Cours de Soins en traumatologie

Aides soignants de santé publique

Volume horaire : 15 H
Semestre 03
Coefficient : 01
Objectif général : au terme de cet enseignement l'apprenant doit être capable de participer à la prise en charge d'un malade traumatisé

Sommaire

CHAPITRE I GÉNÉRALITÉS SUR LES LÉSIONS TRAUMATIQUES 3

I LES ENTORSES 4

II. LES LUXATIONS 5

III. LES FRACTURES 6

CHAPITRE II LES SOINS 11

I. SURVEILLANCE D'UN MALADE PORTEUR D'UN PLÂTRE 12

II. EXTENSION CONTINUE 15

II. BANDAGE DE CONTENTION 17

IV. ATTELLE PLÂTRÉE 19

BIBLIOGRAPHIE 21

CHAPITRE I

GÉNÉRALITÉS SUR LES LÉSIONS TRAUMATIQUES

- LES ENTORSES
- LES LUXATIONS
- LES FRACTURES

I LES ENTORSES

Définition :

Lésion des ligaments d'une articulation sans déplacement des surfaces articulaires.

Les entorses sont dues à un mouvement brutal de l'articulation lui faisant dépasser ses amplitudes normales.

Classification :

On distingue :

Les entorses bénignes (foulures) : correspondent à une distension violente des ligaments articulaires, mais sans rupture vraie ni arrachement de ceux-ci.

Les entorses graves : sont caractérisées par une déchirure ou un arrachement ligamentaire entraînant des mouvements anormalement amples au niveau de l'articulation.

Facteurs favorisants :

- La pratique de certains sports (tennis, football, basket)
- la fatigue et le surentraînement.

Clinique :

À l'examen clinique

- Douleur sur le trajet ligamentaire (ligaments latéraux de genou)
- Tuméfaction plus ou moins importante de l'articulation.
- Ecchymose
- Impotence fonctionnelle
- Mouvements anormaux
- La radiographie peut être normale (entorse bénigne)

Traitement :

Entorse bénigne :

- un bandage de contention (strapping) ou une attelle pour une durée de 2 à 3 semaines, parfois un plâtre si l'articulation est très douloureuse (cheville, par exemple).

Entorse grave :

- Une immobilisation pendant plusieurs semaines peut suffire,
- mais une intervention chirurgicale est souvent nécessaire : elle consiste soit à réparer le ligament arraché, soit à réaliser une transplantation ligamentaire

Dans tous les cas, une rééducation appropriée est nécessaire jusqu'à la récupération complète.

Prévention :

La prévention passe par :

- le respect des règles d'échauffement avant toute activité sportive
- le port de bandages souples sur les articulations menacées.

II. LES LUXATIONS

Définition :

Déplacement des 2 extrémités osseuses d'une articulation entraînant une perte du contact normal des 2 surfaces articulaires. La luxation est dite ***complète*** si la perte des rapports entre les deux surfaces est totale. Mais lorsqu'il reste un contacte partiel, c'est une luxation ***incomplète ou subluxation.***

Lorsque le déplacement osseux est important, certains ligaments voisins de la capsule articulaire peuvent être lésés

Causes :

- un choc ou un mouvement forcé,
- beaucoup plus rarement à une malformation (luxation congénitale de la hanche).

Clinique :

- Douleur violente spontanée ou provoquée.
- œdèmes.
- Parfois Ecchymose.
- Impotence fonctionnelle douloureuse
- Déformation : suffit pour poser le diagnostic mais une radiographie s'impose pour confirmer le diagnostic et déceler les lésions associées.

Traitement :

- réduction (remise en place) en urgence, à l'hôpital, des deux os (orthopédique, par manœuvres externes ou, parfois, chirurgicale).
- Ensuite, immobilisation pendant 2 à 3 semaines pour une petite articulation, un mois pour une luxation de la hanche, celle-ci nécessitant en outre une mise en traction de la jambe.
- Beaucoup plus rare et plus grave, la luxation du genou, qui entraîne une rupture de tous les ligaments de l'articulation, nécessite une réparation chirurgicale et une immobilisation du membre inférieur pendant environ 6 semaines. Le malade peut ensuite marcher en s'aidant de cannes puis, dans un délai de 2 mois environ après l'accident, sans appui.

