

FUTURO

LE POIGNET

En bref

Le poignet est certainement l'articulation la plus cruciale, dans la vie de tous les jours comme au travail.

Elle subit des tensions non seulement dans le cadre du travail de bureau, mais aussi au cours des activités sportives ; elle est donc très exposée aux lésions.

Cette rubrique vise à décrire les pathologies et les blessures les plus caractéristiques. Notre objectif est de vous aider à vous familiariser avec les principales définitions anatomiques associées à cette articulation afin de vous donner quelques bases, que vous puissiez par exemple utiliser lors d'une conversation approfondie avec votre médecin.

Sommaire

1. INTRODUCTION	1
2. ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE	2
3. FRACTURE DE L'EXTREMITÉ DISTALE DU RADIUS	2
4. FRACTURE DU SCAPHOÏDE (OU OS NAVICULAIRE CARPIEN)	3
5. OSTEOARTHRITE DE L'ARTICULATION DE LA MAIN	3
6. SYNDROME DU CANAL CARPIEN (SCC)	3
7. TENOSYNOVITE	4
8. COMMENT FONCTIONNENT LES ORTHESES DU POIGNET FUTURO™ ?	5

1. Introduction

Plus qu'aucune autre partie du corps, la main et le poignet jouent un rôle crucial en matière de mouvements précis. Ils prêtent concrètement « main forte » en toutes circonstances, même pour les tâches manuelles les plus simples.

C'est pourquoi nos mains et nos poignets sont exposés à des risques importants de blessures, lorsqu'on tombe en gardant le bras tendu, par exemple. Trop sollicitées par des activités quotidiennes ou sportives, ces articulations finissent par subir une usure douloureuse au fil du temps.

Au niveau de la main et du poignet, de nombreux tendons, nerfs et vaisseaux sanguins sont regroupés au sein d'espaces très limités, de sorte que la moindre altération ou blessure est susceptible de restreindre la liberté de mouvement du patient.

FUTURO

Les modifications dues à l'ostéoarthrite sont le résultat de dommages touchant le cartilage et du mauvais positionnement individuel de certains os les uns par rapport aux autres, généralement à la suite de fractures. Très courante, la fracture de l'extrémité distale du radius figure en tête de cette catégorie (elle survient généralement lorsque le sujet chute avec le bras tendu – souvent sur une plaque de verglas).

2. Anatomie et physiologie

Le poignet est constitué de deux zones de connexion : d'un côté, il est relié aux deux os de l'avant-bras, le radius et le cubitus (ou ulna). De l'autre côté, il est relié aux cinq doigts de la main. La jonction articulaire est rendue possible grâce aux huit os du poignet ou os carpiens, eux-mêmes reliés entre eux et maintenus par un réseau serré de ligaments capsulaires. Toutes les surfaces de contact de ces os carpiens sont recouvertes d'une couche de cartilage.

Tel qu'il est conçu, le poignet permet d'effectuer avec la main des mouvements de flexion (vers le bas), d'extension (vers le haut) et des mouvements latéraux.

3. Fracture de l'extrémité distale du radius

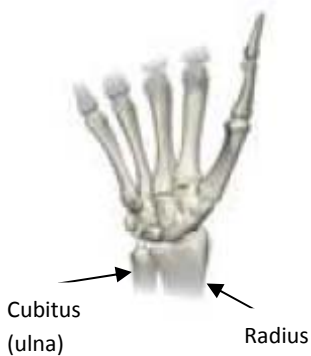
Ce type de fracture est généralement dû à une chute sur l'avant-bras ou sur le poignet ; chute au cours de laquelle les forces sont transférées des os carpiens (et plus particulièrement du scaphoïde) à l'extrémité distale du radius, ce qui provoque la fracture.

Une douleur persistante et un poignet clairement déboîté sont des symptômes typiques de la fracture de l'extrémité distale du radius.

L'impossibilité de remettre l'articulation en place suggère en elle-même une fracture du radius. La personne blessée ressent une douleur au niveau du radius et à l'endroit où celui-ci est relié au poignet. Une fracture déplacée du radius révèle souvent un poignet clairement déboîté. Les radios sont là pour confirmer le diagnostic.

