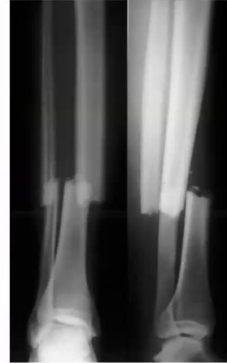


#001

Définitions utiles

Définition

- Solution de continuité osseuse
- Exemple fracture de jambe



Fracture, entorse et luxation correspondent à trois atteintes différentes : os, ligament, rapport articulaire.

Captures de cours ECN extraites du SSD1 (usage pédagogique)

- Une fracture est une rupture de continuité osseuse, traumatique, pathologique ou de fatigue.
- Une entorse est une lésion ligamentaire sans perte permanente des rapports articulaires.
- Une luxation est une perte complète et persistante des rapports articulaires ; la subluxation est incomplète ou transitoire.
- Le premier réflexe commun est de rechercher les complications cutanées, vasculaires, nerveuses et les lésions associées.

Source principale: PDF ITEM 359 + cours fractures/entorses/luxations

#002

Première évaluation aux urgences

- Identifier le mécanisme, l'énergie, l'heure, l'appui possible, le craquement, la déformation et les traitements déjà pris.
- Avant toute immobilisation définitive : inspection cutanée, palpation des pouls, motricité, sensibilité et douleur passive.
- Immobiliser provisoirement, surélever, retirer bagues/bracelets, mettre à jeun si chirurgie possible et traiter la douleur.
- Toute déformation majeure, ouverture, ischémie, déficit neurologique ou suspicion de syndrome des loges impose une escalade immédiate.

Source principale: PDF ITEM 359 + ITEM 361

Fracture ouverte : classification mentale

Classifications

- Gustilo 1976

- stade I : Plaie punctiforme
- Stade II: Plaie linéaire à peau non contuse
- Stade 3A: attrition étendue des parties molles, mais couverture cutanée possible (2 cauchoix)
- Stade 3B: perte de substance: couverture impossible sans lambeau (3 Cauchoix)
- **Stade 3C: lésion artérielle**

Grade	Description	Energie
I	Plaie < 1 cm	Basse
II	Plaie 1-10 cm	Moyenne
IIIA	Lésions tissulaires étendues, > 10 cm, ne nécessitant pas de lambeau	Haute
IIIB	Lésions > 10 cm, atteinte marquée du périoste, os exposé, lambeau nécessaire	Haute
IIIC	Atteinte artérielle nécessitant une reconstruction vasculaire	Haute

La classification de Gustilo aide à estimer contamination, exposition osseuse, perte de substance et atteinte vasculaire.

Captures de cours ECN extraites du SSD1 (usage pédagogique)

- Une fracture ouverte communique avec l'extérieur : l'enjeu est infectieux autant que mécanique.
- Décrire taille de plaie, contamination, déperistage, perte de substance, exposition osseuse et statut vasculaire.
- Le stade grave associe couverture impossible, écrasement, contamination majeure ou lésion artérielle.
- Antibiotrophylaxie, prévention tétanos, pansement stérile, immobilisation et avis chirurgical ne doivent pas attendre.

Point cle - Ne jamais explorer profondément une fracture ouverte au lit du malade : protéger, documenter, immobiliser, appeler.

Source principale: Cours fractures/entorses/luxations

#004

Bilan neurovasculaire

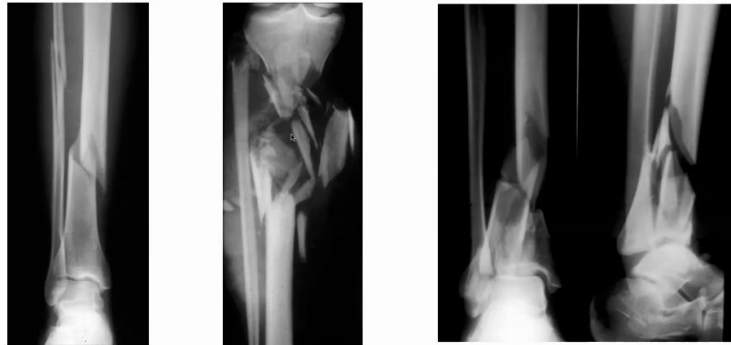
- Vasculaire : douleur ischémique, pâleur, froideur, pouls périphériques, temps de recoloration, Doppler si doute.
- Nerveux : sensibilité et motricité des territoires distaux, en notant clairement ce qui est déficitaire avant réduction.
- Cutané : ouverture, contusion, tension, phlyctènes, menace cutanée par fragment ou matériel.
- Musculo-tendineux : extension/flexion active, intégrité de l'appareil extenseur, déficit par rupture ou incarceration.

Source principale: PDF ITEM 359

Imagerie standard

Radio face et profil

- Localisation
 - Diaphysaire, métaphysaire, épiphysaire



La règle pratique : deux incidences orthogonales et articulation sus- et sous-jacente selon le segment atteint.