Risques et complications :

- à court terme, compression des artères ou des nerfs voisins, ou de la moelle épinière
- Une luxation peut être associée à une fracture d'un des deux os.
- Une luxation ancienne peut réapparaître à l'occasion de traumatismes, voire de mouvements de plus en plus minimes : (luxation récidivante).
- Des séquelles telles qu'une raideur ou au contraire une instabilité du genou

III. LES FRACTURES

Définition :

La fracture est la rupture de la continuité d'un segment osseux. Elle peut être traumatique, pathologique ou de la fatigue

Classifications des fractures : on peut diviser les fractures selon plusieurs critères:

Selon le siège :

1. fracture diaphysaire
2. épiphysaire
3. articulaire

Selon la continuité du trait

1. fracture complète
2. fracture incomplète
3. fracture corticale ou sous periostique

Selon le nombre de traits:

1. un seul trait séparant l'os en deux fragments
2. un trait bifurqué détachant un troisième fragment (en ail de papillon)
3. fracture bifocale séparant l'os en trois fragments
4. fracture comminutive séparant l'os en plusieurs fragments

Selon la direction du trait:

1. Fracture transversale
2. Fracture oblique
3. Fracture spiroide

Selon le Déplacement des fragments:

- angulation
- translation
- ascension avec chevauchement
- rotation
- fracture non déplacée

Étiologies:

1. fracture Traumatiques :

- Coup direct.
- Ecrasement.
- Brusque mouvement de torsion.
- Contraction musculaire extrême.

2. fractures Pathologiques ou spontanément : survient sur un os fragilisé :

- Maladies héréditaires.
- Maladies métaboliques.
- Tumeurs osseuses primaires ou secondaires.

3. Fatigue osseuse : à la suite d'une multitude d'efforts répétés sur un os.

Clinique:

- Douleur.
- Impotence fonctionnelle.
- Déformation :
  - Raccourcissement.
  - Déviation.
  - Rotation du membre.
- Signes locaux :
  - Œdème ou tuméfaction des tissus.
  - Ecchymose.
  - Hématome.
  - Phlyctènes.

Processus de consolidation ce processus est appelé ***ostéogenèse de réparation*** et aboutit à la soudure des extrémités par une formation solide appelée ***cal osseux***

Le délai de consolidation: est le délai entre la survenue de la fracture et l'obtention du cal osseux (unitif). Il est variable selon la région de l'os atteint et selon l'âge:

- **Au niveau de l'épiphyse:**
  - 3semaines chez L'Enfant
  - 6 à 8 semaines chez l'adulte
- **Au niveau de la diaphyse:**
  - 6 semaines chez L'Enfant
  - 3 mois chez l'adulte

Anomalies de la consolidation:

- La pseudarthrose : absence de consolidation à 6 mois,
- La cal vicieuse qui est une consolidation osseuse en position vicieuse, c'est-à-dire ne rétablissant pas une anatomie normale.

Les étapes de la consolidation:

1. La phase inflammatoire: Elle débute immédiatement après la survenue de la fracture et dure 3-4 jours;

- formation d'un hématome local riche en fibrine : rupture des vaisseaux endostés et périostés, ce qui va entraîner une ischémie localisée et une nécrose des extrémités osseuses.
- Ensuite va débuter la réaction inflammatoire aiguë non spécifique
- Puis intervention des polynucléaires neutrophiles et des macrophages qui vont nettoyer l'hématome.

2. La phase proliférative (= phase d'union): formation d'un cal

- Elle débute par la formation d'un cal mou**,** qui dure 2 à 3 semaines, autour et entre les extrémités osseuses.
- On passe de la formation d'un cal mou à un cal dur à la 4e semaine. Cette phase dure 2 à 3 mois (6 semaines chez l'enfant). Radiologiquement on constate une diminution du trait de la fracture

3. La phase de remodelage**:** Cette phase dure 1 à 4 ans.

Il y a lyse en périphérie et densification au centre du cal. Elle a pour but d'adapter le segment osseux aux contraintes mécaniques, vise à restaurer une morphologie normale.

