Rééducation dans les fractures de l'extrémité distale des deux os de l'avant bras

DOSSIER DE SAISINE

➢ Intitulé du projet

Référentiel relatif aux soins de masso-kinésithérapie concernant la rééducation pour fractures opérées ou non du poignet.

➢ Type de produit soumis

Référentiel d'actes en série, en application de l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale.

Article L. 162-1-7
La prise en charge ou le remboursement par l'assurance maladie de tout acte ou prestation réalisé par un professionnel de santé, dans le cadre d'un exercice libéral ou d'un exercice salarié auprès d'un autre professionnel de santé libéral, ou en centre de santé ou dans un établissement ou un service médico-social, ainsi que, à compter du 1er janvier 2005, d'un exercice salarié dans un établissement de santé, à l'exception des prestations mentionnées à l'article L.165-1, est subordonné à leur inscription sur une liste établie dans les conditions fixées au présent article. L'inscription sur la liste peut elle-même être subordonnée au respect d'indications thérapeutiques ou diagnostiques, à l'état du patient ainsi qu'à des conditions particulières de prescription, d'utilisation ou de réalisation de l'acte ou de la prestation. Lorsqu'il s'agit d'actes réalisés en série, ces conditions de prescription peuvent préciser le nombre d'actes au-delà duquel un accord préalable du service du contrôle médical est nécessaire en application de l'article L.315-2 pour poursuivre à titre exceptionnel la prise en charge, sur le fondement d'un référentiel élaboré par la Haute Autorité de santé ou validé par celle-ci sur proposition de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.
La hiérarchisation des prestations et des actes est établie dans le respect des règles déterminées par des commissions créées pour chacune des professions dont les rapports avec les organismes d'assurance maladie sont régis par une convention mentionnée à l'article L.162-14-1. Ces commissions, présidées par une personnalité désignée d'un commun accord par leurs membres, sont composées de représentants des syndicats représentatifs des professionnels de santé et de représentants de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. Un représentant de l'Etat assiste à leurs travaux.
Les conditions d'inscription d'un acte ou d'une prestation, leur inscription et leur radiation sont décidées par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, après avis de la Haute Autorité de santé et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire. L'avis de la Haute Autorité de santé n'est pas nécessaire lorsque la décision ne modifie que la hiérarchisation d'un acte ou d'une prestation.
Les décisions de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie sont réputées approuvées sauf opposition motivée des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Le ministre chargé de la santé peut procéder d'office à l'inscription ou à la radiation d'un acte ou d'une prestation pour des raisons de santé publique par arrêté pris après avis de la Haute Autorité de santé. Dans ce cas, il fixe la hiérarchisation de l'acte ou de la prestation dans le respect des règles mentionnées ci-dessus. Les tarifs de ces actes et prestations sont publiés au Journal officiel de la République française.
Tout acte ou prestation nouvellement inscrit fait l'objet d'un examen en vue d'une nouvelle hiérarchisation dans les cinq ans qui suivent l'entrée en vigueur de la décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie mentionnée au troisième alinéa.

➢ Champ du projet

Définition

D'un point de vue topographique, le poignet englobe la partie distale des deux os de l'avant-bras et les os du carpe [1,2]. Le terme "fracture du poignet" est impropre car il ne recouvre en réalité dans le sens commun que les fractures distales du radius et/ou du cubitus. Pour des raisons de commodité, la terminologie "fracture du poignet" sera conservée dans cet argumentaire pour les fractures distales du radius et du cubitus.

La fréquence des fractures du poignet est estimée à plus de 40 000 cas en France chaque année [3].
La CNAMTS, à partir des données du PMSI 2007, recense 48 000 hospitalisations pour traitement d'une fracture du poignet.

Les fractures du poignet surviennent la plupart du temps chez les femmes ménopausées. Le ratio femme / homme est estimé à environ 4 [3-7]. L'ostéoporose constitue donc un facteur de risque important.
La pratique de certains sports constitue également un facteur de risque pour les populations de 5 à 20 ans.

