



COLLOQUE TRAUMATOLOGIE

« Pathologie du
lundi »

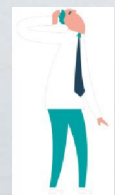
en orthopédie-
traumatologie

lundi

EPAULE

« Et si c'était une rupture de coiffe par lésion du supra-épineux ? »

0. Courage, Jean Matsoukis





présentation
extérieure...

lundi

MAIN ET POIGNET

Tendinite ou entorse ?

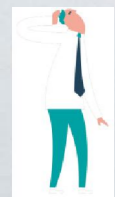
Y. GIBON, K. GUELMI

colloque traumatologie 2015 AHFMC



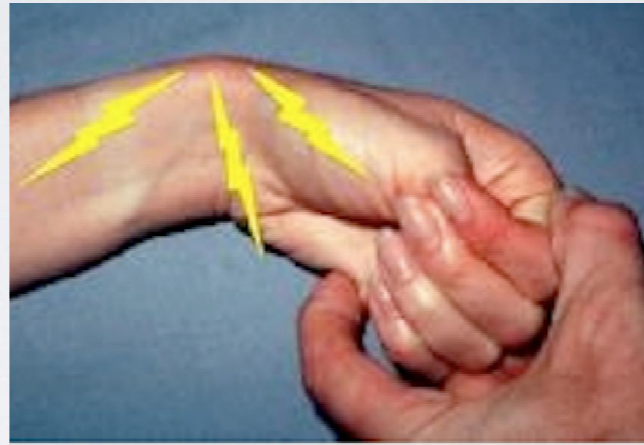
EXAMEN CLINIQUE DU POIGNET

- douleur palmaire ou dorsale
- gonflement +/- visible: dorsal et externe, bord externe, tabatière...
- contexte traumatique (parfois oublié)
- mobilités en FD FP PS
- motricité des intrinsèques et extrinsèques ,
sensibilité pulpaire

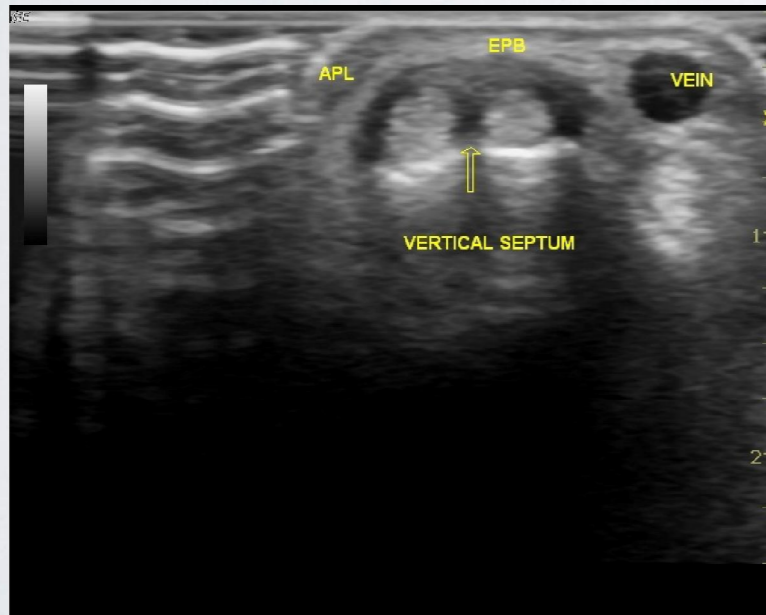


Douleur et gonflement bord externe
du poignet

manoeuvre de
Finkelstein
positive +++

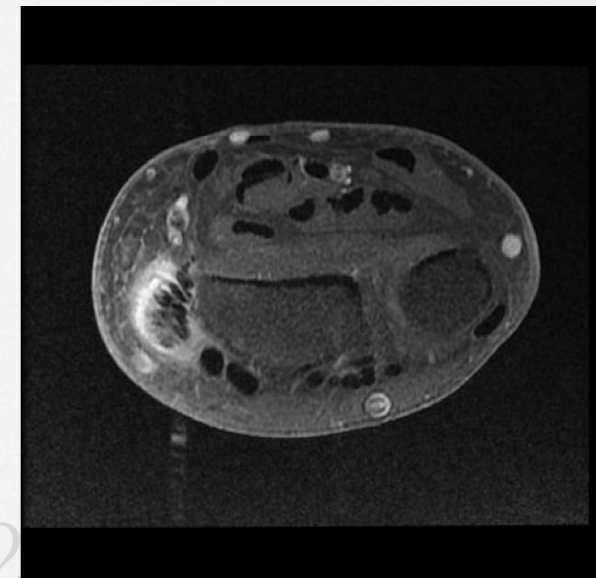


TENOSYNOVITE DE DE QUERVAIN



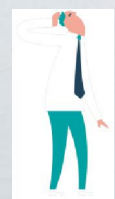
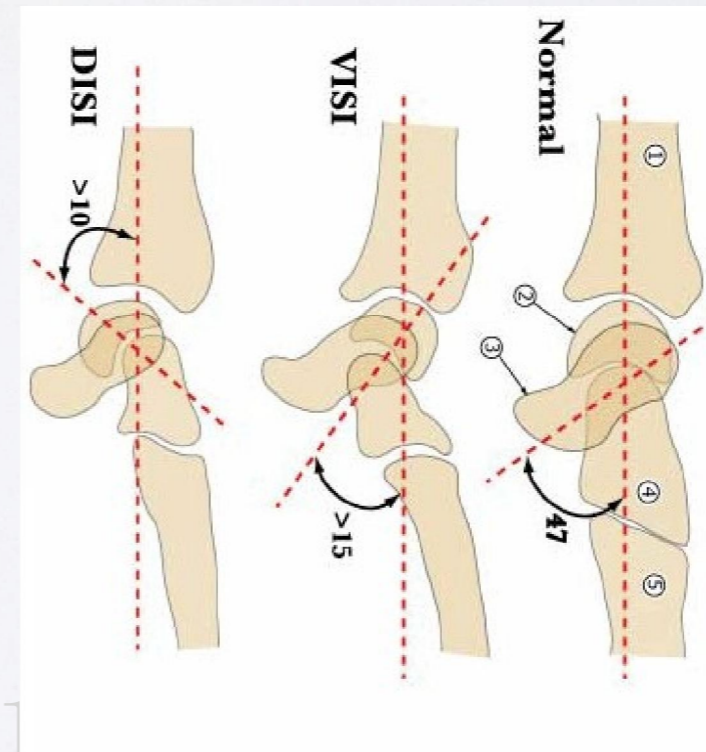
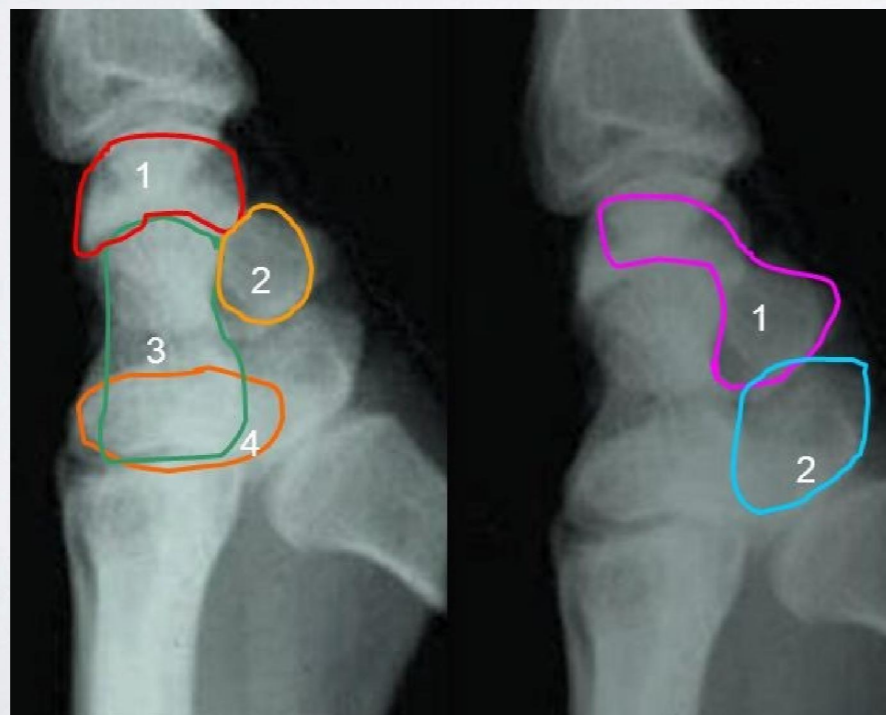
ECHOGRAPHIE ++

IRM



RADIOGRAPHIES FACE et PROFIL (strict en rectitude)

scaphoïde





Radiographie du carpe à la première visite à l'urgence, après une chute sur le poignet en hyper-extension