Si la douleur persiste à cet endroit précis, mais qu'aucune fracture du radius n'est constatée, il peut s'agir d'une fracture du scaphoïde. Les autres os carpiens peuvent également être touchés, un diagnostic à côté duquel on peut facilement passer faute d'un examen approfondi.

En cas de fracture isolée et non déplacée du radius, on applique un moyen de contention (résine) qui couvre tout l'avant-bras et reste en place environ quatre semaines. Cependant, si la fracture est déplacée, elle doit préalablement être réduite. La plupart du temps, cela se fait sans ouvrir. Autrement dit, la fracture est réduite sous anesthésie et, si nécessaire, l'os est maintenu à l'aide de fils métalliques passés à travers les tissus et dans le radius. Ensuite, une résine est posée sur l'avant-bras. Parfois, il est nécessaire d'implanter une petite plaque.



1. Cause(s)

2. Aspects cliniques/ Symptômes/Diagnostic

3. Traitement de base

FUTURO

4. Fracture du scaphoïde (ou os naviculaire carpien)

1. Cause(s)

Là aussi, cette fracture courante est due à une chute sur l'avant-bras ou le poignet. Les forces sont transférées au scaphoïde (ou os naviculaire carpien) situé dans le poignet.

Les radios du poignet (prises sous différents angles) permettent de confirmer le diagnostic de fracture du scaphoïde.

2. Aspects cliniques/ Symptômes/Diagnostic

La personne blessée ressent une douleur au poignet (du côté du radius) qui peut enfler légèrement. Si les radios de routine pratiquées permettent d'exclure une fracture du radius (voir ci-dessus), il est recommandé de réaliser des radios du poignet sous différents angles (séries naviculaires), qui permettront de confirmer ou d'exclure le diagnostic. Si la fracture n'est pas décelée, les os ne se ressouderont pas correctement et il sera nécessaire de pratiquer une intervention chirurgicale qui aurait pu être évitée. Un examen des os par IRM ou scanner peut être nécessaire pour établir le diagnostic.

3. Traitement de base

Les fractures récentes du scaphoïde doivent faire l'objet d'un traitement conservatoire (c'est-à-dire port d'une résine pendant environ 12 semaines). Par la suite, il est impératif de suivre des séances de physiothérapie intensive pour aider à remobiliser le poignet.

5. Ostéoarthrite de l'articulation de la main

1. Cause(s)

Usage excessif et tensions, fracture du radius, dislocation et mauvaise position des os du carpe peuvent endommager le cartilage articulaire.

2. Aspects cliniques/ Symptômes/Diagnostic

La douleur au niveau du poignet est souvent diffuse et non localisée. Le poignet est parfois enflé. La radiographie révèle souvent des cavités articulaires rétrécies dans la zone touchée.

3. Traitement de base

À un stade précoce, le traitement conservatoire est indiqué. Le repos et l'immobilisation constituent le traitement initial de choix. Les anti-inflammatoires permettent également d'atténuer ou de soulager la douleur. À ce stade, les orthèses qui couvrent le poignet et limitent quelque peu l'étendue des mouvements, ou permettent d'éviter les mouvements amples du poignet, constituent un élément essentiel du traitement. Si ces mesures ne font plus effet, divers traitements ou interventions chirurgicales de la main sont recommandés.

6. Syndrome du canal carpien (SCC)

1. Cause(s)

Le canal carpien est constitué des os du carpe, situés du côté des extenseurs du poignet, et du ligament carpien, un ligament serré et très résistant situé du côté des fléchisseurs du poignet. C'est par ce tunnel que passent divers tendons fléchisseurs ainsi que le nerf médian qui transmet les sensations aux doigts.

FUTURO

Un rétrécissement du canal carpien provoque des douleurs dans la main et des fourmillements ou une paresthésie au niveau des doigts. La plupart du temps, ce problème est d'origine génétique. Un gonflement qui se produit dans le tunnel, en raison de maladies de type rhumatismal, d'hématomes ou d'une grossesse, peut également endommager le nerf.