Evolution et pronostic [8-10]

Il existe très souvent une discrète limitation dans les amplitudes extrêmes (flexion-extension, prono-supination).
Un syndrome douloureux régional complexe (SDRC) surviendrait dans 15 à 20 % des cas.
Un syndrome du canal carpien est fréquemment rapporté.
Le syndrome des loges est une complication rare mais grave.
Enfin, le cal vicieux est une complication tardive fréquemment décrite pouvant nécessiter une correction chirurgicale.

Ce document concerne la rééducation de l'ensemble des fractures de la partie distale des deux os de l'avant bras, qu'elles **soient articulaires ou extra-articulaires**, traitées **orthopédiquement avec immobilisation plâtrée ou chirurgicalement, hors complication neuro-vasculaire ou syndrome douloureux régional complexe.**

➢ Fondements scientifiques retenus

Les fractures du poignet sont le plus souvent la conséquence d'une chute main tendue.
Les noms communs des fractures du poignet comprennent les fractures de Colles, Smith et Barton [4].

On distingue communément :
- les fractures extra-articulaires :
  - la fracture de Pouteau-Colles avec un déplacement postérieur de l'épiphyse radiale inférieure qui se produit à la suite d'une chute sur le talon de la main, poignet en extension entraînant un mécanisme en compression-extension ;
  - la fracture de Goyrand-Smith survient à la suite d'un mécanisme en compression-flexion ;

- les fractures articulaires survenant le plus souvent à la suite d'un mécanisme de compression axiale :
    - fractures marginales antérieures,
    - fractures de Hutchinson : fracture de la styloïde radiale.

Il existe de nombreuses classifications des fractures du poignet (Castaing, Kapandji, AO...) [4,6,7,11,12,13].
Pour autant, les fractures du poignet les plus fréquentes sont celles de type Pouteau-Colles (75 à 80 % des fractures du poignet [3,6,7]).

Le traitement dépend du type de fracture. Il est soit orthopédique par réduction et immobilisation plâtrée pendant 6 semaines, soit chirurgical (par embrochage, fixateur externe, vissage simple ou ostéosynthèse par plaque).
De nombreuses publications concernent le traitement des fractures du poignet [8,14,15,16,17].

Il n'existe pas de recommandation nationale sur la rééducation après fracture du poignet. Cependant, la rééducation est habituelle. L'étude de son intérêt fait l'objet de plusieurs publications. Les principaux objectifs de la rééducation sont le traitement de la douleur, la restauration de l'amplitude articulaire et la récupération de la force musculaire [8].

La rééducation s'adresse en grande partie à une population âgée. Se trouve ici tout l'intérêt d'une mobilisation précoce [18] et des techniques de rééducation à visée antalgique [8].

Le but est donc dans un premier temps de diminuer la douleur puis de permettre au patient de retrouver une fonction articulaire complète et indolore du poignet.

On ne retrouve que peu de recommandations internationales concernant la rééducation des fractures du poignet [18-30].

Les guides nord-américains de « retour au travail » (return to work) donnent des durées de rééducation indicatives [4,31,32] :

Guide	Pathologie	Rééducation
The Medical Disability Advisor	Fracture, radius and ulna, distal	Après traitement non chirurgical : 20 séances sur 8 semaines
		Après traitement chirurgical : 16 séances sur 8 semaines
Official Disability Guidelines. Work Loss Data Institute	Fracture of radius and ulna	Après traitement chirurgical : 16 séances sur 8 semaines
Travail Sécuritaire Nouveau-Brunswick	Fracture du poignet	*On immobilise la plupart des fractures du poignet à l'aide d'un plâtre ou d'un pansement compressif pour une période de 4 à 5 semaines. Pendant cette période, il y a lieu de faire des efforts dans le but de maintenir l'amplitude des mouvements des doigts, de l'épaule et du coude. Il convient également de s'assurer qu'il n'y a pas d'enflure excessive des doigts par suite de l'immobilisation de la main dans une position dépendante.*

➢ Description des pratiques

La CNAMTS recensait en 2007, 48 755 séjours pour réduction orthopédique ou ostéosynthèse de l'extrémité distale du radius et/ou cubitus avec un retour à domicile dans 96,7 % des cas.

