

#001

Logique générale devant une lésion péri-articulaire

- Commencer par le mécanisme : torsion, valgus, varus, hyperextension, traumatisme direct ou chute sur le membre supérieur.
- Puis rechercher les signes de gravité : impotence totale, craquement, déboîtement, instabilité, douleur disproportionnée ou déformation.
- Toujours vérifier peau, pouls, sensibilité, motricité et articulations voisines avant de conclure à une simple entorse.
- Le couple clinique + radiographie élimine d'abord fracture/luxation ; l'IRM vient ensuite pour caractériser ligament, ménisque ou coiffe.

Source principale: PDF ITEM 357

#002

Genou : anatomie utile

- Le genou est peu congruent : sa stabilité dépend des ligaments, ménisques, capsule, points d'angle et muscles péri-articulaires.
- Le LCA freine la translation antérieure du tibia et participe à la stabilité en charge ; sa vascularisation explique l'absence de cicatrisation spontanée fiable.
- Le LCP freine la translation postérieure, surtout en flexion, et se rompt classiquement dans le syndrome du tableau de bord.
- Les plans collatéraux médial et latéral contrôlent valgus/varus ; PAPI et PAPE orientent vers les lésions complexes.

Source principale: PDF ITEM 357 genou

#003

Mécanismes ligamentaires du genou

- L'entorse du ligament collatéral médial survient par valgus à 30 degrés de flexion et reste souvent accessible au traitement fonctionnel.
- La rupture isolée du LCA survient par pivot avec pied fixé, contraction du quadriceps ou hyperextension active.
- Le mécanisme VALFE associe valgus, flexion et rotation externe : il peut progresser vers triade antéro-interne puis pentade.
- Le mécanisme VARFI associe varus, flexion et rotation interne : il peut toucher LCA, plan latéral, PAPE puis LCP.

Source principale: PDF ITEM 357 genou

#004

Genou traumatique : signes d'alerte

- Craquement entendu, sensation de déboîtement, dérobement, hémarthrose rapide ou impossibilité d'appui évoquent une lésion grave.
- L'hémarthrose précoce oriente vers rupture du LCA, fracture ostéochondrale, luxation réduite ou fracture intra-articulaire.
- La luxation de genou même réduite expose à l'artère poplitée : pouls présents ne suffisent pas toujours à exclure une lésion intinale.
- L'atteinte du nerf fibulaire commun est recherchée par sensibilité du dos du pied et dorsiflexion active.

Point cle - Luxation de genou = urgence vasculaire jusqu'à preuve du contraire.

Source principale: PDF ITEM 357 genou

#005

Genou : examen clinique

Examen 1° intention

Radio genou face profil



Rechercher pathologie osseuse

Après le traumatisme, la radiographie élimine les lésions osseuses ; l'examen ligamentaire est souvent réévalué à distance de la douleur.

Captures de cours ECN extraites du SSD1 (usage pédagogique)

- Inspecter volume, flexum, ecchymoses, effacement des reliefs et trouble d'axe ; palper interlignes, trajets ligamentaires et appareil extenseur.
- Tester les laxités en valgus/varus à 0 et 30 degrés, puis Lachman, tiroir antérieur, tiroir postérieur et ressaut quand la douleur le permet.
- La ponction d'une hémarthrose n'est pas systématique ; elle peut être antalgique ou aider si diagnostic difficile.
- L'examen définitif est souvent plus fiable après quelques jours de repos, glaçage, antalgie et dégonflement.

Source principale: PDF ITEM 357 genou

#006

Genou : imagerie

- Les radiographies face et profil, complétées selon contexte, recherchent fracture, arrachement osseux, fracture de Segond et lésion des plateaux tibiaux.
- L'IRM est l'examen de référence pour LCA/LCP, ménisques, contusions osseuses et lésions périphériques associées.
- Une imagerie vasculaire s'impose devant luxation de genou, anomalie des poulx, ischémie ou doute sur l'artère poplitée.
- Le scanner est utile pour les fractures articulaires ou arrachements osseux nécessitant une analyse préopératoire.

Source principale: PDF ITEM 357 genou

#007

Traitement des lésions ligamentaires du genou

- Le traitement fonctionnel convient aux entorses bénignes, à certaines ruptures périphériques et en attente de décision sur LCA/LCP.
- Il associe attelle amovible courte, antalgie, glaçage, reprise d'appui adaptée et kinésithérapie précoce contre raideur et amyotrophie.
- La chirurgie concerne surtout LCA/LCP symptomatiques, sportifs, instabilité quotidienne, triade/pentade, lésion méniscale associée ou luxation.
- La ligamentoplastie se fait le plus souvent à froid après récupération des amplitudes, sauf situations particulières.

