

FRACTURE DU SCAPHOÏDE TRAITÉE ORTHOPÉDIQUEMENT

Alain BERTHE – 20 Rue de Jussieu – 06000 NICE.

Particularités de la rééducation :



Rééducation sans difficulté notoire, éviter les torsions qui réalisent une bascule du scaphoïde et respecter une progression de mise en charge après la libération de l'immobilisation. Mobilisations actives sans résistance, progression.

Immobilisation

Immobilisation: 3 mois, poignet en rectitude dans le plan frontal et sagittal, plâtre remontant haut sur l'avant-bras, (si orthèse d'immobilisation ne pas l'enlever, (rembourrage, confort).

Pour certains auteurs, libération de la MP et de P1 du pouce, pour d'autres auteurs prise du coude 4 semaines puis encore 2 semaines sans prise du coude dans les cas de douleurs lors de la rotation axiale.

Phase 1 : J0 à J90 Phase de contention

Période de surveillance du plâtre, mobilisations extrémités, coude, épaule.

Phase 2 : De J90 à J120 (en fonction de la consolidation)

Mobilisations actives sans aucune résistance, retrouver l'effet de synergie : extension du poignet et flexion des doigts

Travail actif des doigts, début initiation pince pouce – doigts

A NE PAS FAIRE:

Des mouvements de torsion du carpe par rapport à l'avant-bras.

Ne pas faire prendre des appuis sur le talon de la main réalisant le mécanisme de la fracture (extension et inclinaison radiale)



Ne pas forcer sur l'extension du poignet et la mise en inclinaison radiale qui demande une rotation du scaphoïde sur son axe

Phase 3 : Au delà de 120 jours (en fonction de la consolidation)

Récupération des amplitudes par des mobilisations passives globales et analytiques.

→ Travail contre résistance en isométrique du poignet : insister sur le travail en inclinaison ulnaire et extension (entraînement ECU) par des haltères en progression.

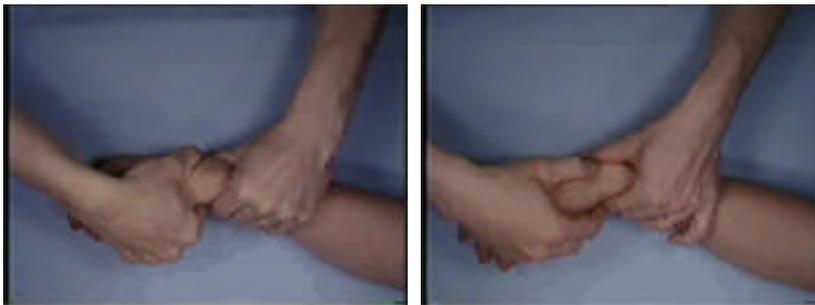
→ Travail actif contre résistances des doigts (musclets, pâte à malaxer)

→ Travail proprioceptif par des appuis contrariés (plateau instable), par des prises contrariées par le thérapeute, entraînement par le ruban élastique.



Eviter les appuis intempestifs (pompes, poussées intenses, porters charges lourdes).

En cas de raideur articulaire, on peut s'aider de mobilisations intra carpiennes : translations horizontales, en torsion, mobilisations analytiques scaphoïde.



S'aider de la physiothérapie : ultrasons, ionisations si état douloureux (anti inflammatoires, applications de froid en fin de séance (pack ou cryothérapie).

SURVEILLANCE

- **Douleurs en regard de la tabatière anatomique**
- **Tendinopathies au carrefour tabatière anatomique** (long extenseur pouce, long abducteur) :
 - port d'une orthèse de repos nocturne,
 - application de physiothérapie (froid, US, ionisations ..)
- **Douleurs en torsion axiale et pronosupination**
 - adapter les prises,
 - s'aider d'orthèses de stabilisation passives ou d'orthèses souples pour la reprise des mouvements de force (travail, sport ..).