A la visite de contrôle, 7 jours plus tard, la fracture devient évidente

Fracture du scaphoïde
si doute: SCANNER



Pseudarthrose
rhumatologie 2015 AHFMC

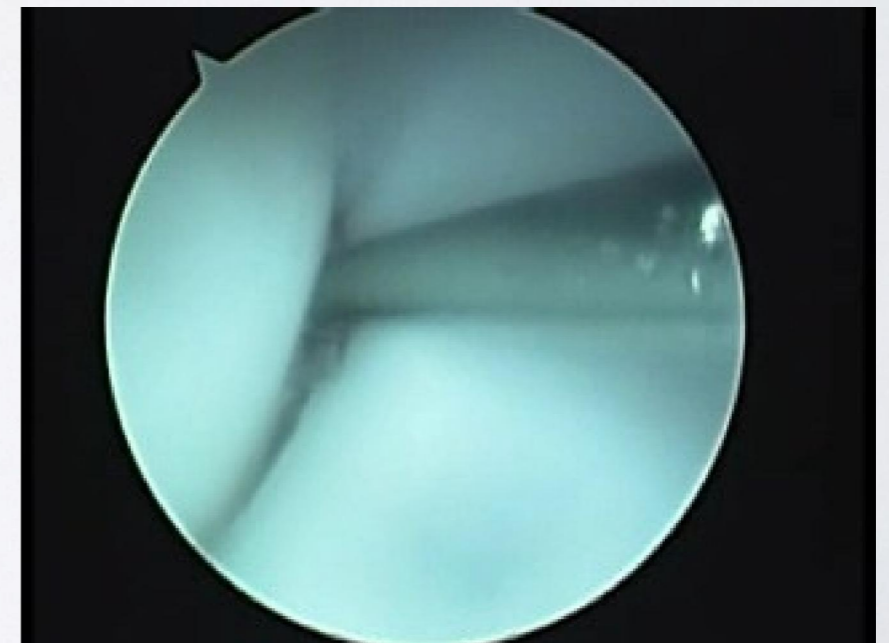
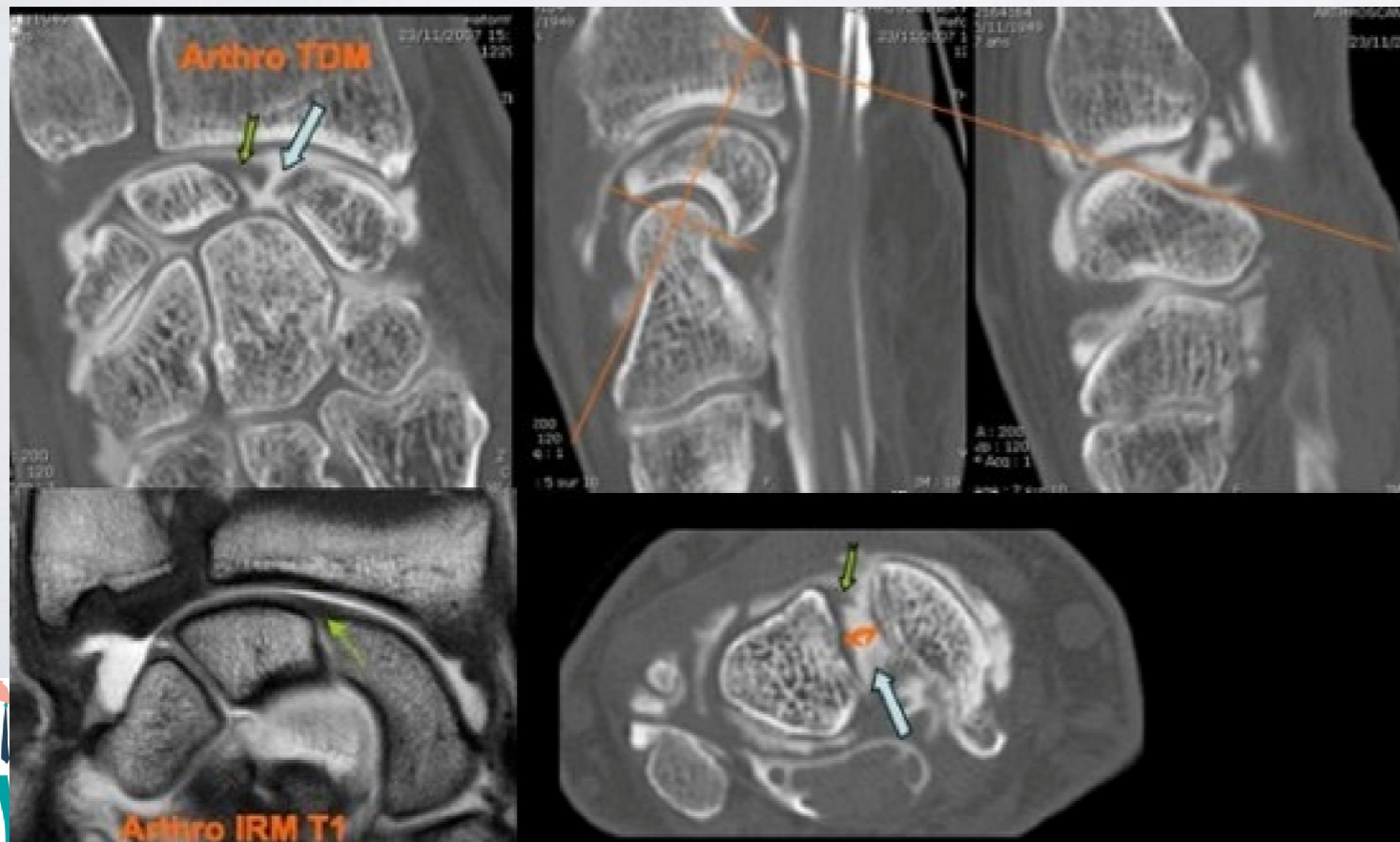


Instabilité scapho lunaire



instabilité scapho lunaire

rupture ligt scapho lunaire





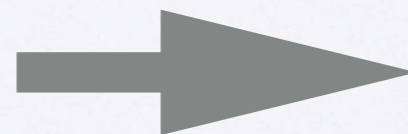
SLAC

(Scapho
Lunate
Advanced
Collapse)

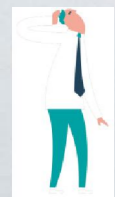


SNAC

(Scaphoid Non
union Advanced
Collapse)

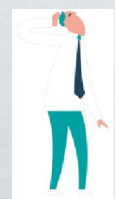
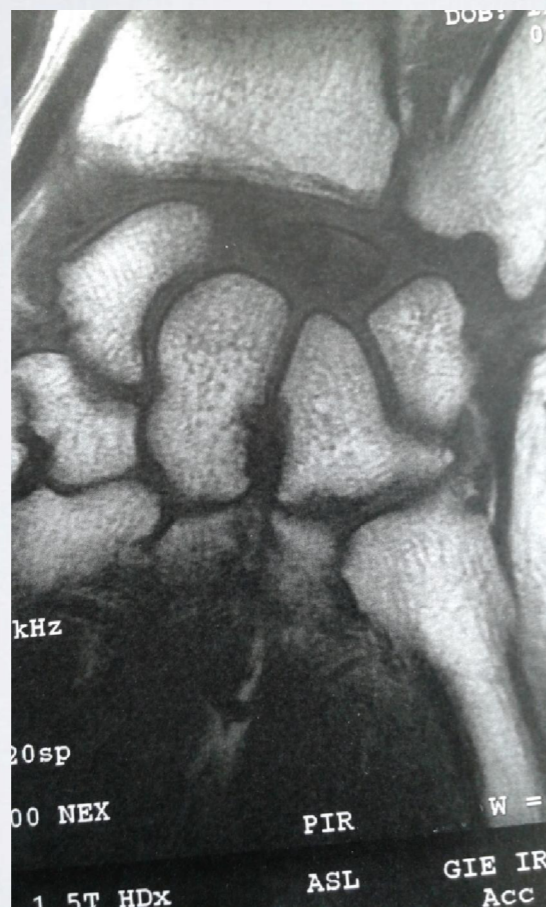


Homme de 43 ans
gros poignet douloureux depuis huit mois
pas de notion de traumatisme
limitation importante des mobilités E30/60 FP20/60



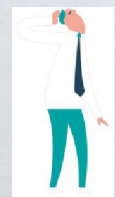
MALADIE DE KIENBOCK

Dg parfois difficile



Maladie de Kienbock

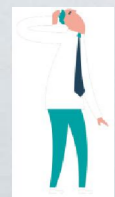
diagnostic souvent evident



PIEGE



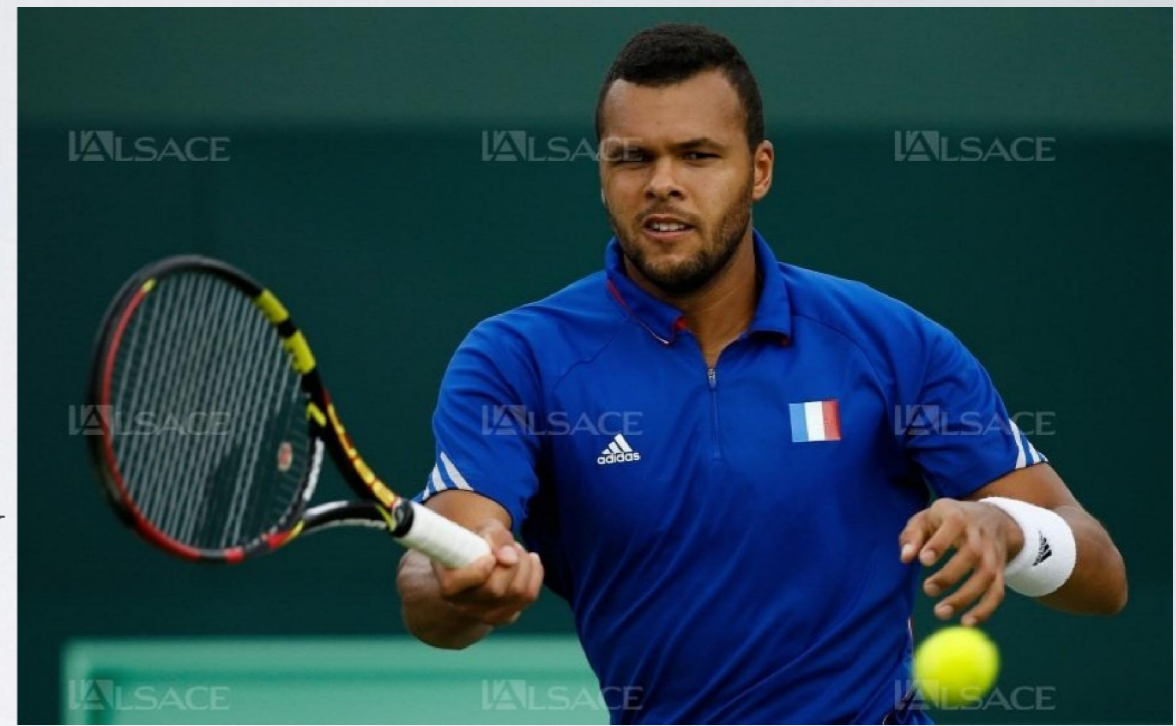
LUXATION RETRO LUNAIRE



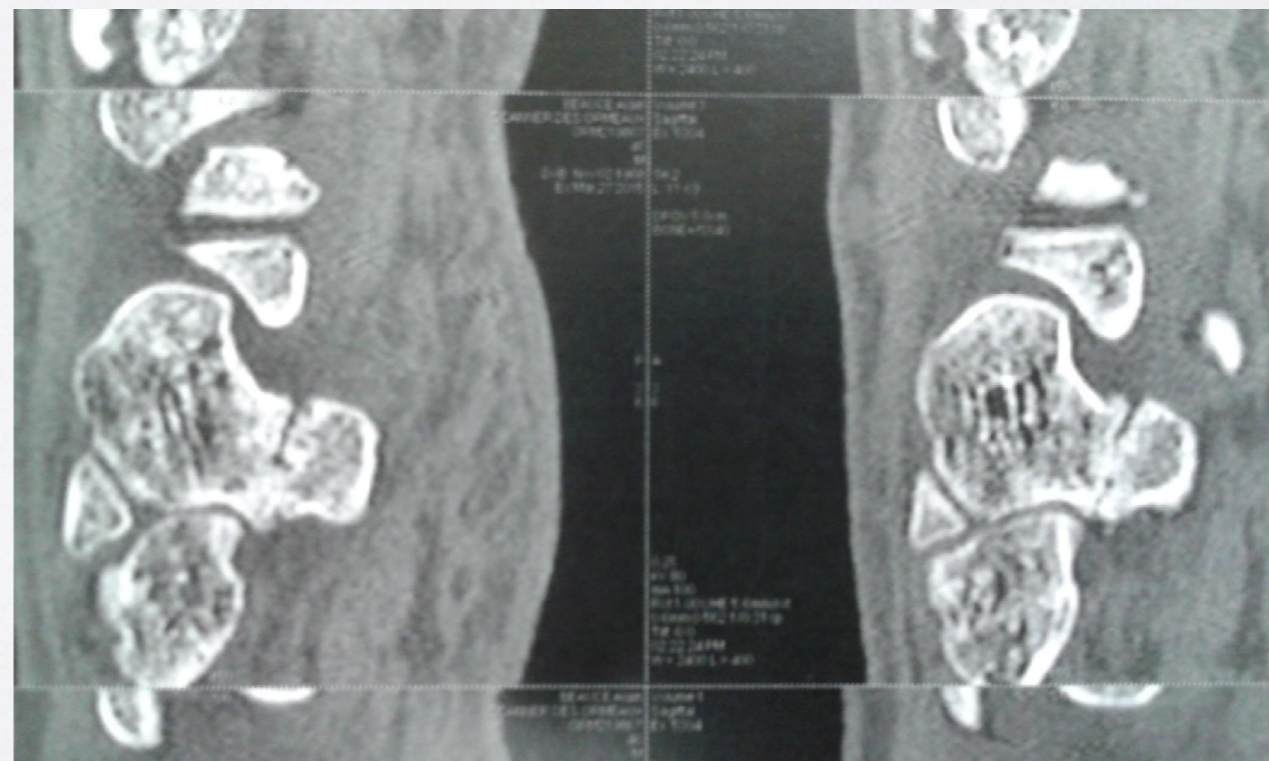
FRACTURE DE L'HAMULUS DE L'HAMATUM



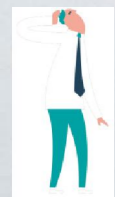
RADIO NORMALE DG
MECONNU



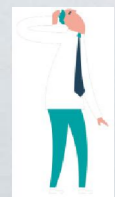
SCANNER ++



colloque



MERCI DE VOTRE ATTENTION



lundi

HANCHE OU MOYEN FESSIER

La boiterie du lundi...