Source principale: PDF ITEM 357 genou

#008

Ménisques : rôle et vulnérabilité

- Les ménisques sont des fibrocartilages qui augmentent congruence, transmission des charges, stabilité et lubrification.
- La zone périphérique rouge est vascularisée et peut cicatriser ; la zone centrale blanche cicatrise mal.
- Le ménisque médial, moins mobile, est le plus souvent lésé, notamment avec rupture du LCA.
- La lésion traumatique du sujet jeune se distingue de la lésion dégénérative, souvent liée à l'âge et à l'arthrose.

Source principale: PDF ITEM 357 genou

#009

Lésions méniscales : clinique

- Douleur de l'interligne, épanchement, épisodes de blocage, ressaut ou accrochage orientent vers une lésion méniscale.
- Le blocage vrai en flexion évoque une anse de seau déplacée dans l'échancrure intercondylienne.
- McMurray, grinding test et douleur en hyperflexion/hyperextension aident, mais leur valeur dépend de l'examineur et du contexte douloureux.
- Une lésion méniscale associée à laxité LCA change le pronostic car le ménisque devient stabilisateur secondaire.

Source principale: PDF ITEM 357 genou

#010

Lésions méniscales : traitement

- L'IRM confirme la topographie et le type de lésion avant discussion thérapeutique si la clinique persiste.
- Le traitement conservateur est privilégié pour lésions dégénératives sans blocage, avec rééducation et contrôle des facteurs mécaniques.
- La suture méniscale est favorisée si lésion traumatique périphérique vascularisée, surtout chez le sujet jeune.
- La ménisectomie partielle doit être limitée : moins on enlève de ménisque, plus on protège le cartilage à long terme.

Source principale: PDF ITEM 357 genou

#011

Cheville : anatomie et mécanisme

- L'entorse de cheville touche surtout le complexe ligamentaire latéral, par inversion ou varus équin forcé.
- Le faisceau talo-fibulaire antérieur est le plus souvent atteint ; le calcanéo-fibulaire signe souvent une entorse plus sévère.
- L'atteinte médiale isolée est rare et doit faire rechercher fracture malléolaire, lésion de syndesmose ou traumatisme violent.
- Une douleur de syndesmose, une douleur haute de fibula ou un mécanisme en rotation externe imposent de chercher une fracture de Maisonneuve.

Source principale: PDF ITEM 357 cheville + HAS entorse cheville

Cheville : critères d'Ottawa et imagerie

Examen clinique

- Hématome / Œdème
- Marche impossible
- Points douloureux
 - Faisceaux du ligament latéral
 - Relief osseux
- Tiroir antérieur
 - Rupture talo-fibulaire antérieure
- Varus tibio-talien
 - Rupture calcanééo-fibulaire



La radiographie n'est pas automatique : elle dépend de l'âge, de l'appui et des points douloureux osseux.

Captures de cours ECN extraites du SSD1 (usage pédagogique)

- Radiographier si âge inférieur à 18 ans ou supérieur à 55 ans, douleur malléolaire osseuse, naviculaire, base du cinquième métatarsien ou impossibilité de quatre pas.
- Les clichés standard recherchent fracture malléolaire, base du cinquième métatarsien, dôme talien, talus et signes de diastasis.
- Les clichés dynamiques sont réservés à distance si instabilité chronique, entorses récidivantes ou doute persistant.
- Échographie, IRM ou arthroscanner se discutent en deuxième intention selon douleur persistante, suspicion ostéochondrale ou lésion tendineuse.

Source principale: PDF ITEM 357 cheville + HAS entorse cheville

#013

Cheville : traitement initial

- Le traitement symptomatique associe repos relatif, glaçage, compression, surélévation, antalgiques et appui adapté avec cannes si besoin.
- L'entorse grave se traite par attelle semi-rigide ou botte selon douleur, stabilité et observance ; la réévaluation à J5 précise la gravité.
- La cicatrisation ligamentaire demande environ six semaines, mais la récupération fonctionnelle dépend surtout de la proprioception.
- La kinésithérapie prévient récurrence, déficit d'éversion, raideur et instabilité chronique.