Une ample flexion du poignet peut déclencher la sensation typique de fourmillements.

2. Aspects cliniques/ Symptômes/Diagnostic

Caractéristique et localisée au niveau des doigts, la paresthésie douloureuse (fourmillements, chatouillis, chair de poule) survient surtout la nuit. Secouer ou se frotter la main procure un certain soulagement. La zone du canal carpien située du côté des fléchisseurs du poignet est sensible ; une ample flexion du poignet peut déclencher la sensation typique de fourmillements. Les radiographies peuvent permettre d'exclure un rétrécissement dû à des modifications d'origine osseuse. Un examen neurologique doit être effectué afin de confirmer que les symptômes ne sont pas d'origine cervicale. L'électromyogramme (EMG) est le meilleur moyen de poser le diagnostic.

3. Traitement de base

Une attelle destinée à immobiliser le poignet et la main peut soulager la douleur. Cette solution est particulièrement recommandée pour les femmes enceintes car les symptômes disparaissent généralement d'eux-mêmes après l'accouchement.

Sinon, l'intervention chirurgicale est recommandée afin d'inciser le ligament transversal. Dans la plupart des cas, le patient cesse immédiatement de souffrir.

7. Ténosynovite

1. Cause(s)

Un usage excessif, un traumatisme dû à un coup appuyé (coup de poing) ou des modifications dues aux rhumatismes inflammatoires peuvent faire enfler la gaine qui entoure le tendon de toutes parts. Bien souvent, la ténosynovite touche les tendons (extenseurs) qui permettent de tendre les doigts (pouce compris). Ces tendons sont situés sur le dessus (face dorsale) de la main.

2. Aspects cliniques/ Symptômes/Diagnostic

La douleur est localisée sur la face dorsale de la main ou du poignet lorsque les doigts sont tendus. Les portions atteintes de la gaine du tendon sont sensibles et on peut parfois avoir l'impression de sentir un frottement des tendons.

Les ultrasons et les ondes de choc ainsi que les orthèses et les antalgiques peuvent également soulager les symptômes.

FUTURO

3. Traitement de base

Immobilisez l'articulation et appliquez-y de la glace si nécessaire ; surtout, ne la mobilisez pas trop. Les anti-inflammatoires peuvent rapidement soulager la douleur. Les ultrasons et les ondes de choc peuvent aussi donner de bons résultats. Il est recommandé de porter des orthèses exerçant une légère pression et stabilisant le poignet entier. Si ces mesures s'avèrent inefficaces, l'intervention chirurgicale, destinée à inciser ou supprimer la gaine enflammée et rétrécie du tendon, deviendra inévitable. De même, les injections peuvent souvent s'avérer bénéfiques.

8. Comment fonctionnent les orthèses du poignet FUTURO™ ?

Grâce à des matériaux dotés d'une élasticité exceptionnelle qui leur permet de s'adapter à l'anatomie du patient, les orthèses du poignet FUTURO épousent parfaitement les formes anatomiques. Elles exercent une légère pression sur les zones douloureuses de l'articulation et produisent de la chaleur.

La gamme FUTURO comprend deux types d'orthèses du poignet :

1. Des orthèses dotées d'attaches ou sous la forme d'attelle (côté fléchisseurs) couvrant l'ensemble de l'articulation pour l'immobiliser ou éviter les mouvements trop prononcés. Ces orthèses sont indiquées dans le cadre du traitement de tous les types de douleurs dues à l'ostéoarthrite ou à d'autres pathologies.
2. Des bandages élastiques permettant d'envelopper entièrement le poignet (avec compression ajustable) et soutenant l'articulation sans restreindre les mouvements. Ces bandages sont souvent portés par les joueurs de tennis ou les personnes pratiquant d'autres sports de ballon/raquettes, à titre préventif. Ne posez pas une orthèse FUTURO sur une articulation récemment endommagée tant qu'un médecin ne l'a pas examinée.



Mis au point en collaboration
avec un groupe de médecins
spécialisés et de kinésithérapeutes.