P. GUIFFAULT, S. MOUCHEL

colloque traumatologie 2015 AHFMC





présentation
extérieure...

lundi

NUQUE BLOQUÉE HYPERALGIQUE

Ne pas méconnaître une entorse grave

E. OLIVIER, J. GARNIERI, D. RECOULES

colloque traumatologie 2015 AHFMC





présentation
extérieure...

lundi

PIED "IMPOSABLE" ET ACHILLE ROMPU

Le pied du lundi matin...

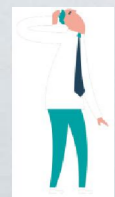
G. SÉITÉ, P. MATRON, G. LEMAITRE

colloque traumatologie 2015 AHFMC



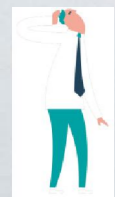
DOULEURS LATÉRALES DE LA CHEVILLE ET DU PIED

- Femme de 35 ans qui se tord la cheville droite en se promenant dimanche après midi.
- Douleur immédiate latérale de la cheville et du pied mais supportable.
- Ce matin, grosses difficultés à ~~mar~~ ^{consul} ~~cher~~ ^{tation}



DOULEURS LATÉRALES DE LA CHEVILLE ET DU PIED

- CLINIQUE+++
- ATCD
- Importance de l'examen clinique
- Oedème, ecchymose.....
- Localisation douloureuse
- Appui possible ou non

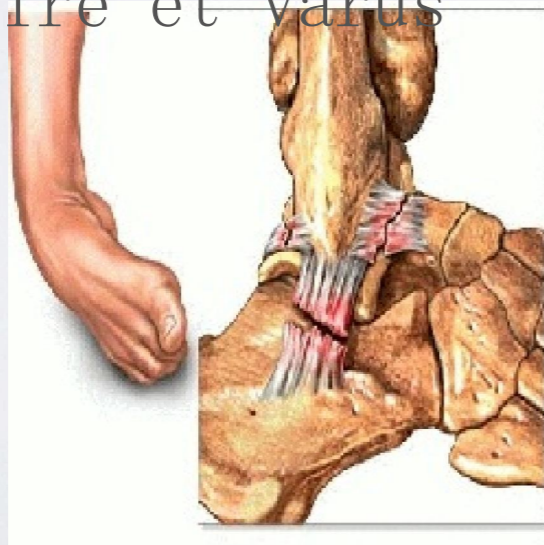


ENTORSE DU LIGAMENT COLLATÉRAL LATÉRAL

Une des pathologie traumatique les plus
fréquentes
évaluée à 6000 cas par jour.....



Trauma en inversion
c'est à dire flexion
plantaire et varus



ENTORSE DU LIGAMENT COLLATÉRAL LATÉRAL

Evaluer la gravité

Stade 1: lésion bénigne sans rupture

Douleur du LTFA avec oedème modéré

mobilité tibiotaliennne quasi normale et appui possible

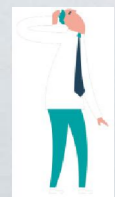
Stade 2: rupture du LTFA

Douleur de toute la face antéro latérale avec ecchymose,
mobilité limitée+, appui quasi impossible

Stade 3 dit grave: rupture des LTFA et LCF

Signes cliniques plus diffus et intenses que le stade 3.

ans les stades 2 et 3, la laxité "n'est pas toujours facile" à tester



AUTRES ORIGINES DE DOULEURS LATÉRALES

Fracture de la malléole latérale



Luxation des tendons fibulaires

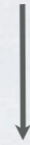
Fracture de la styloïde du 5^o métatarsien

Entorse sous taliennne ou medio tarsienr



EXAMENS COMPLEMENTAIRES ?!

Radio: uniquement en cas de doute fracturaire.



Critères d'Ottawa

+ de 55ans,

Impossibilité d'appui,

Douleur postérieure et de la pointe de la malléole latérale

Douleur pointe de styloïde M5 ou du scaphoïde tarsien

Fiabilité très modérée des clichés en varus forcé

radiographie est utile essentiellement pour rechercher une luxation des fib

IRM inutile en consultation du lundi matin....



CAT ET TRAITEMENT



TTT médical et local:

AINS



Protocole "RICE" (Repos Glaçage Compression Elévation)
et simple strapping pour les entorses benignes

Immobilisation par orthèse 6 semaines avec reprise d'un appui
précoce



compris pour les entorse graves.....,
associée à une rééducation de la cheville

chirurgie n'a plus vraiment sa place
dans le ttt des entorses graves



CAT ET TRAITEMENT

- Fracture de la malléole latérale non ou peu déplacée: immobilisation par plâtre ou équivalent 3 semaines puis orthèse avec appui..... Si déplacée et ou avec une douleur médiale: avis chirurgical
- Luxation des tendons fibulaires: avis chirurgical pour réparation du retinaculum
- Fracture de la styloïde de M5: Immobilisation pendant 6 semaines par plâtre ou équivalent si déplacement : avis chirurgical
- Ne pas oublier les HBPM.....



DOULEURS MEDIALES ET PLANTAIRES

- cas clinique:
- femme de 54 ans
- 74kg pour 1.60 m : *carpeles*
- revient de la Hague, a marché tout le WE avec des petites baskets
- douleurs "autour du talon" débutent le dimanche après-midi et persiste le lundi



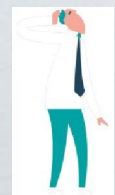
DOULEURS MEDIALES ET PLANTAIRES

- "autour du talon"
- "précisez": "pointez" du doigt, appuyer où ca fait mal
- si en avant et en interne de la grosse tubérosité
 - aponévrosite plantaire?
- si rétro ou sous malléolaire interne
 - tendinopathie du tibial postérieur?
- si sous la grosse tubérosité du calcaneum
 - fracture de fatigue
 - atrophie du panicule adipeux...



APONÉVROSITE PLANTAIRE

- inflammation aponévrose plantaire
- lame fibreuse entre grosse tubérosité et arche antérieure
- 10% de la population
- Facteurs favorisants
 - pied creux ou plat
 - surpoids
 - course à pied
 - mauvais chaussage



APONÉVROSITE PLANTAIRE

- EVOLUTION souvent LONGUE, très LONGUE....



- 1ère étape:

- talonnette + AINS + chaussage adapté (P, onde de choc)



- radio : EPINE CALCANEENNE = aucun lien avec aponévrosite plantaire

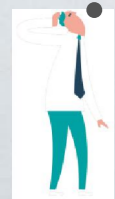


ensuite.... semelles orthopédiques, IRM, infiltrat

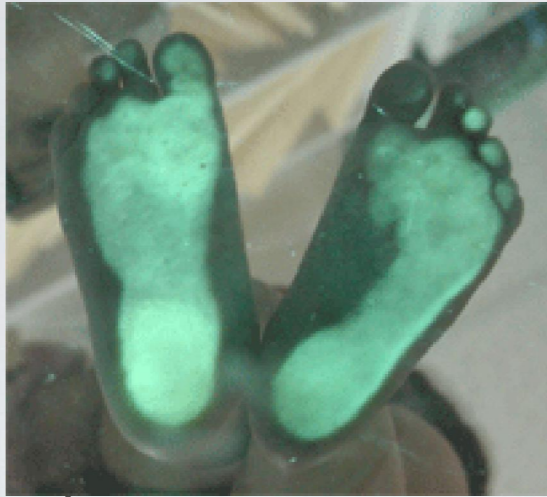


TENDINOPATHIE DU TIBIAL POSTERIEUR

- contexte plus chronique
- douleur médial rétro ou sous-malléolaire interne
- œdème face médial
- surpoids + HTA +diabète
- le lundi: tendinopathie débutante...

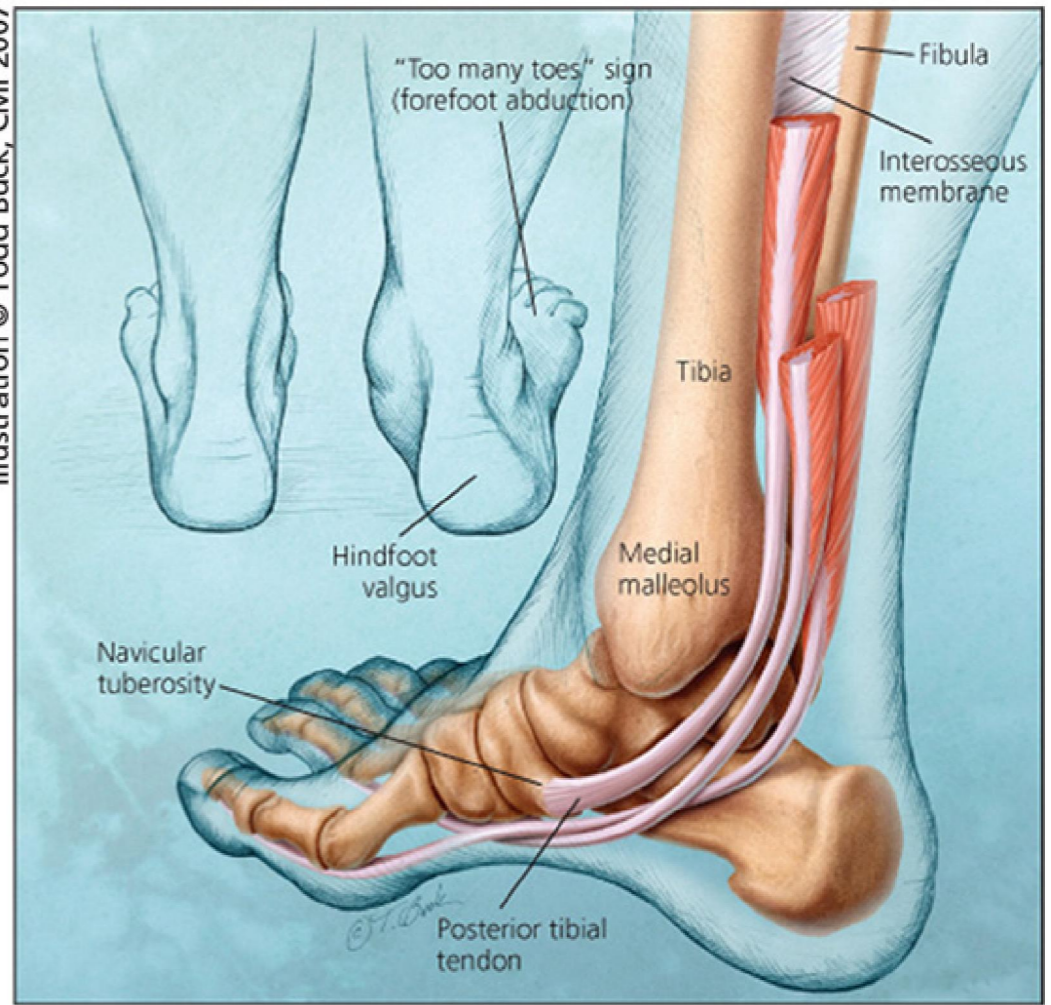


TENDINOPATHIE DU TIBIAL POSTERIEUR



PODOSCOPE À LUMIÈRE TANGENTIELLE

Illustration © Todd Buck, CMI 2007

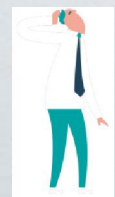


- si rupture :

