

Les plaies de la main

Introduction :

Les plaies et traumatismes de la main sont très fréquents: 1 500 000 par an en France.

Anatomie complexe et importance fonctionnelle évidente.

Le diagnostic initial est difficile mais fondamental pour une bonne prise en charge.

Interrogatoire :

- Blessé: âge, tares (maladies métaboliques), coté dominant , profession, tabagisme, loisirs.
- Accident: noter heure +++ car il faut respecter les délais !!!
- Position de la main lors de l'accident
- Agent vulnérant
 - Plaies nettes: verre, arme blanche
 - Plaies contuses: écrasement, machines
 - Avulsions = amputation

Inspection :

- Plaie franche: verre lame arête métallique (faussement rassurantes parfois)
- Déchiquetée avec contusion: toupie, scie circulaire, tondeuse, balistiques, explosifs
- Écrasement: presse, essoreuses, tapis roulants
- Brûlure associée: presse chauffante
- Inclusions éventuelles : Septique (tellurique, morsure) , corps étrangers, peintures, huile ...



Examen de la main :

Vascularisation :

Les artères radiales et ulnaires vascularisent la main en formant le réseau palmaire superficiel et profond.

Au niveau des doigts → 2 artères digitales palmaires très proches de nerfs et très anastomotiques.

- Coloration des extrémités digitales

Normalement rouge mais peut devenir blanche ou bleue si problème veineux.

- Pouls capillaire ++
- Galbe pulpaire
- Chaleur cutanée



Tendons extenseurs :



Une atteinte de ces tendons provoque un doigt plié en aspect de maillet.

Test de l'extenseur commun : on peut voir un défaut de l'hyper extension métacarpo phalangienne.

Test de l'extenseur propre : faire relever chaque doigt séparément.

Tendons fléchisseurs :

Chaque doigt en possède 2 :

→ un superficiel (inséré sur P2, fléchit l'IPP)

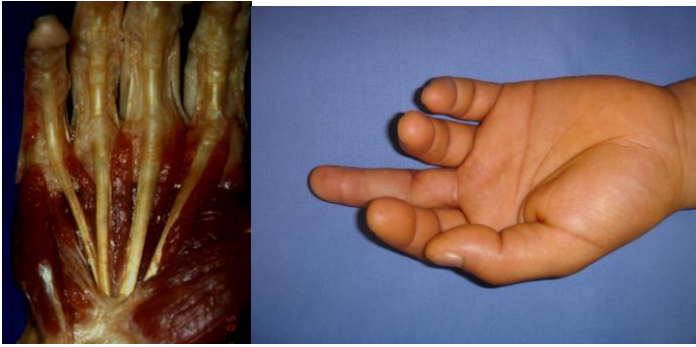
→ un profond (inséré sur P3, fléchit l'IPD)

Le pouce ne possède qu'un seul fléchisseur : Long fléchisseur du pouce (inséré sur P2, plie l'IP)

Si le superficiel est coupé mais que le profond est intact on a quand même la flexion.

Faire la manœuvre de Verdand

- Muscles intrinsèques



Examen neurologique :

- Testing moteur

→ Médian: opposition du pouce, fléchisseurs (plaies hautes)

→ Radial: extension poignet et doigts « NERF DU STOP » (plaie haute)

→ Ulnaire: écartement, rapprochement des doigt

Pour s'en souvenir: « **Pierre , feuille , ciseaux** »

- Sensibilité surtout sur les pulpes digitales

Pièges de l'examen clinique :

- Section tendineuse à testing normal :

→ Section partielle

→ Section totale : 2 tendons extenseurs de l'index ou du 5^e doigt
Juncta tendinosum

- Section nerveuse :

→ Section partielle

→ Section totale : anastomose nerveuse médio-cubitale

Exploration :

A réaliser si on ne trouve pas d'anomalies au testing.

Plaies franches

Installation

Garrot

Anesthésie locale

Formes cliniques :

Plaies dorsales :

La peau dorsale de la main est très fine et élastique avec peu de graisse car on doit avoir un étirement.

Au niveau du pouce on peut avoir une ouverture articulaire.