Captures de cours ECN extraites du SSD1 (usage pédagogique)

- Demander au minimum deux incidences orthogonales, face et profil, centrées sur le segment douloureux.
- Inclure les articulations sus- et sous-jacentes si fracture diaphysaire, douleur diffuse ou traumatisme à haute énergie.
- Comparer avec la clinique : une radiographie rassurante ne doit pas annuler une douleur d'appui ou une suspicion de fracture occulte.
- Le scanner précise fracture articulaire, comminution, extension complexe ou bilan préopératoire.

Source principale: PDF ITEM 359

#006

Décrire une fracture sans oublier l'essentiel

- Localisation : épiphyse, métaphyse, diaphyse, intra-articulaire ou extra-articulaire.
- Trait : transversal, oblique, spiroïde, comminutif, engrené, avulsion ou écrasement.
- Déplacement : angulation, translation, rotation, raccourcissement, chevauchement et perte d'axe.
- Contexte : os sain ou pathologique, ostéoporose, ouverture, lésion associée et stabilité attendue.

Source principale: PDF ITEM 359

#007

Réduction : principes

- Réduire une déformation menaçante, une luxation ou une fracture déplacée selon urgence, douleur, peau et état neurovasculaire.
- Documenter le bilan neurovasculaire avant et après, car la réduction peut révéler ou modifier un déficit.
- Utiliser analgésie, sédation ou anesthésie adaptée ; une manœuvre brutale augmente lésions iatrogènes et échec.
- Contrôler radiologiquement la réduction et stabiliser par immobilisation ou ostéosynthèse selon instabilité.

Source principale: PDF ITEM 359

Traitement en urgence

Principes du traitement en urgence

- Médical
 - Si ouvert: AB pénicilline ou dérivé pour risque de gangrène gazeuse par germe anaérobie),
Sérovaccination tétanos, Pansement occlusif
- Chirurgical
 - Laver parer les plaies avant six heures
 - Réduire et stabiliser les fractures

Les décisions urgentes associent antalgie, immobilisation, antibioprophylaxie si ouverture, réduction et stabilisation.

Captures de cours ECN extraites du SSD1 (usage pédagogique)

- La base est antalgie, immobilisation non compressive, glace si adaptée, surélévation et prévention des complications.
- En fracture ouverte : antibioprophylaxie précoce, vaccination/serum antitétanique selon statut, lavage chirurgical et parage.
- La chirurgie stabilise les fractures instables, articulaires déplacées, ouvertes, irréductibles ou avec complication neurovasculaire.
- Le traitement orthopédique reste possible pour fractures stables, peu déplacées ou patient fragile, avec surveillance radiologique stricte.

Source principale: PDF ITEM 359 + cours fractures/entorses/luxations

#009

Entorse : gradation pratique

- Bénigne : élongation, douleur localisée, appui possible, pas de laxité nette ni signe de gravité.
- Moyenne : rupture partielle, œdème/hématome, impotence variable, testing douloureux et reprise plus lente.
- Grave : rupture complète, laxité, impotence totale, craquement, sensation de déboîtement ou arrachement osseux.
- La réévaluation à distance de la douleur est souvent plus discriminante que le testing initial aux urgences.

Source principale: PDF ITEM 357 + cours fractures/entorses/luxations

Entorse : traitement fonctionnel

Entorses



Le traitement fonctionnel vise à protéger la cicatrisation ligamentaire tout en évitant raideur et perte proprioceptive.

Captures de cours ECN extraites du SSD1 (usage pédagogique)

- Repos relatif, compression, glaçage, surélévation, antalgie et appui adapté constituent la phase initiale.
- L'attelle semi-rigide protège mieux qu'un simple bandage dans les entorses significatives, tout en autorisant la rééducation.
- La kinésithérapie restaure amplitudes, force, contrôle neuromusculaire et proprioception.
- L'échec est l'instabilité chronique : récurrences, appréhension, douleur persistante et limitation sportive.

Source principale: PDF ITEM 357

#011

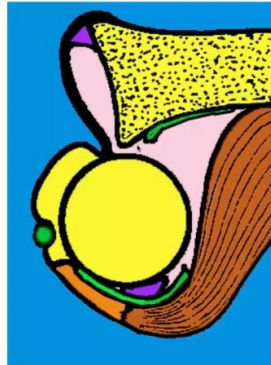
Luxation : conduite pratique

- La luxation est douloureuse, déformante et fonctionnellement bloquante ; elle expose à lésions capsulo-ligamentaires, vasculaires, nerveuses et fractures associées.
- Radiographier avant réduction si l'état le permet, surtout épaule/hanche/coude, pour exclure fracture-luxation.
- Réduire en urgence sous antalgie adaptée, sans répétition de manœuvres traumatiques en cas d'échec.
- Après réduction : contrôle radiographique, nouvel examen neurovasculaire, immobilisation courte et plan de rééducation.