- affaissement de l'arche interne :

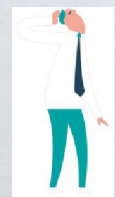
- disparition de la varisation du talon sur la pointe des pieds

- too-many-toes sign



TENDINOPATHIE DU TIBIAL POSTERIEUR

- bilan : radiographie en charge, arrière-pied cerclé de Méary comparatif
- échographie...IRM...pas nécessaire le lundi
- TRAITEMENT de la tendinite simple
 - AINS
 - semelles orthopédiques de soutien de l'arche interne
 - kiné
- si affaissement de l'arche interne ou résistance au TTT médical,
chirurgie à envisager (synovectomie, transferts tendineux, ostéotomies calcaneum, arthrodèses...)



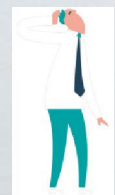
FRACTURE DE FATIGUE

- douleur mécanique sans trauma retrouvée
- localisation au pied variable
 - métatarsien 50%: M2++ M3+
 - os naviculaire
 - os sésamoïde de l'hallux



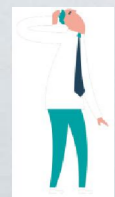
FRACTURE DE FATIGUE

- maladie d'adaptation de l'os
 - déséquilibre dans le remodelage osseux (ostéoblaste/ostéoclaste)
 - sollicitations mécaniques excessives sur os sain
 - course à pied (préparation marathon : « nouvelle passion »)
- facteurs favorisants
 - 3 femmes pour 1 homme
 - pied creux
 - troubles alimentation



FRACTURE DE FATIGUE

- Radio
 - souvent normal au stade précoce
 - apparition tardive d'un épaissement de la corticale
- IRM
 - remplace la scinti pour le « gold standard »
 - œdème osseux
 - médico-économique –



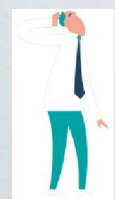
FRACTURE DE FATIGUE

- repos
- décharge partielle 15 jours: botte amovible
- si nécessaire décharge complète
- reprise appui en fonction des douleurs
- avec respect des phases de repos et diminution du kilométrage



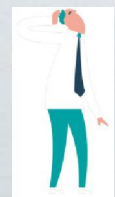
DOULEURS POSTÉRIEURES

- Mr Achille T., 49 ans, sans traitement particulier, jouait hier (dimanche) au tennis avec sa fille de 7 ans
- impression de claquement brutal dans le mollet
- se retourne car a cru recevoir un coup dans le mollet
- impotence fonctionnelle ; arrêt du match au sommet...
- consulte le lundi car il manque de force et d'équilibre



RUPTURE DU TENDON CALCANÉÉEN

- le + st : effort brutal de démarrage (au tennis, au foot...) ou lors d'un saut :
 - choc voire claquement dans le tendon d'Achille
 - le plus souvent le patient chute avec un pied qui ne répond plus.
- parfois étirement forcé : chute à ski en avant



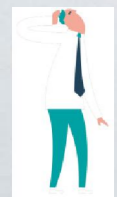
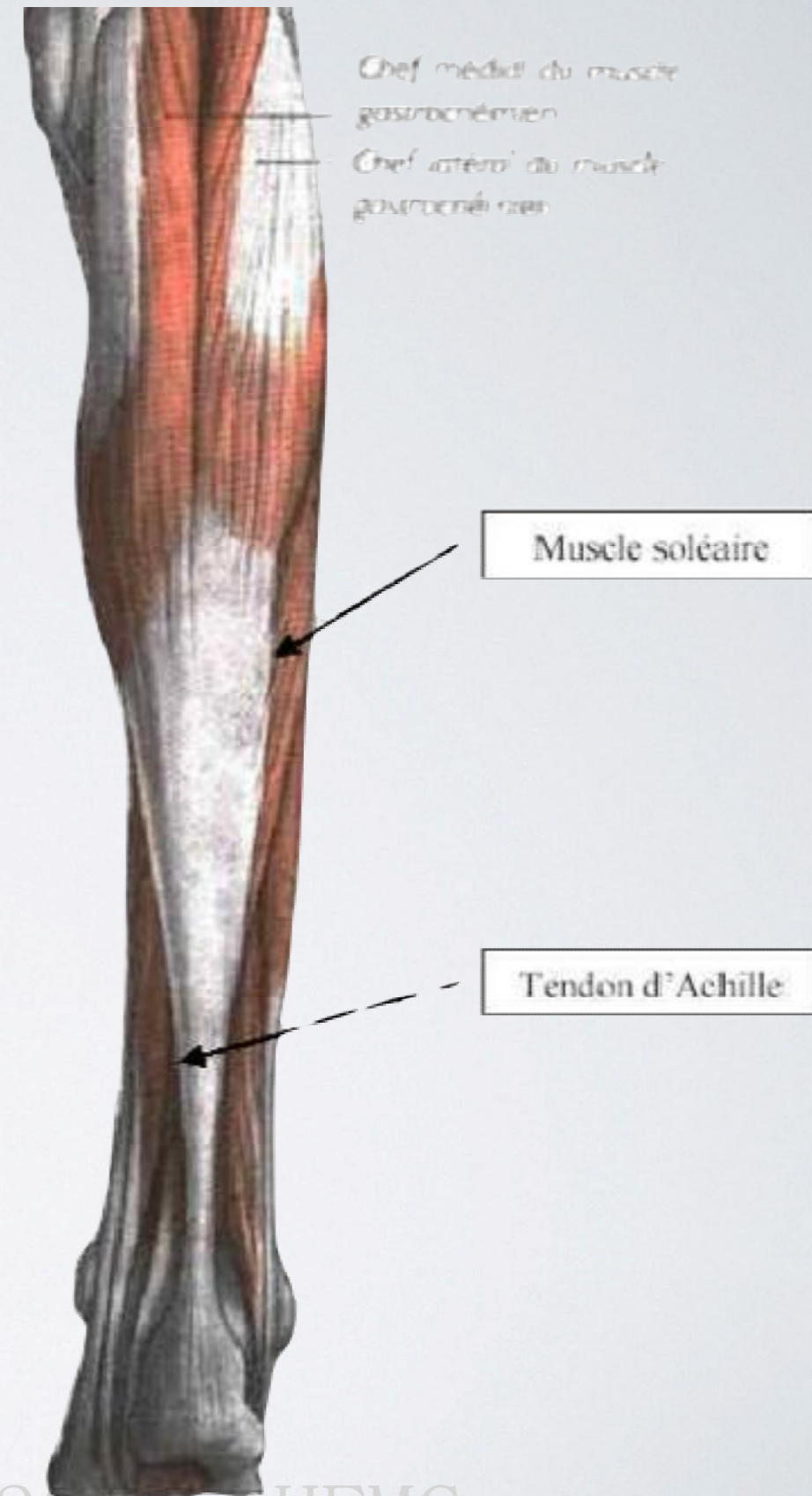
TERRAIN

- rarement tendon sain (jeune sportif)
- le + svt, quadragénaire sportif
- perte des qualités mécaniques
- masculin 8 fois sur 10
- Fce : 20 pour 100 000 par an



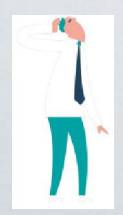
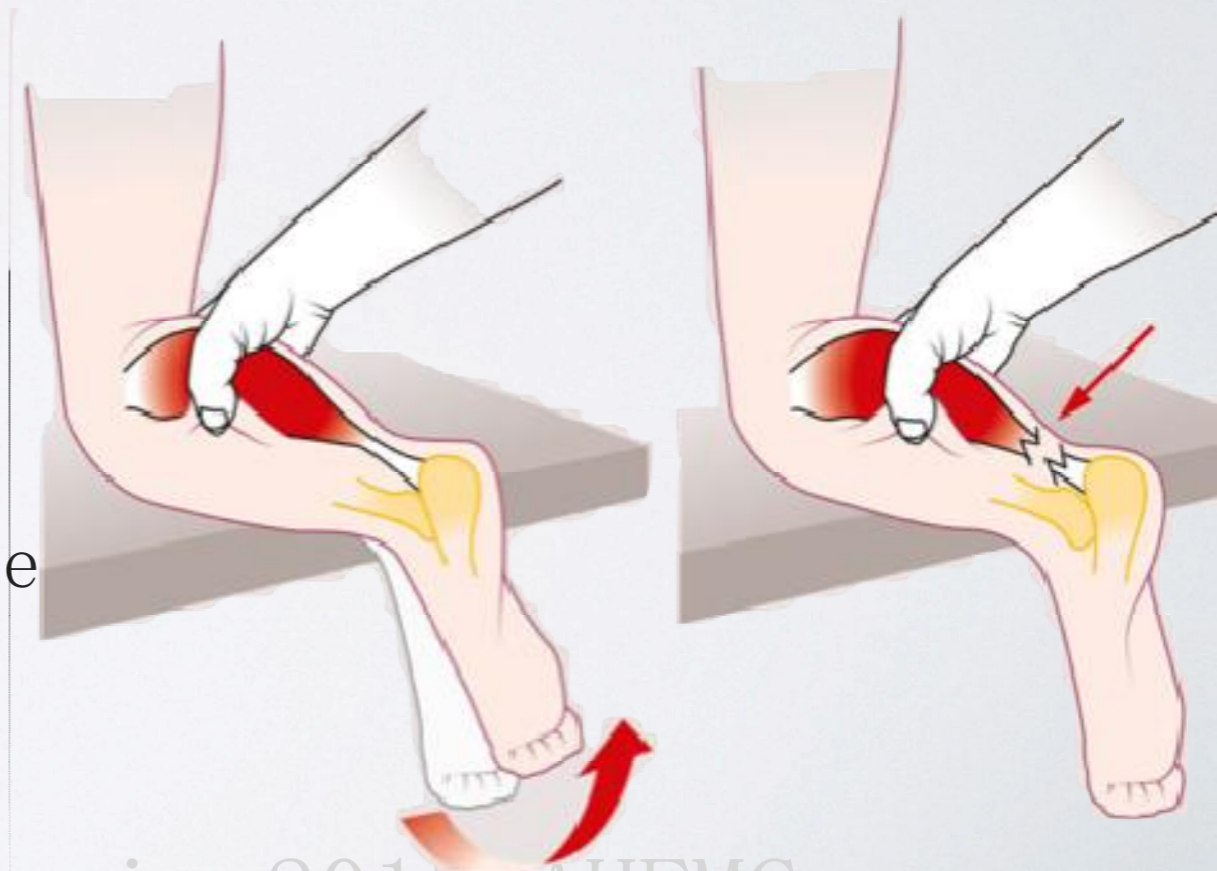
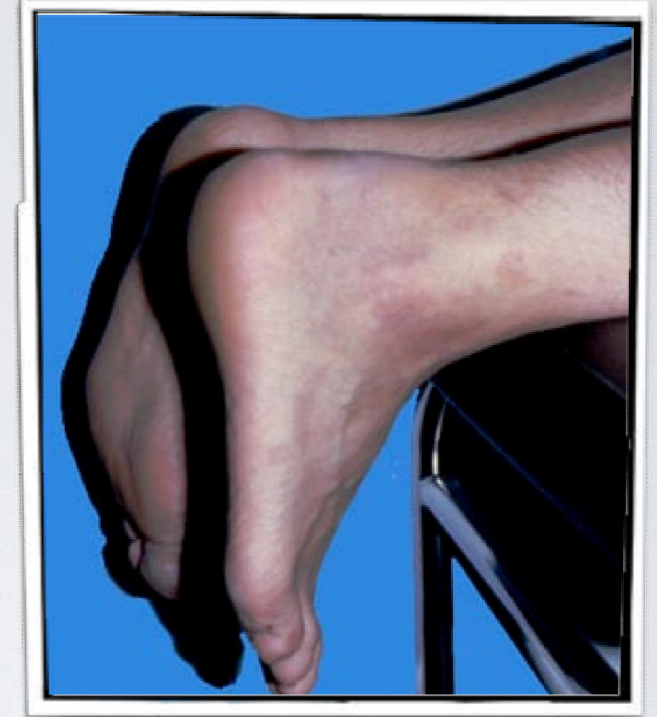
ANATOMIE