On observe surtout une perte de substance.



Plaies palmaires :

Peau épaisse et fixée avec des plis + aponévroses palmaires moyenne reliée à la peau

Dermatoglyphes

Fléchisseurs

Pédicules vasculo-nerveux



Fractures ouvertes



Amputations

Recherche d'une exposition osseuse

Radio, palpation

Si exposition: SOS main

Sinon, cicatrisation dirigée

Utilisation de glace pour avoir + de temps avant de tenter une greffe du morceau amputé (6 heures)



Morsures

- Risque mécanique: attrition tissulaire (Pénétration profonde)

- Risque bactériologique majeur:

→ Flore mixte aérobie et anaérobie

→ Pasteurelles (chien, chat)

Injections sous pression

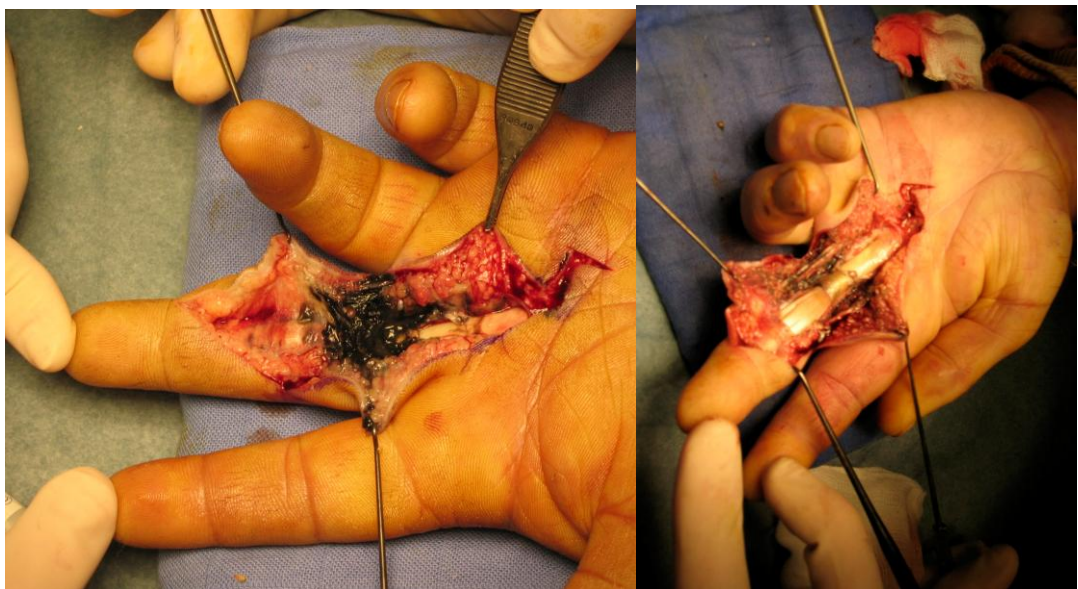
Peintures, huiles, plastiques, résine, sable.

Extrême urgence +++ (diffusion du produit avec infection, nécrose et ischémie)

Effet mécanique: compression

Effet chimique: irritant

Surinfection



Injections intra-artérielles

- Toxicomane IV
- Injection de Stilnox pillé: rare mais gravité extrême
- Rechercher complications associées :
 - Ischémie aigue
 - Dermohypodermite bactérienne aigue et abcès
 - Syndrome des loges



Syndrome des loges

- Main oedématisée, hyperalgique, impotence (aponévroses inextensibles)
- Rechercher la cause : Ischémique, Compression prolongée des états comateux (toxicomane, intoxication OH), Infection, Injection à haute pression (la compression aboutit à la destruction des muscles)
- Urgence chirurgicale immédiate : aponévrotomie de décharge +++

Niveaux d'urgence :

Urgences immédiates	Urgences relatives
Amputation/Ischémie aigue	Plaies
Fracture ouverte	Infection non collectée
Plaies hautement contaminées	Section tendon
Syndrome des loges	Perte de substance cutanée
Injection à haute pression	
Injection intra-artérielle de comprimés pillés	