Facteurs qui influencent la consolidation

1) Facteurs liées au patient:

- L'ostéoporose
- L'âge : le risque de non consolidation augmente avec l'âge.

2) Facteurs lies à la fracture:

- le siège de la fracture : la consolidation se fait moins bien au niveau diaphysaire
- l'importance de la communion (= éclatement du segment osseux) : plus il y a de fragments, et moins ça consolide.
- perte de substance osseuse (ex : fracture avec morceau perdu dans l'accident)
- fracture ouverte : contamination avec l'extérieur.
- dégâts des parties molles (peau, muscle, périoste)
- survenue sur os infecté
- survenue sur os irradié (traitement de cancer)
- lésion nerveuse associée (fracture + paralysie du membre)

3) Facteurs liés au geste chirurgical

- stabilité du montage (mobilité du foyer)
- persistance d'un écart inter fragmentaire **:** si écart > 5-10 mm, cela augmente le risque de retard de consolidation ; le mieux est qu'il soit < 2mm

Traitement des fractures: Il en existe 3types :

1) Traitement orthopédique :

- immobilisation externe (en général plâtre ou attelle, corset) On réduit (c'est-à-dire qu'on remet les os ayant été déplacés, dans la position anatomique) puis on immobilise.

2) Traitement chirurgical : *(fixation interne ou externe)*

- réduction
- ostéosynthèse : au moyen d'une plaque vissée, un clou centromédullaire, une vis, une broche

3) chirurgie plastique: remplacement prothétique, d'une partie du squelette.

Complications:

1. Générale :

- Etat de choc.
- Lésions associées (organes…).

2. *Lésions cutanées*

- Œdème, phlyctène.
- Décollements sous-cutanés.
- Nécrose cutanée.

3. *Lésions vasculaires:*

- Thromboses.
- Une compression.
- Une rupture d'un vaisseau.
- Une hémorragie externe par des plaies.
- Une hémorragie interne moins évidente, plus insidieuse: à dépister en prenant le pouls, la pression artérielle et en vérifiant la coloration et la chaleur des téguments.

4. *Lésions nerveuses*

- compression ou section du nerf par l'os fracturé.
- Elongation.
- Rupture partielle ou franche.

5. *Lésions musculaires*

- Lésions tendineuses : Impossibilité de mobiliser le muscle
- Les lésions ligamentaires.
- Les lésions de la cavité articulaire : épanchement séreux ou sanguin = hémarthrose.
- Les lésions méniscales.
- Les lésions de la capsule articulaire.

6. Complications secondaires

- Décompensation des tares sous-jacentes.
- Complication thrombo-embolique.
- Complications liés au décubitus.
- Déplacement secondaire.
- Infection nosocomiale.
- Nécrose.

7. Complications tardives:

- Cal vicieux : consolidation en mauvaise position.
- Pseudarthrose : fausse articulation
- Retard de consolidation.
- Raideur.
- Arthrose.
- Atrophie musculaire.

Durées minima d'immobilisation des fractures

Os concerné	durée
Clavicule	03 semaines
Humérus; extrémité supérieure	15 jours
Humérus; extrémité inférieure	02 mois
Humérus: diaphyse	02 mois
Avant-bras: 01 os	01 mois
Avant-bras: 02 os	02 mois
Fémur: col	03 mois
Fémur: trochanter	04 mois
Fémur: diaphyse	03 mois
Fémur: extrémité inférieure	03 mois
Jambe: extrémité supérieure	03 mois
Jambe : 02 os, diaphyse	03 mois
Fracture bi-malléolaire	02 mois

CHAPITRE II LES SOINS

- SURVEILLANCE D'UN MALADE PORTEUR D'UN PLÂTRE
- SURVEILLANCE D'UN MALADE PORTEUR SOUS EXTENSION CONTINUE
- BANDAGE DE CONTENTION
- ABLATION D'UNE ATTELLE

I. SURVEILLANCE D'UN MALADE PORTEUR D'UN PLÂTRE

Définition :

La contention plâtrée a pour but d'immobiliser un membre fracturé, le foyer d'une fracture en attendant sa consolidation. Celle-ci s'effectue toujours dans une position adaptée pour reconstituer un axe osseux fonctionnel.