- zone moins bien vascularisée à la partie moyenne du tendon.
- favorisée par la prise de médicaments (fluoroquinolones) voire de maladies rhumatismales.



SIGNES CLINIQUES +++

- douleurs absentes ou modérées
- encoche puis oedème, perte de l'équin spontané (signe de BRUNET) et augmentation de la flexion dorsale passive
- Flexion plantaire contre-résistance impossible mais la flexion active est possible couché ! (fléchisseurs)
- Appui impossible sur la pointe du pied
- Signe de CAMPBELL THOMPSON (la pression du mollet ne provoque pas de flexion plantaire du côté rompu)



EXAMENS COMPLEMENTAIRES

- ni radio
- ni échographie
- ni IRM

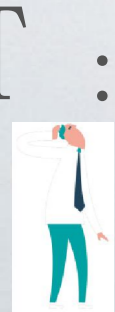
ne sont utiles au diagnostic



risque : un diagnostic de rupture partielle peut égarer le diagnostic

: parfois traitement orthopédique, le + svt suture chirurgicale

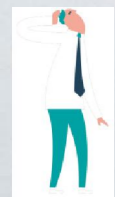
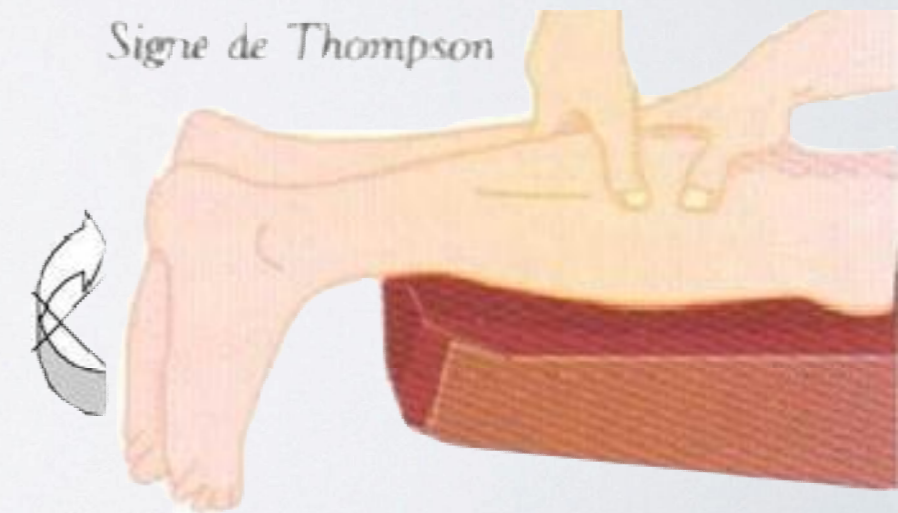
colloque traumatologie 2015 AHFMC



RUPTURES PARTIELLES ???

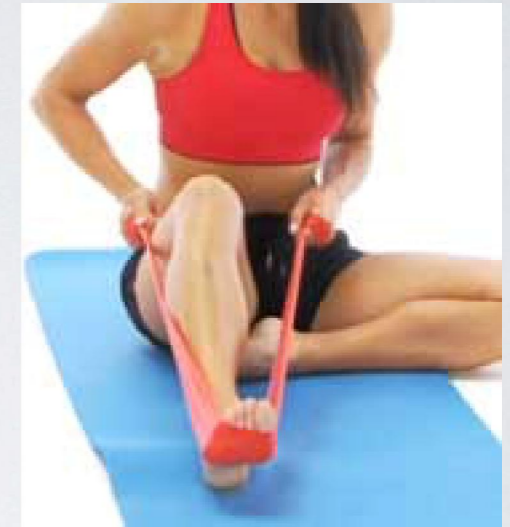
- retenir qu'elles n'existent pas

- sauf exceptions => examen clinique ++++



TENNIS LEG

- coup de tonnerre dans un ciel serein
- > 40 ans
- claquement brutal, après qqes dizaines de minutes
- arrêt du sport
- rupture fibres musculaires : jumeau interne
- douleurs au milieu du mollet sur la face interne
- puis hématome
- TTT fonctionnel : (RICE) repos relatif, surélévation, glaçage, compression, kinésithérapie
- reprise du sport variable (après deux mois)
- prévention : échauffement, hydratation, étirements...

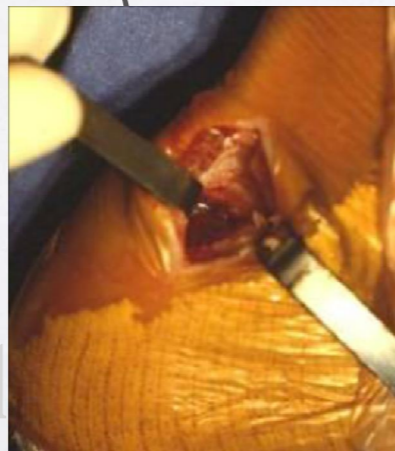


MALADIE DE HAGLUND

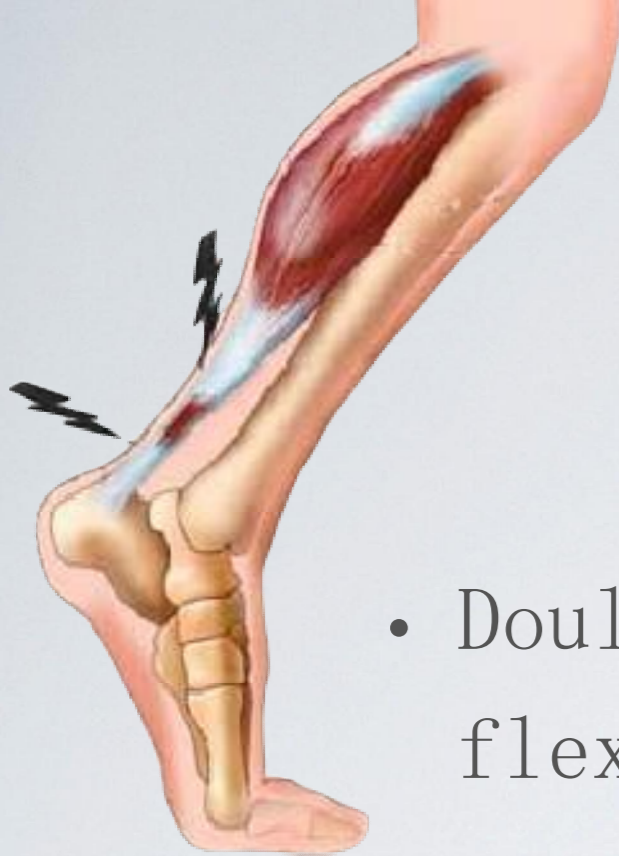


calcanéus, saillante

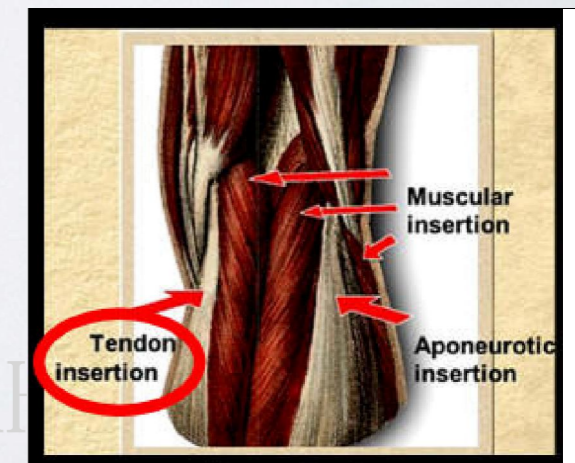
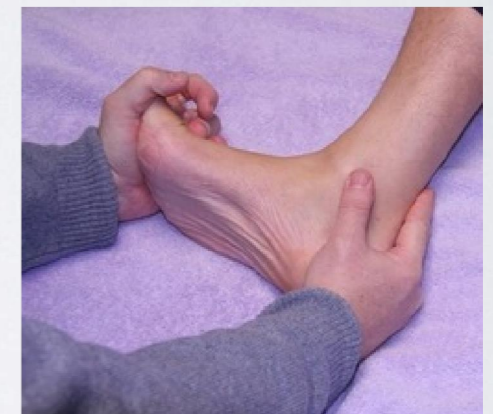
- TTT médical 80%
- chirurgie si échec (résection grosse tubérosité,



TENDINOPATHIE CALCANEENNE



- Douleurs à la palpation, l'étirement passif, la flexion plantaire contre résistance
- palpation de nodules éventuels ou d'augmentation de volume
- Traitement médical (chaussage talon, orthèses plantaires, kinésithérapie)
- Traitement chirurgical (peignage, allongement des gastrocnémiens...)



