

T. Dubert

© Springer-Verlag 2009

Ce numéro consacré au poignet traumatique est une mise au point bienvenue, car c'est un des domaines de la traumatologie qui évolue le plus vite ces derniers temps. Les chapitres qui suivent permettront de comprendre les démarches diagnostiques, de choisir les examens complémentaires, de poser les indications thérapeutiques et d'informer les patients du pronostic des lésions.

Je remercie les experts qui ont accepté de participer à ce numéro et qui ont fait un travail considérable et très didactique pour expliquer les nouveautés propres à chacun de ces chapitres.

Sur le plan épidémiologique, on insiste actuellement sur la fréquence des lésions ligamentaires associées aux fractures distales du radius. Ces lésions – généralement méconnues – seraient même pratiquement constantes dans les fractures articulaires.

L'imagerie nous apprend maintenant presque tout sur les structures anatomiques à condition de prescrire les bons examens et de les comparer au côté sain. L'arthroscanner est l'examen le plus performant pour observer les lésions osseuses et ligamentaires.

En ce qui concerne les fractures métaphysaires distales du radius, de plus en plus de chirurgiens préfèrent utiliser des plaques plutôt que des broches si la comminution est importante. Pour les fractures articulaires, la restitution de l'anatomie articulaire peut maintenant bénéficier d'un contrôle radiographique et arthroscopique per-opératoire.

Les lésions radio-ulnaires distales peuvent être isolées ou associées. Souvent méconnues, elles apparaissent maintenant comme un des éléments clés du résultat fonctionnel final.

Les fractures du scaphoïde ne devraient plus être négligées initialement, grâce au scanner qui est facile à réaliser, même en urgence. Les progrès de l'ostéosynthèse doivent maintenant faire discuter les avantages et inconvénients du vissage à foyer fermé sous contrôle radiographique (et éventuellement arthroscopique), même en cas de fracture non déplacée.

Les lésions ligamentaires sont un des sujets les plus délicats de ce recueil. Il faut suivre une démarche diagnostique et thérapeutique précise, car il ne suffit pas de savoir qu'un ligament est rompu. La taille de la rupture, son siège exact, son ancienneté, les associations lésionnelles sont autant de facteurs qu'il faut connaître avant de porter une indication thérapeutique.

T. Dubert (✉)
Clinique La Francilienne, 16, avenue de l'Hôtel-de-Ville,
F-77340 Pontault-Combault, France
e-mail : thierydubert@gmail.com