Source principale: PDF ITEM 357 cheville + HAS entorse cheville

#014

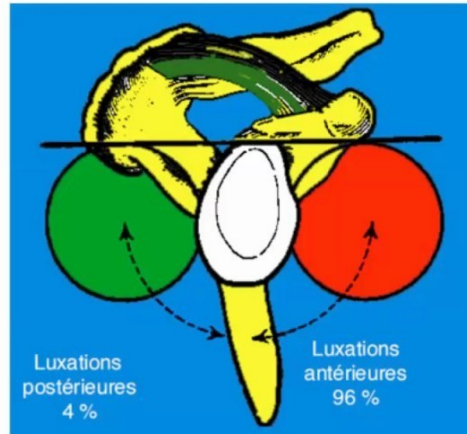
Cheville : complications

- L'instabilité chronique se manifeste par entorses répétées, sensation d'insécurité et laxité au testing.
- La fracture ostéochondrale du dôme talien donne douleur chronique, blocage ou sensation de corps étranger.
- Le syndrome du carrefour antérolatéral correspond à un conflit douloureux lié à cicatrisation hypertrophique.
- Toujours garder en tête thrombose, SDRC, douleur résiduelle et arthrose talo-crurale à long terme.

Source principale: PDF ITEM 357 cheville

Épaule : luxation gléno-humérale

Luxations de l'épaule



La luxation antérieure domine largement ; les formes intra-coracoïdiennes exposent davantage aux lésions vasculo-nerveuses.

Captures de cours ECN extraites du SSD1 (usage pédagogique)

- La luxation antérieure représente la grande majorité des luxations gléno-humérales, par abduction, rotation externe et rétropulsion.
- La clinique associe douleur intense, impotence totale, signe de l'épaulette, vacuité de la glène et attitude en abduction-rotation externe.
- Rechercher systématiquement fracture du trochiter, encoche de Hill-Sachs, lésion de glène, nerf axillaire et pouls périphériques.
- La radiographie avant réduction élimine une fracture humérale et précise la topographie, sauf urgence vasculaire menaçant le membre.

Source principale: PDF ITEM 357 épaule

Épaule : réduction et suites

Luxations gléno humérales antérieures

- Prise en charge
 - Ambulatoire si pas de complication
 - Ttt orthopédique
 - Après contrôle radio
 - En l'absence de complication immédiate
 - Après analgésie suffisante
 - Réduction par manœuvres externes : traction + rotation externe + abduction
 - Contrôle radio, examen neuro et vasculaire post réduction

Réduction douce, contrôle post-réductionnel et examen neurovasculaire répété sont les étapes clés.

Captures de cours ECN extraites du SSD1 (usage pédagogique)

- La réduction est douce, progressive, sous antalgie ou anesthésie adaptée, avec traction axiale et manœuvre externe selon situation.
- Après réduction : contrôle radiographique, nouvel examen neurovasculaire et immobilisation coude au corps.
- La durée d'immobilisation dépend de l'âge, du premier épisode ou de la récurrence ; elle doit éviter la raideur inutile.
- La rééducation débute à la levée de l'immobilisation, avec prudence initiale sur la rotation externe.

Source principale: PDF ITEM 357 épaule

#017

Épaule : récurrence, coiffe et chirurgie

- Le sujet jeune récurrence plus souvent après premier épisode, surtout avant 18 ans, avec instabilité antérieure progressive.
- Le sujet de plus de 45-50 ans expose davantage à une rupture de coiffe révélée après immobilisation.
- Une luxation irréductible, une fracture-luxation ou une complication vasculo-nerveuse impose l'avis chirurgical urgent.
- Pour les ruptures dégénératives de coiffe, la HAS rappelle la priorité au traitement médico-fonctionnel avant discussion chirurgicale, sauf rupture traumatique sur tendon sain.

Source principale: PDF ITEM 357 épaule + HAS coiffe des rotateurs

#018

Pièges transversaux à l'ECN

- Une entorse douloureuse peut cacher une fracture ; une luxation réduite peut cacher une atteinte vasculaire ; une douleur persistante peut cacher une lésion ostéocondrale.
- Ne pas immobiliser trop longtemps sans rééducation : le risque de raideur peut devenir le principal problème fonctionnel.
- Toujours comparer au côté controlatéral et réexaminer à distance quand la douleur initiale empêche un testing fiable.
- La bonne réponse d'examen associe diagnostic, élimination des urgences, traitement antalgique/immobilisation, suivi et rééducation.

Source principale: Synthèse des PDF ITEM 357

LESION PERIARTICULAIRE EPAULE.pdf; HAS - Entorse du ligament collatéral latéral de cheville;
HAS - Tendinopathies de la coiffe des rotateurs