MERCI



colloque tra



lundi

« LE GENOU DU LUNDI MATIN »

L'examen : temps essentiel

C. JARDIN, G. PIERRARD, S. BERTIAUX

colloque traumatologie 2015 AHFMC



INTRODUCTION

- 6 tableaux caricaturaux



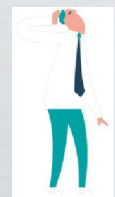
- Diagnostic

- Interrogatoire

- Inspection



- Examens complémentaires ciblés, selon contexte



INSPECTION

- Tranche d'âge
- Boiterie
- Flessum
- Canne
- Orthèse



INTERROGATOIRE

Circonstances

ATCD

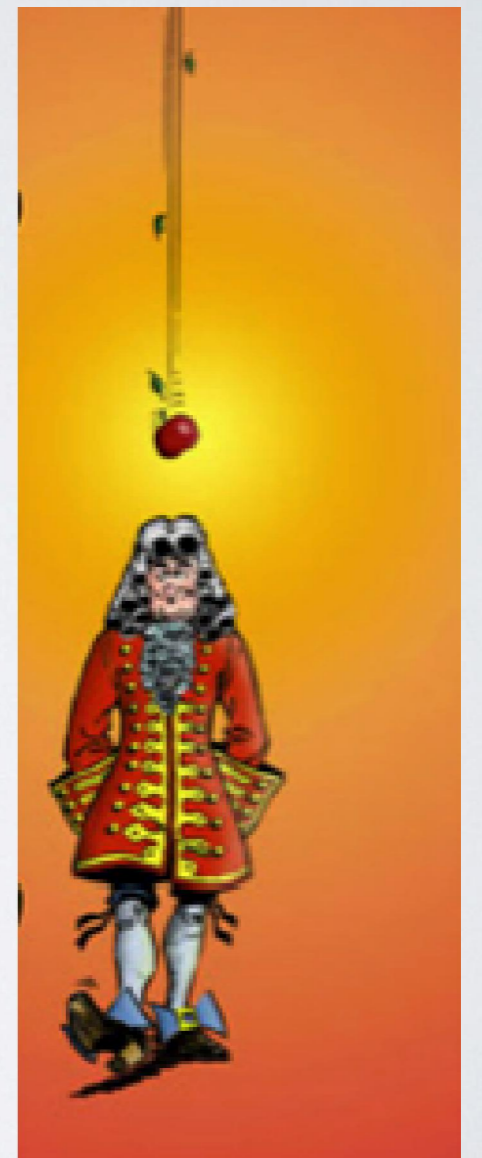
Symptôme **prédominant** :

Douleur

Blocage

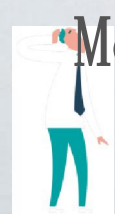
Epanchement

Instabilité



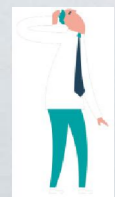
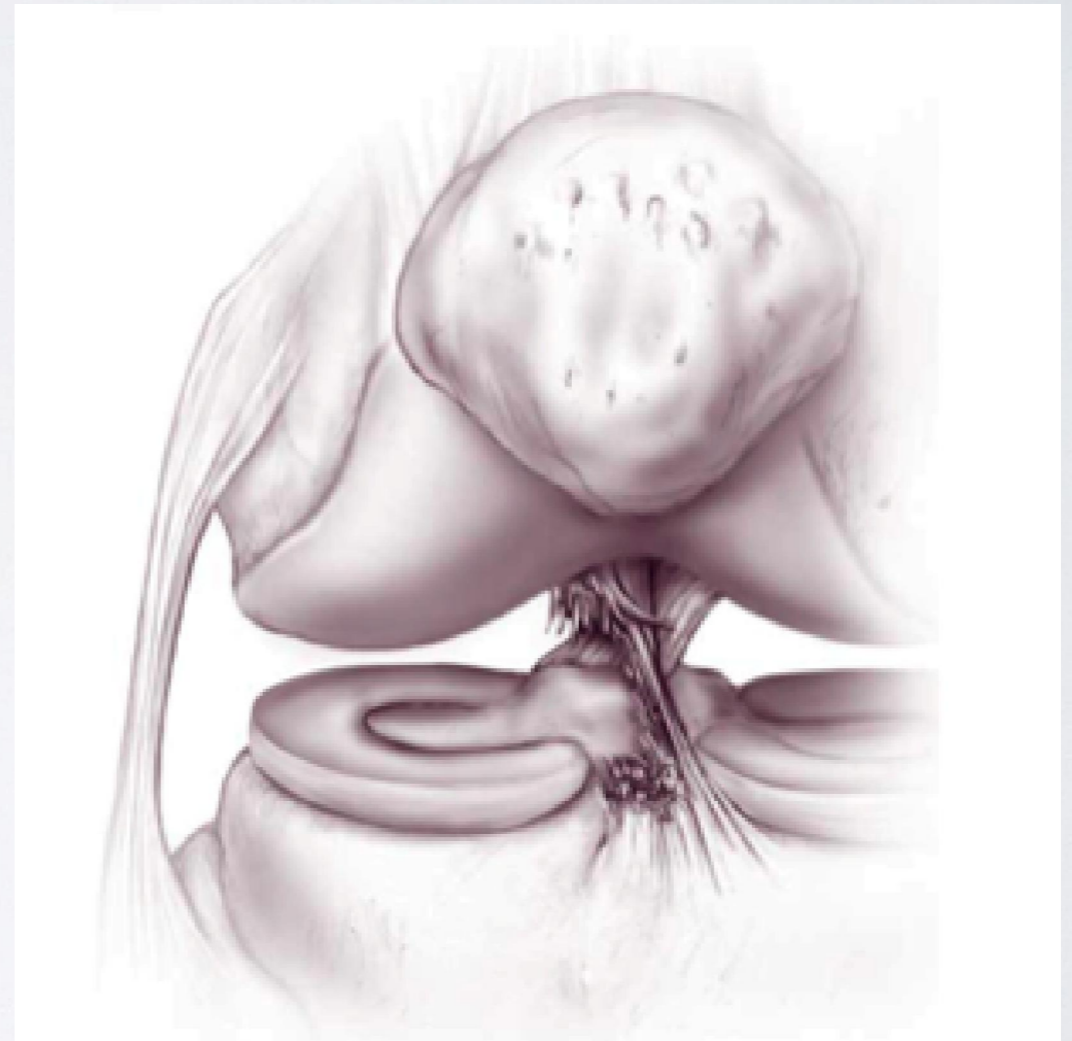
Mots Clés : accroupi, claquement, se déboîte, montée escaliers...

colloque traumatologie 2015 AHFMC



CAT

- Quelques signes cliniques
 - Ménisque
 - Laxité
- Consultation spécialisée en urgence :
 - Blocage aigu en flexion
 - Laxité frontale
 - Verrouillage, flessum actif
 - Fracture



LE PUBERTAIRE

- Garçon de 14 ans

- 1m75

- Rugby



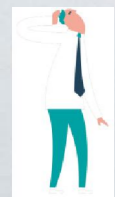
- Douleurs antérieures de genou chroniques depuis le début de l'année

- Majoration après le match de samedi



MALADIE D'OSGOOD-SCHLATTER

- Apophysite de croissance
- Œdème + douleurs tubérosité tibiale
- Après l'effort
- Éliminer **ré**traction du quadriceps
- Radiographies comparatives
- Traitement fonctionnel
 - Adaptation intensité du sport
 - Pas d'immobilisation
- Chirurgie **exceptionnelle**
 - Mobilisation calcification / avulsion



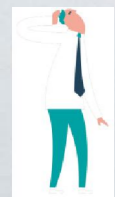
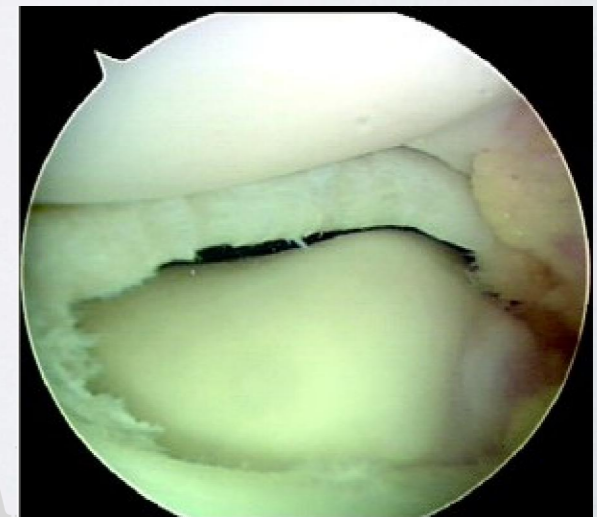
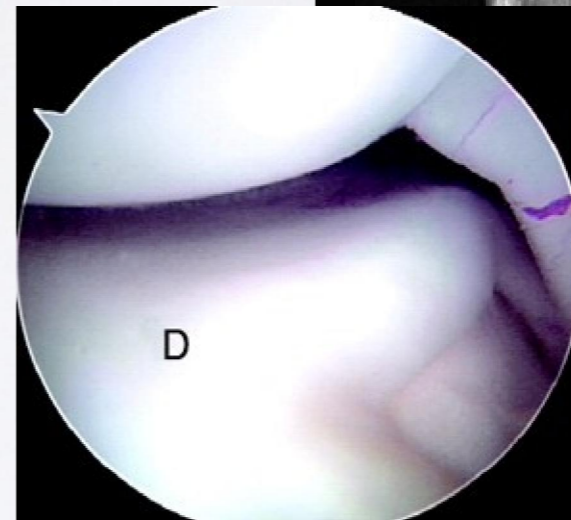
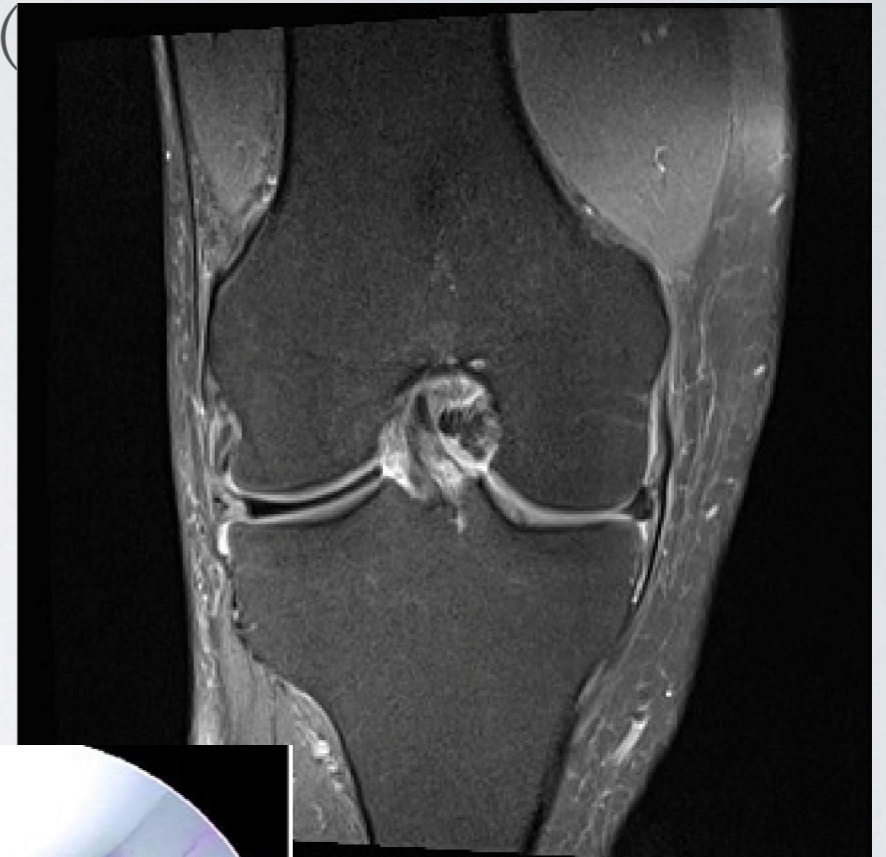
LE PUBERTAIRE

