignet en agrandissement,
- Radiographie sous traction.
- Un examen scannographique
- Parfois le trait de fracture n'apparaît que 2 à 3 semaines après (à cause de la résorption péri fracturaire), d'où l'intérêt de demander une radiographie après 15 jours.



VIII/EVOLUTION-COMPLICATIONS :

La consolidation est obtenue de façon régulière en 6 à 8 semaines pouvant aller jusqu'à 12 semaines pour les fractures du pôle proximal

Bien traitée, la fracture du scaphoïde consolide en moyenne dans 3 mois

Cette évolution peut être greffée par 2 complications majeures :

- la pseudarthrose aseptique : la plus fréquente qu'elle soit d'origine vasculaire ou mécanique.
- la nécrose aseptique : intéresse le **fragment proximal** qui va apparaître dense. Ce fragment restera longtemps intact et ne se déformera que tardivement par écrasement.

Autres complications :

- les cals vicieuses.
- l'instabilité du carpe
- l'arthrose radio carpienne, soit stylo scaphoïdienne dans la majorité des cas, soit inter carpienne qui est un stade tardif de l'arthrose.

IX/ TRAITEMENT

a-Buts :

La fracture du scaphoïde est une fracture articulaire dont la Consolidation doit être obtenue dans les délais les plus brefs et sans déformation afin de garantir une mobilité normale et indolore.

b-TRAITEMENT ORTHOPEDIQUE

- L'immobilisation est assurée par un plâtre anti brachial prenant la colonne du pouce en opposition jusqu'à la première phalange.
- VERDAN : immobiliser la prono-supination qui entraînerait une mobilisation du foyer de fracture par un plâtre en BABP.(brachio-anté-brachio-palmaire)→



c- Chirurgie à ciel ouvert

- Consiste en une ostéosynthèse le plus souvent par un vis(HERBERT).
- Abord antérieur ou un Abord postérieur

vissage a ciel ouvert / percutané .. etc

d- INDICATIONS

- Les fractures non déplacées peuvent être traitées orthopédiquement.
- Fractures déplacées ou associées a une atteinte des os du carpe (luxation trans-scaphoretrolunaire) ,le traitement est strictement chirurgicale.

X/ CONCLUSION

Les fractures du scaphoïde sont des fractures du sujet jeune. 90% consolident avec un traitement orthopédique bien codifié, mais elles peuvent être la source de complications tardives : nécrose, à plus ou moins terme : pseudarthrose, instabilité carpienne et de façon inéluctable, arthrose du poignet entraînant un retentissement socioprofessionnel non négligeable.

"Devant tout traumatisme fermé du poignet sans déformation évidente, on doit toujours présumer l'existence d'une fracture du scaphoïde jusqu'à preuve du contraire" (Watson Jones)