Parmi les patients sortis à domicile, 26 694 (57 %) ont reçu des soins de masso-kinésithérapie. **En moyenne, les patients ont eu 27 séances de rééducation.**

Une enquête de 2001 réalisée par la CNAMTS sur les demandes d'ententes préalables montrait que la rééducation du poignet représentait 2,5 % des actes de masso-kinésithérapie.

Les ententes préalables initiales représentaient 65 % des ententes préalables reçues au Service Médical durant la période d'étude, concernant ce type de rééducation.

En cas de prescription initiale, le nombre moyen de séances prescrites était de 12,5. En cas de prolongation de traitement, le nombre moyen de séances prescrites était de 14.

➢ Objectif du projet

Cette médicalisation de la procédure de demande d'accord préalable, limitée à des situations médicales particulières, vise à faciliter les démarches médico-administratives de l'exécutant des séances, du prescripteur et du patient.

➢ Projet proposé

La rééducation des fractures de l'extrémité distale du radius et du cubitus est loin d'être une pratique systématique puisqu'elle est réalisée dans environ la moitié des cas. Il n'existe pas de recommandations nationales sur la mise en œuvre de soins de masso-kinésithérapie après fracture de la partie distale du radius et du cubitus.
Pour autant, le masseur kinésithérapeute peut intervenir pour lever les douleurs, l'oedème et favoriser la récupération articulaire.

Compte tenu des éléments présentés, il est proposé qu'un accord préalable du service du contrôle médical soit demandé à partir de la 26ème séance pour les fractures du poignet.

Références

1. Cognet JM. Le poignet : définition. Disponible sur : http://www.lesitedupoignet.com/page.php?id=1

2. Cognet JM. Les douleurs récentes du poignet – Les fractures du poignet. Disponible sur : http://www.lesitedupoignet.com/page.php?id=2

3. Direction générale de la santé en collaboration avec l'INSERM. Rapport du GTNDO : Analyse des connaissances disponibles sur des problèmes de santé sélectionnés, leurs déterminants, et les stratégies de santé publique Définition d'objectifs. Président : Professeur Lucien ABENHAIM ; Mise à jour 13/03/03. Disponible sur *http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/losp/rapport_integral.pdf*

4. Medical Disability Advisor. Fracture, Radius and Ulna, Distal. MDA. Disponible sur : http://www.mdguidelines.com

5. Brogren E, Petranek M, Atroshi I. Incidence and characteristics of distal radius fractures in a southern Swedish region. BMC Musculoskeletal Disorders 2007; 8:48

6. Hagino H, Yamamoto K, Ohshiro H, Nakamura T, Kishimoto H, Nose T. Changing incidence of hip, distal radius, and proximal humerus fractures in Tottori Prefecture, Japan. Bone 1999;24(3): 265-70

7. Laulan J, Herard J, Bacle G. Epidémiologie, physiopathologie et classification des traumatismes du poignet. La lettre de médecine physique et de réadaptation. Vol 25, n° 1, p. 4-8. Mars 2009

8. Laulan J,Obert L. Fracture de l'extrémité distale des deux os de l'avant bras chez l'adulte. Encycl Méd Chir. Appareil locomoteur. 14-045-B-10, 2009, 16p.

9. Masquelet AC. Traitement chirurgical du syndrome des loges et du syndrome de Volkmann. Encycl Méd Chir. Techniques chirurgicales-Orthopédie-traumatologie. 44-078,2001,18p.