- Fille de 13 ans
- Claquement et blocage du genou depuis ce week-end
- Ressaut reproduit sur le compartiment externe lors de la flexion/extension
- Pas de traumatisme retrouvé
- A fait du trampoline durant le week end



MÉNISQUE LATÉRAL DISCOÏDE

- Malformation méniscale la plus fréquente (à 5 %)
- Asymptomatique le plus souvent
- Devient symptomatique si lésion associée
 - déchirure
 - kyste
- Rx sub-normale
- IRM ++
- Traitement arthroscopique conservateur
 - Méniscopectomie +/- suture



"LA ROTULIENNE"

- L' INSTABLE

- LES DOULOUREUSES

L' instable

La douloureuse





colloque traumatologie 2015 AHFMC

RÉDUCTION (SOUVENT SPONTANÉE)



- Éliminer un appareil extenseur rompu .

Fracture rotule, rupture quadriceps et tendon rotulien.

Verrouillage en extension
colloque traumatologique

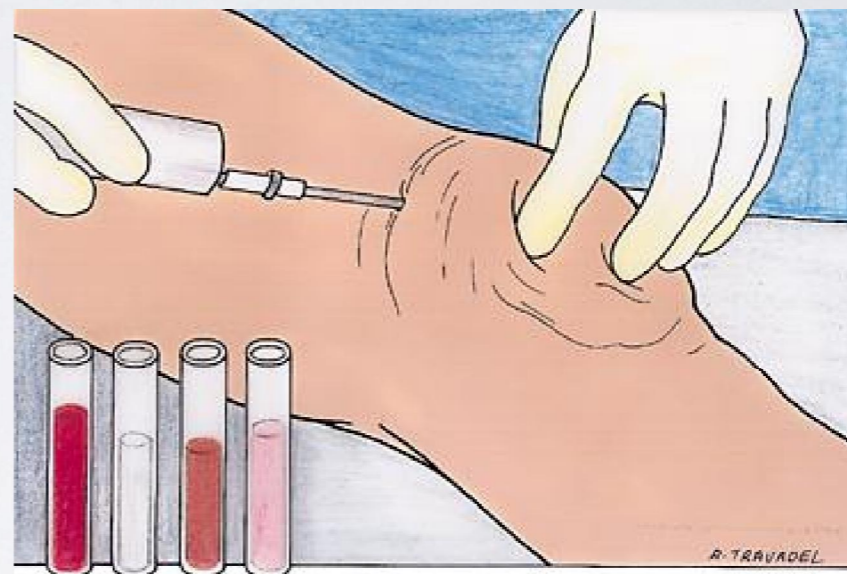


LES PLUS GROS ÉPANCHEMENTS

- Choc

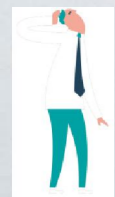
rotulien (=

signe du
"glacé")



- Ponction articulaire (sous asepsie stricte)
- Antalgique (tension articulaire)
- Facilite le testing ligamentaire (normal)

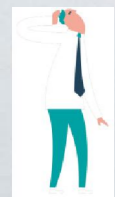




colloque traumatologie 2015 AHFMC

L' INSTABLE

- Luxable,
- Subluxable,
- Appréhension
(signe de
smilie)

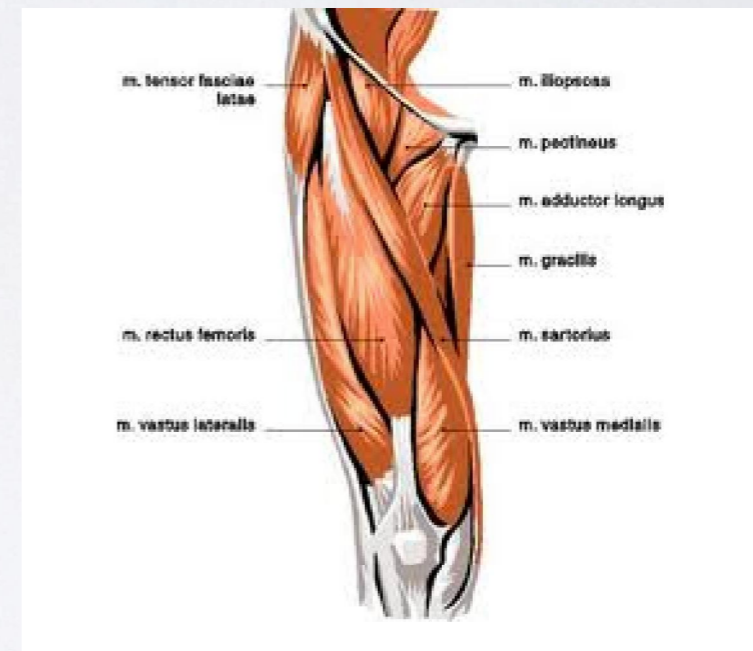


TOUT LE MONDE NE FAIT PAS UNE LUXATION DE ROTULE

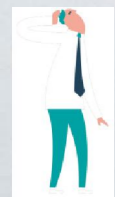
QUATRE FACTEURS D'INSTABILITÉ

1° Dysplasie :

Trochlee et rotule



= vaste medial court
(inversion du
quadriceps)





colloque traumatologie 2015 AHFMC



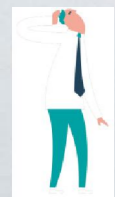
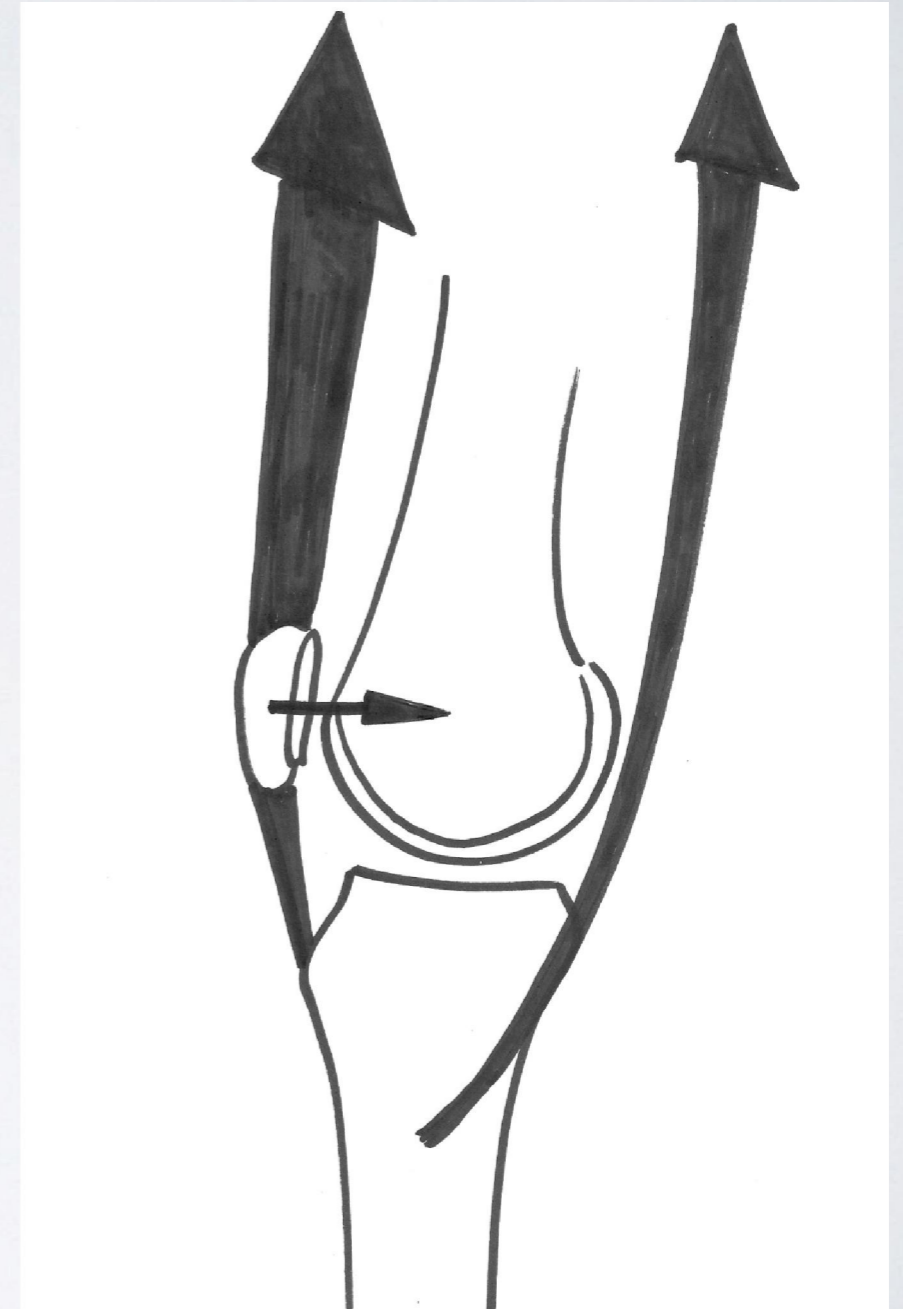
colloque traumatologie 2015 AHFMC



colloque traumatologie 2015 AHFMC

LES 3 DOULOUREUSES DU LUNDI!

- Déséquilibre musculaire,
 - sédentaire
 - ou sportif malpratiquant

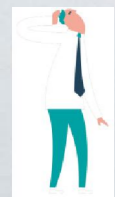




colloque traumatologie 2015 AHFMC

2° LA CONTUSION DIRECTE

- NO TOUCH !
- “La rééducation n’est pas indiquée après contusion et SDR post contusif en phase aigue”.
- « STRECH AND SEE »
- AT.....et les mois passaient.....



