

Contexte et justification : Les fractures du radius distal sont fréquentes et résultent de traumatismes à haute ou à basse énergie. L'objectif du traitement est d'optimiser la récupération fonctionnelle plutôt que d'obtenir des paramètres radiologiques spécifiques. En exerçant leur jugement, les travailleurs de la santé doivent tenir compte des besoins, des préférences, des préoccupations et des valeurs de leurs patients.

Inclusions : Les patients matures sur le plan squelettique avec des fractures du radius distal, y compris les fractures de fragilité. **Exclusions :** Les patients ayant des fractures ouvertes, des fractures pathologiques et des fractures multiples.

Normes de soins

1. Le mécanisme de la lésion, y compris la dominance de la main et la profession, les résultats cliniques, l'intégrité cutanée, l'évaluation de la circulation, l'intégrité des nerfs et les comorbidités susceptibles d'influencer le choix du traitement doivent être évalués et consignés dans le dossier du patient.
2. L'évaluation radiographique du poignet doit comprendre des clichés AP et latéraux centrés sur le radius distal.
3. Des analgésiques doivent être proposés et une attelle temporaire doit être mise en place, si nécessaire.
4. Les patients et les soignants doivent être informés sur la récupération fonctionnelle attendue, les complications possibles et la rééducation autonome, y compris des conseils pour reprendre les activités antérieures à la blessure. Ces informations doivent être transmises dans la langue du patient et/ou sous forme d'images et doivent être disponibles sous formes imprimée et numérique.
5. Pour les fractures de fragilité et chez les patients de plus de 65 ans, l'immobilisation non opératoire est considérée comme le traitement principal des fractures déplaçées du radius distal postérieur, à moins qu'il n'y ait une déformation clinique importante et/ou une atteinte neurologique.
6. Lors de l'utilisation d'une attelle ou d'un plâtre sous le coude, le poignet doit être en flexion neutre avec un plâtre à 3 points utilisée pour maintenir la fracture et non en flexion palmaire extrême. L'objectif est de retirer le plâtre et de commencer la mobilisation dans les 4 semaines suivant la blessure.
7. Pour les blessures à haute énergie (généralement chez les jeunes), tenir compte de la rupture de l'articulation radio-ulnaire distale, des traits intra-articulaires et des besoins du patient pour évaluer s'il peut bénéficier d'une intervention chirurgicale.
8. Si une réduction fermée est indiquée, elle doit être effectuée avec un blocage de l'hématome par un praticien qualifié et formé.
9. Si une intervention chirurgicale est décidée, elle doit être effectuée dans les 7 jours suivant la présentation du patient à l'institution.
10. Les patients se présentant plus de 2 semaines après leur blessure doivent être considérés pour une prise en charge non chirurgicale et un parcours de soins individualisé doit être établi.
11. **La liste de contrôle de la sécurité chirurgicale de l'OMS** doit être remplie et une dose unique d'antibiotiques prophylactiques doit être administrée au début de l'intervention chirurgicale.
12. Les fractures palmaires déplaçées sont instables. Une réduction ouverte et une fixation par plaque doivent être envisagées.
13. Lorsque la fixation chirurgicale est indiquée pour les fractures du radius distal à déplacement dorsal, proposer une fixation par broches de K avec fluoroscopie peropératoire, si la dislocation radiocarpienne peut être réduite de manière satisfaisante par une manipulation fermée. Si ce n'est pas le cas, envisager une réduction ouverte et une fixation interne.
14. Un suivi à 2 semaines est nécessaire pour les patients ayant subi une réduction ouverte et une fixation interne. Les broches de K doivent être retirées après 4 semaines. Le suivi ultérieur doit suivre les directives locales et garantir une cicatrisation sûre.
15. Les radiographies du poignet au moment du retrait du plâtre ne sont pas nécessaires, à moins qu'il n'y ait des raisons cliniques de s'inquiéter.
16. Les patients doivent pouvoir bénéficier de conseils et d'un suivi auprès de l'hôpital traitant s'ils ont des inquiétudes ou si des complications sont signalées.
17. Les femmes ménopausées et celles qui présentent des fractures de fragilité doivent faire l'objet d'une évaluation plurifactorielle du risque de chute, d'une évaluation nutritionnelle, d'un examen de la santé osseuse, et des médicaments appropriés doivent être prescrits, si nécessaire.
18. Tous les cas doivent faire l'objet d'un audit au regard des normes susmentionnées et les complications doivent être signalées. L'audit doit être présent lors de la réunion du service. Cet audit doit être trimestriel, puis annuel une fois mis en place.