Elle est le plus souvent constituée d'un appareil : résine ou plâtre.

Pour que la consolidation soit efficace,

- il faut une immobilisation des articulations sus-jacentes et sous-jacentes à la fracture pour éviter un déplacement.
- Il faut une immobilisation des articulations en position de fonction pour éviter les raideurs.

Indications

- immobilisation d'une fracture pendant le temps de consolidation,
- la mise au repos des ligaments et des articulations après entorse ou luxation
- fixation en bonne position d'une articulation douloureuse

Les critères d'un plâtre efficace

- Solidité,
- Une immobilisation rigoureuse et fonctionnelle,
- Parfaitement toléré par la personne.

Les différentes immobilisations plâtrées

1. membre supérieur

- Le anté-brachial : du coude jusqu'au poignet : avant-bras et main.
- Le brachio-palmaire ou brachio-antébrachial : du bras jusqu'au poignet : bras, coude, avant-bras et main.
- Le thoraco-brachial : de l'épaule jusqu'au poignet : articulation de l'épaule, bras, coude à 90° en abduction, avant-bras, main.

2. membre inférieur

- La botte pédieuse : du dessous du genou jusqu'au pied.
- Le cruro-jambier ou genouillère plâtrée : de la cuisse jusqu'à la jambe.
- Le cruro-pédieux : de la cuisse jusqu'au pied
- Le pelvi-pédieux : du bassin jusqu'au pied

Complications d'un plâtre

1. Complications vasculaires

- Complication veineuse : œdème, cyanose des extrémités : surélever le membre.

- Syndrome des loges : ischémie des masses musculaires due à l'augmentation d'une pression dans une loge musculaire par un œdème ou un hématome (effet garrot) et apparaissant par une douleur à la contraction volontaire des muscles, une pâleur et un refroidissement du membre. Il s'agit d'une urgence chirurgicale, sa complication est le syndrome de Volkmann.
- Syndrome de Volkmann : syndrome ischémique lié à une compression vasculo-nerveuse entraînant une paralysie irréversible des muscles.

2. Complications cutanées

- Lésions cutanés si grattages sous le plâtre lors de démangeaison.
- Escarre si plâtre trop serré : fenêtrage ou rembourrage du plâtre.

3. Complication thrombo-embolique

- Phlébite due à une immobilisation prolongée, risque d'embolie : surélévation du plâtre, traitement anticoagulant préventif sur prescription médicale.

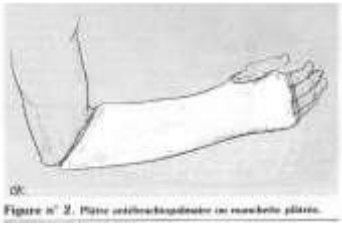
4. Complications musculaires

- Amyotrophie : perte de la masse musculaire.
- Hypotonie : perte du tonus musculaire.

Rôle aide soignant :

- Dépistage des signes de compression:
  - Sensation de brûlure localisée
  - fourmillement des extrémités
  - cyanose ou décoloration des doigts et orteil
  - œdèmes des extrémités
  - chaleur excessive du plâtre
  - disparition des pouls
- examiner les bords du plâtre: ne doivent être trop serrés
- examiner les doigts ou les orteils qui doivent être chauds, rosés, sensible, mobiles volontairement, non oedématies non douloureux et sans phlyctènes ou lésions cutanées
- Prévention des complications
  - levé précoce, installation au fauteuil le plus rapidement possible
  - inciter le patient à faire des contractions musculaires, à mobiliser les doigts les orteils et les articulations qui ne sont pas plâtrées
  - vérifier que le plâtre n'est pas trop large après la fonte des œdèmes
  - appliquer le traitement anticoagulant préventif
  - Vérifier l'odeur du plâtre qui peut être révélateur d'une infection
- Hygiène du malade