Source principale: PDF ITEM 357 épaule + cours fractures/entorses/luxations

#012

Luxation de l'épaule : modèle ECN



Déformation caractéristique à l'inspection et à la palpation

- Tête humérale en avant
- Saillie de l'acromion en dehors (s. de l'épaulette)
- Vacuité de la glène
- Bras en Abduction et en RE

La luxation antérieure donne signe de l'épaulette, vacuité glénoïdienne et attitude en abduction-rotation externe.

Captures de cours ECN extraites du SSD1 (usage pédagogique)

- Mécanisme typique : chute sur la main ou le coude avec abduction, rotation externe et rétropulsion.
- Chercher fracture du trochiter, encoche de Hill-Sachs, lésion de glène et atteinte du nerf axillaire.
- Réduction douce puis Dujarrier ou Mayo-Clinic, contrôle radiographique et rééducation à la levée de l'immobilisation.
- Les récurrences concernent surtout le sujet jeune ; chez le plus âgé, ne pas manquer une rupture de coiffe.

Source principale: PDF ITEM 357 épaule

#013

Plâtre et immobilisation

- Un plâtre immobilise l'articulation ou le segment voulu en respectant la position de fonction et les articulations à laisser libres.
- Avant pose : peau propre et sèche, retrait des bijoux, protection des reliefs osseux, absence de pansement circulaire compressif.
- Après pose : vérifier mobilité, sensibilité, chaleur, coloration, douleur et contrôle radiographique.
- Éduquer le patient : surélever 48-72 h, mobiliser doigts/orteils, ne pas mouiller, consulter si douleur, compression ou odeur.

Source principale: PDF ITEM 361

#014

Syndrome des loges

- Douleur majeure, profonde, brûlure ou broiement, résistante aux morphiniques et augmentée à l'étirement passif = alerte majeure.
- Les pouls peuvent rester présents : l'ischémie capillaire ne s'exclut pas par la palpation des gros axes.
- Le traitement immédiat est de fendre/bivalver l'immobilisation et d'appeler le chirurgien pour aponévrotomie de décharge.
- Le retard expose à nécrose musculaire, rhabdomyolyse, syndrome de Volkmann et séquelles neurologiques.

Point cle - Devant un syndrome des loges typique, aucun examen complémentaire ne doit retarder la décompression.

Source principale: PDF ITEM 361

#015

Complications d'une fracture

- Immédiates : ouverture, hémorragie, lésion vasculaire, lésion nerveuse, luxation associée, syndrome des loges.
- Secondaires : déplacement sous plâtre, infection, phlébite, embolie graisseuse selon contexte, escarre ou complication du décubitus.
- Tardives : cal vicieux, pseudarthrose, raideur, arthrose post-traumatique, SDRC, rupture tendineuse ou gêne de matériel.
- La prévention repose sur réduction correcte, immobilisation adaptée, contrôle radiologique, mobilisation des segments libres et suivi.

Source principale: PDF ITEM 359 + ITEM 361

#016

Sujet âgé fracturé : points spécifiques

- Toute fracture de fragilité impose d'évaluer douleur, autonomie, confusion, comorbidités, traitements anticoagulants et risque de chute.
- La fracture de l'extrémité proximale du fémur est une urgence gériatrique autant que chirurgicale.
- Chez le sujet âgé, le traitement doit viser lever précoce, prévention du décubitus, réhabilitation et bilan ostéoporose/chute.
- Les recommandations HAS/SOFCOT encadrent la place de l'arthroplastie dans certaines fractures proximales du fémur du patient âgé.

Source principale: HAS/SOFCOT fracture proximale du fémur + PDF ITEM 359

#017

Surveillance de sortie

- Donner des consignes simples : douleur croissante, fourmillements, déficit moteur, doigts/orteils froids, plâtre serré, fièvre ou écoulement.
- Programmer le contrôle clinique et radiographique selon localisation, stabilité et type de traitement.
- Vérifier anticoagulation préventive si immobilisation du membre inférieur et terrain concerné.
- Prévoir rééducation, arrêt de travail, certificat médical initial et dépistage ostéoporose/chutes quand indiqué.

Source principale: PDF ITEM 361 + ITEM 359

Cahier de formation - 17 fiches - Orthopédie - Sources: SSD1/Alex/10- Orthopédie/fiche codex/ITEM 359 - FRACTURE MI_V2.pdf; SSD1/Alex/10- Orthopédie/fiche codex/ITEM 359 - FRACTURE MS.pdf; SSD1/Alex/10- Orthopédie/fiche codex/ITEM 359 - TRAUMATISME DE LEPAULE.pdf; SSD1/Alex/10- Orthopédie/fiche codex/ITEM 361 - SURVEILLANCE PLATRE_V3.pdf; HAS/SOFCOT - Fractures de l'extrémité proximale du fémur chez les patients âgés