10. Saragaglia D. Les fractures de l'extrémité inférieure du radius. Corpus Médical – Faculté de Médecine de Grenoble. Mars 2003. Disponible sur : http://www-sante.ujf-grenoble.fr/sante/corpus/disciplines/ortho/trauma/238/lecon238.htm

11. Dumontier C, Herzberg G. Classification des fractures du radius distal. Revue de chirurgie orthopédique et traumatologique. Vol 87, n° 5. Septembre 2001

12. Castaing J. Recent fractures of the lower extremity of the radius in adults. Rev Chir Orthop Reparatrice Appar Mot. 1964 Sep-Oct;50:581-696

13. Nazarian S. Le système intégral de classification des fractures de Maurice Muller. Disponible sur : www.maitrise-orthop.com/viewPage.do?id=659

14. Hoynak BC, Hopson L. Fracture, Wrist. Disponible sur : http://emedicine.medscape.com/article/828746-print

15. Nana AD, Lichtman DM. Distal-Third Forearm Fractures. Disponible sur : http://emedicine.medscape.com/article/1238513-print

16. Fanuele J, Koval KJ, Lurie J, Zhou W, Tosteson A, Ring D. Distal Radial Fracture Treatment : what you get may depend on your age and address. J Bone Joint Surg Am 2009;91:1313-9

17. Herzberg G, Izem Y, Al-Saate M, Atzori M, Weppe F et al. Choix thérapeutiques pour le traitement des fracures du radius distal. La lettre de médecine physique et de réadaptation. Vol 25, n° 1, p. 25-31. Mars 2009

18. Handoll HH, Madhok R, Howe TE. Rehabilitation for distal radial fractures in adults. Cochrane Database Syst Rev 2002;2:CD003324

19. Wakefield AE, McQueen MM. The role of physiotherapy and clinical predictors of outcome after fracture of the distral radius. J Bone Joint Surg Br 2000;82(7):972-76

20. Krischak Gert D, Krasteva A, Schneider F et al. Physiotherapy after volar plating of wrist fractures is effective using a home exercise program. Arch Phys Med Rehabil 2009;90(4):537-44

21. Tremayne A, Taylor N, McBurney H, Baskus K. Correlation of impairment and activity limitation after wrist fracture. Physiother Res Int 2002;7:90-9

22. Maciel JS, Taylor NF, McIlveen C. Randomised clinical trial of activity-focussed physiotherapy on patients with distal radius fractures. Arch Orthop Trauma Surg 2005;125:515-20

23. Breyer HG. Physical therapy treatment of distal radius fractures. Langenbecks Arch Chir Suppl II Verh Dtsch Ges Chir 1990; :683-6

24. Watt CF, Taylor NF, Baskus K. Do Colles' fracture patients benefit from routine referral to physiotherapy following cast removal ? Arch Orthop Trauma Surg 2000; 120:413-5

25. Crosby CA, Wehbé MA. Early motion protocols in hand and wrist rehabilitation. Hand Clin 1996 Feb;12(1):31-41

26. Collins DC. Management and rehabilitation of distral radius fractures. Orthop Clin North Am 1993 Apr;24(2):365-78

27. Jaworski CA, Krause M, Brown J. Rehabilitation of the wrist and hand following sports injury. Clin Sports Med 2010 Jan;29(1):61-80

28. Packer JW, Colditz JC. Bone injuries : treatment and rehabilitation. Hand Clin 1986 Feb;2(1):81-91

29. Lübbeke A, Stern R, Grab B, Herrmann F, Michel JP, Hoffmeyer P. Upper extremity fractures in the elderly : consequences on utilization of rehabilitation care. Aging Clin Exp Res 2005 Aug;17(4):276-80

30. Smith DW, Brou KE, Henry MH. Early active rehabilitation for operatively stabilized distal radius fractures. J Hand Ther 2004 Jan-Mar;17(1):43-9

31. Gozna Eric R. Lignes directrices en matière de gestion des réclamations liées aux fractures au niveau des extrémités, CSSIAT du Nouveau-Brunswick, septembre 2000

32. Official Disability Guidelines. Fracture of radius and ulna. Work Loss Data Institute, 2009.