- Education du patient
  - lui apprendre à dépister les signes de compression
  - Revenir aux urgences au moindre signe anormal
  - membre plâtré surélevé le plus souvent possible
  - éviter les stations debout prolongées
  - Ne pas laisser pendre le plâtre
  - pas d'activité physique violente, conserver une activité physique courante
  - ne pas introduire d'objet agressif sous l'immobilisation
  - prudence avec les béquilles
  - plâtre toujours propre, éviter de le mouiller
  - alimentation correcte mais raisonnable
  - poursuivre le traitement anticoagulant et surveiller ses complications
  - contrôles Radiologiques



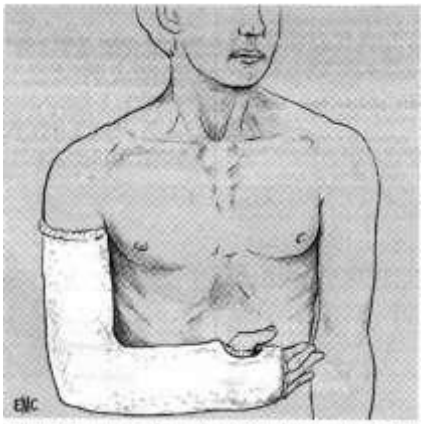


Figure n° 1. Plâtre brachioantébrachial (en réalité brachiopalmaire).

Plâtre thoraco-brachial

Figure n° 6. Botte plâtrée : la talonnette est dans l'axe du tibia

Figure n° 5. Plâtre cruro-jambier ou genouillère plâtrée.

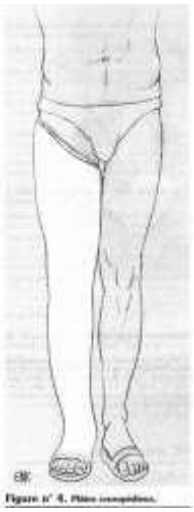
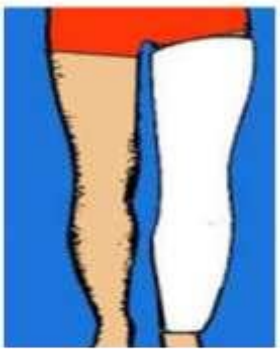


Figure n° 4. Plâtre cruro-pédieux.

Corset plâtré



Le cruro-jambier ou genouillère plâtrée

II. EXTENSION CONTINUE

Principe:

- La traction est une force appliquée sur une partie du corps dans deux directions opposées (traction, contre-traction). Elle peut être d'attente ou de réduction, trans-osseuse ou collée

Objectifs :

- Elle favorise l'alignement osseux,
- lutte contre les contractures musculaires et les œdèmes.

Indication :

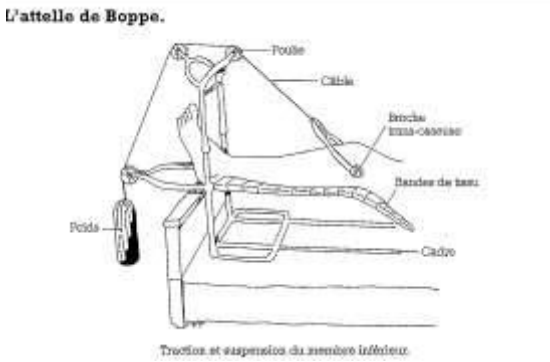
1. traction de réduction: elle sert à:
   - réduire progressivement une fracture (repositionner les fragments osseux dans leur rapport anatomique)
   - réduire une luxation de la hanche (repositionner la tête fémorale dans le cotyle)
2. traction d'attente: elle est antalgique et sert à:
   - immobiliser une fracture en attendant la pose d'un plâtre, une ostéosynthèse, l'amélioration de l'état général ou cutanée avant une intervention
   - immobiliser une hanche douloureuse chez l'enfant

Calcule des poids: les poids sont calculés en fonction du poids du patient:

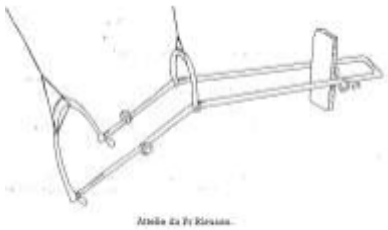
- poids de traction : 1/10 du poids du patient
- poids de suspension: 50% du poids de la traction
- chaussette anti-équin: 01Kg

Efficacité de la traction: la traction répond à des règles fondamentales précises:

1. la traction s'exerce dans l'axe du membre:
   - la jambe, le genou et la hanche sont dans l'axe de la traction, le genou est légèrement fléchi, le pied ne touche pas l'extrémité de l'attelle en"U", il est à angle droit et le talon est dans le vide
   - la contre-traction est effective
   - le patient ne se tourne pas mais se soulève à la force des bras à l'aide du perroquet
2. la traction est continue
   - les poids sont dans le vide, ils ne sont jamais diminués ou augmentés sans prescription médicale
   - les ficelles coulissent librement dans les poulies
   - l'attelle en "U" ne touche pas le pied du lit
   - les draps et les couvertures ne reposent pas sur les ficelles ou sur l'attelle en "U"
3. la traction est efficace:
   - le patient ne souffre pas
   - la suspension ne s'oppose pas à la traction
   - la force de traction est bien mesurée avec control radiologique le lendemain au lit du patient



Traction et suspension du membre inférieur.



Rôle de l'aide soignant :

1. préparation du matériel : Selon le choix

- un cadre de Rieunau;
- le système de poulies, cordes, et poids;
- une attelle droite ou gauche ;
- une bande Velpeau ;
- une protection jetable;
- une potence de lit ;
- des bandes de toiles ou de jersey Ou :
- une attelle de Bopp droite ou gauche ;
- une bande dé jersey
- une planche;
- des cales (sacs de sable) ;
- une potence de lit ;
- un cale-pied anti-équin ;
- corde, poulie et poids.

2. surveillance et prévention :

Des complications infectieuses:

- le pansement de la broche est refait chaque jour avec le maximum de l'asepsie
- demander au patient de ne pas toucher la broche
- vérifier la propreté de l'attelle et de l'étrier
- s'assurer que l'étrier ne comprime pas les parties molles
- rechercher des signe inflammatoires (douleur rougeur et écoulement)
- rechercher une nécrose cutanée
- tablir une courbe de température 2 fois par jour

Des **complications thrombo-emboliques par :**

- administration systématique d'un anti-coagulant
- contraction et mobilisation des orteils et de la jambe
- mobilisation avec précaution du pied et de la jambe en traction
- contrôler la couleur, la chaleur et la sensibilité des orteils
- contrôler la présence du pouls pédieux

Des escarres par:

- vérification de tous les points d'appui
- massage effleurage des points d'appui plusieurs fois par jour
- la demande au patient de faire de changement de positions
- veille sur la propreté et la sécheresse de la literie

Prévention des complications digestives par :

- régime riche en fibre
- incitation du patient à boire abondamment
- massage de l'abdomen

II. BANDAGE DE CONTENTION

Définition : moyen (technique) utilisé pour maintenir un pansement en place, pour exercer une compression ou pour immobiliser une partie du corps

Les différents bandages :

- Les bandages simples : peuvent être circulaires, obliques, croisés (spicas)
- Les écharpes permettent de soutenir le membre supérieur et de le fixer éventuellement au tronc
- Bandage de corps : utiliser pour la constriction du thorax ou de l'abdomen
- Les bandages en T servant à maintenir les pansements du périnée
- Le bandage herniaire inguinal: composé d'une ou deux pelotes destinées à obturer l'orifice herniaire
- Le bandage herniaire ombilical n'est guère utilisé que chez les nourrissons

Matériel :

- Plateau propre
- Savon liquide +eau
- SHA
- Bandes adaptés au soin : de gaze, de crêpe élastique (type Velpeau
- Sparadrap ou épingle
- Ciseaux
- Matériel de protection pour certaines parties du corps à risque
- Prévoir le nécessaire de toilette si besoin

Déroulement de soin (sur une partie d'un membre)

- Se laver les mains ou friction par SHA
- Rassembler le matériel nécessaire dans le plateau
- Informer l'enfant du soin, le rassurer
- S'assurer qu'il ait fait sa toilette
- L'installer confortablement, de façon pratique pour faciliter le soin, allongé ou assis
- Placer la partie du corps qui sera maintenue ou protégée par le bandage dans une position confortable et dans l'alignement anatomique normal
- Se placer face au malade
- Tenir la bande de la main droite (pour un droitier) et la diriger vers le haut
- Allez (dérouler) toujours de la gauche vers la droite, le globe (la partie roulée) située au-dessus du chef initial (l'extrémité libre de la bande)

- Au début, pour poser une bande, commencer par faire deux circulaires : le premier tour est un peu oblique de façon à abattre sur le deuxième, ainsi la bande ne glisse pas
- Réaliser, ensuite une série de circulaire ou de croisé en 8 en remontant dans le sens de la circulation veineuse
- Terminer par deux circulaires (en haut de bandage) qui fixe le bandage
- Fixer le chef terminal de la bande :
    - Si la bande est en crêpe élastique : fixer avec du sparadrap
    - Si la bande est une gaze : séparer l'extrémité de la bande en deux et la nouer autour du membre

Conseils et consignes pratique :

- Eviter le contact direct avec la plaie
- Veiller à ne pas trop serrer la bande pour ne pas bloquer la circulation, mais serrer assez fort pour éviter que la bande glisse
- Veiller laisser apparentes les extrémités des orteils et des doigts

Surveillance :

- L'efficacité : le bandage reste en place, ne se vrille pas
- Les signes de compression :
    - Fourmillement
    - Refroidissement des extrémités
    - Coloration bleutée des extrémités
    - Perte de la sensation et/ou de la mobilité
    - Douleur, œdème

IV. ATTELLE PLÂTRÉE

Définition :

Les différentes attelles :

- Attelle plâtrée postérieure classique
- Attelle en résine

Avantage :

- Adaptation parfaite à l'anatomie (« sur-mesure »)
- Stricte
- Non –circulaire : espace de développement pour œdème
- Surveillance plaie, état cutané, masses musculaires

Inconvénients :

- Immobilisation imparfaite
- Résistance moindre
- Observance du patient

Matériel : selon le membre à immobiliser

Exemple : immobilisation du poignet (attelle plâtrée postérieure) :

- Ouate de 5 et 10 cm
- Jersey de 3 et 7 cm
- Ciseaux
- Bande plâtrée de 10 cm
- Elastoplast de 3 et 8 cm
- Jersey de 10 cm beige et deux américains non stériles pour l'écharpe

Technique :

1. Préparation du poignet avec le jersey.

Découpez un jersey coton de 3 cm d'une longueur équivalente à la distance de l'extrémité du pouce à la fin du poignet. Et faite une entaille au milieu de celui-ci dans le sens de la largeur.

Découpez un autre jersey de 7 cm cette fois ci de longueur équivalente à l'extrémité des doigts jusqu'à environ 5 cm au dessus de l'extrémité du coude.

Enfiler ce dernier sur l'avant-bras du patient. Et réaliser une encoche sur le sens de la longueur au niveau de la base du pouce afin de faire glisser celui-ci par le trou ainsi crée.

- Prenant garde de faire en sorte que la totalité de la main (tout en laissant l'extrémité des doigts libres) soit recouverte de deux couches de ouate.

- Utiliser une bande de plâtre de 10 cm de largeur et mesurer sur le poignet du patient la longueur nécessaire en prenant soin de prévoir le rabat d'un bon bourrelet de coton une fois le plâtre en place .

- Faire ensuite sept à huit allers et retour avec la bande plâtrée de façon à donner l'épaisseur désirée au plâtre.

- Mouiller ce dernier et enfin lisser celui-ci sur le poignet du patient en respectant comme toujours la forme naturelle du poignet sans appliquer de point de pression
- Rabattre ensuite les bords du jersey et du coton (sans oublier le bourrelet) et effectuer un bandage par-dessus le plâtre.

- Puis solidifier le tout avec de l'Elastoplast de 3 et 8 cm.