3° « LA » DOULOUREUSE

- Fréquente +++
- Avec maman, dispense gym...
- Interrogatoire++: Syndrome Rotulien
- Douleurs caractéristiques
 - descente, cinema...
 - Antero-interne : Les lésions de la corne antérieure du ménisque Interne n'existent pas!
- **Dérobements** (≠accident instabilité)
- Pseudo-blocages (≠méniscal)

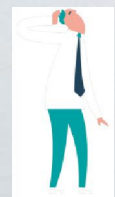




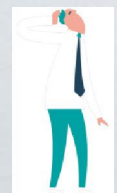
colloque traumatologie 2015 AHFMC

LA DOULOUREUSE

Pas de chirurgie : Etirements
(déséquilibre sagittal)



- Considérer l'aspect psy
(cf symbolique « le genou
de Claire »)
- Expliquer
- Ne pas trop
médicaliser. (scanner
IRMN inutile)
- Aller plus loin test isocinétique
(Vision objective, quantifiée et
relative des déficits)





colloque traumatologie 2015 AHFMC

"L' ANTI-ROTULIENNE ! "

1° Bien dans sa tête et bien dans son corps,

2° Pratique d'étirements et activité sportive équilibrée,

3° Pas d'anomalies morphologiques, ...

Alors PEU DE CHANCE DE VENIR LUNDI
(pour un pb rotulien...)



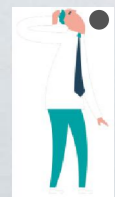
LE JEUNE MENISCAL OU CARTILAGINEUX

- Sport ou bricolage
- Caractère aigü, brutal
- Coup de poignard
- Accroupi, torsion
- Blocage en flexion et impotence



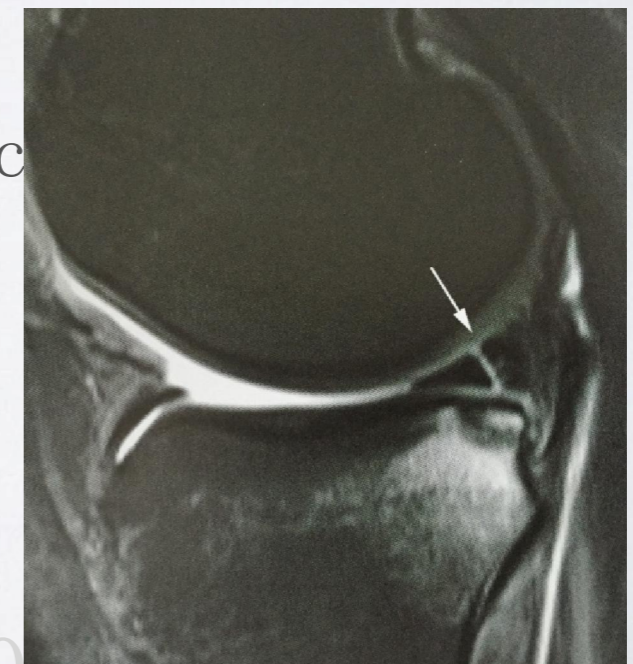
Quelque chose se déplace...

colloque traumatologie 2015 AHFMC

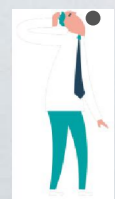


LE JEUNE MENISCAL OU CARTILAGINEUX

- Quelques signes cliniques
 - Grinding test, Mac Murray
 - Eliminer laxité associée : Lachman, VFE, VRI (épar
 - Eliminer flessum actif : Ligament rotulien, Quadricipital
 - Manoeuvre de réduction : hyperflexion et déc
- RADIO +++ +/- IRM

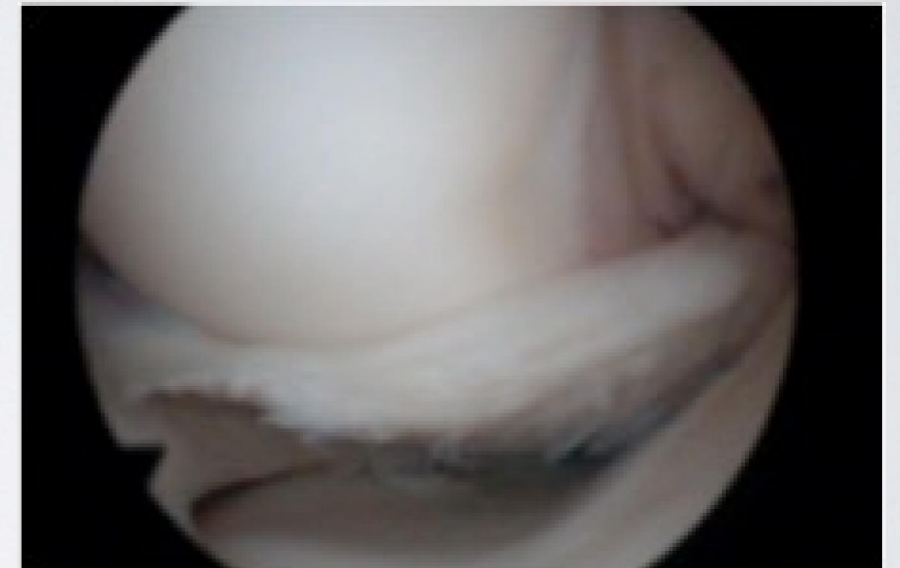
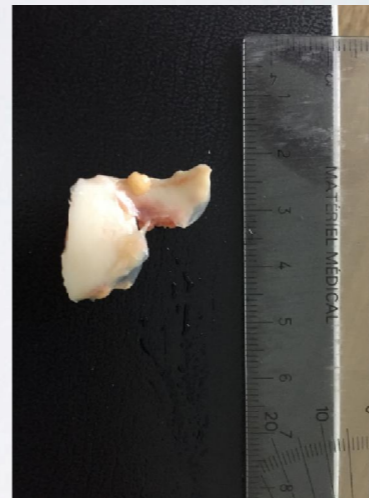


Avis Urgent



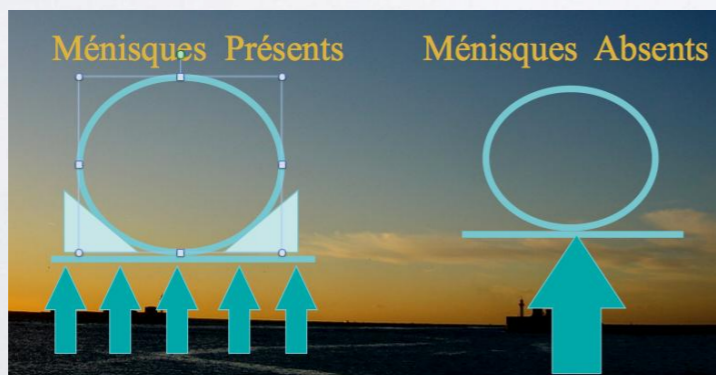
LE JEUNE MENISCAL OU CARTILAGINEUX

- Fragment ostéochondral



- Lésion méniscale : languette ou anse de seau

- PRESERVATION MENISCALE ++



LE LIGAMENTAIRE

- pratique sportive 70 à 85 %
- traumatisme à haute énergie
- craquement audible
- **d**éformation post-traumatique / luxation rééc



Rupture lors d'un mouvement appuyé en valgus flexion rotation externe

- Instabilité
 - Antérieure Vs Rotatoire
- Appui et marche conservés
- Lésions associées

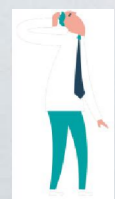


Rupture lors d'un mouvement appuyé en varus flexion rotation interne



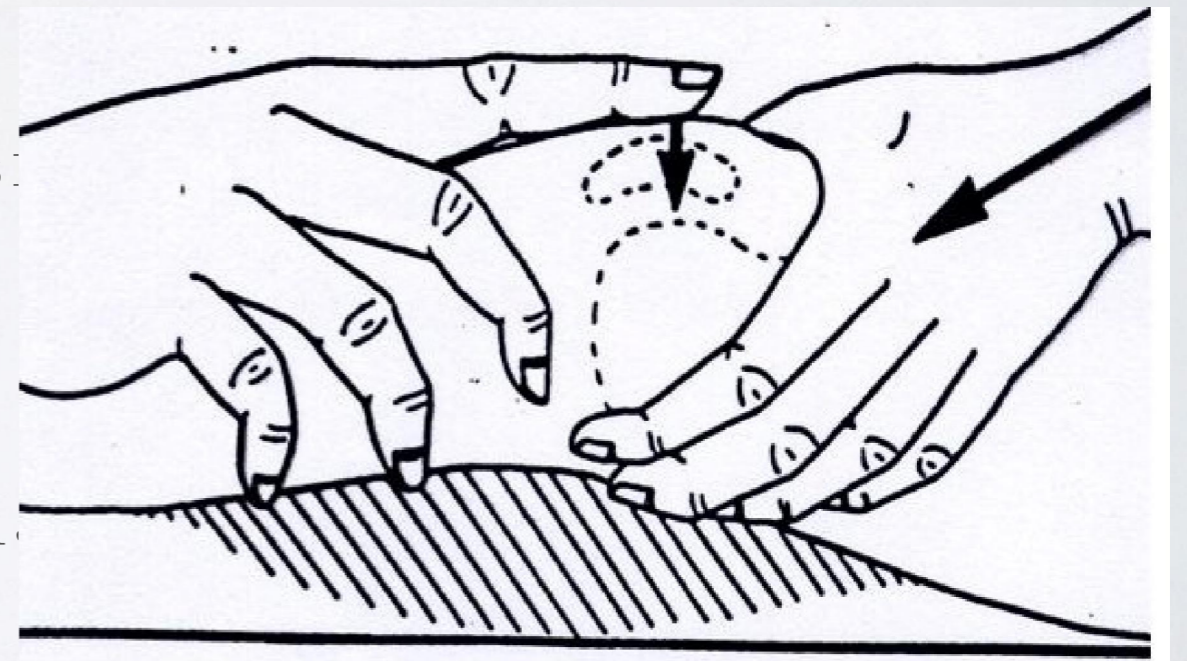
Rupture par hyper extension non appuyée

- Blocage méniscal



LE LIGAMENTAIRE

- Signes cliniques aigus
- Hémarthrose
 - Choc rotulien
- Flessum
- Testing du LCA le plus souvent impossible
- Lésion ligamentaire périphérique
 - Douleur ou laxité valgus/varus à Fl.



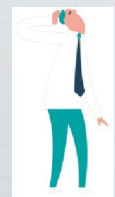
ELIMINER UNE LUXATION / ENTORSE GRAVE

colloque traumatologie 2015 AHFMC



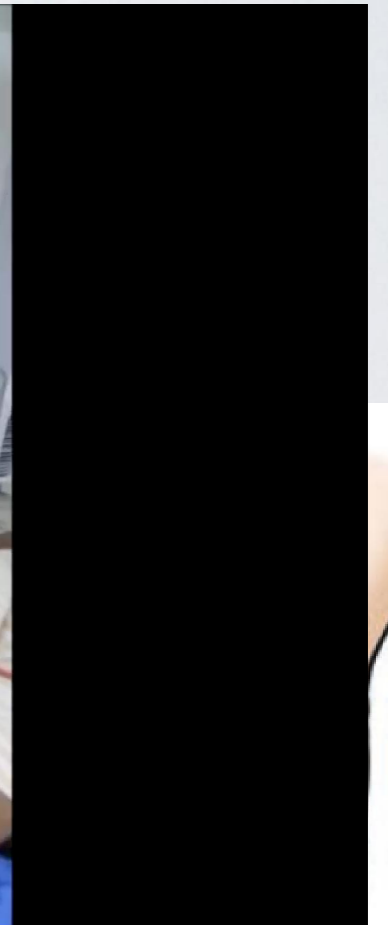
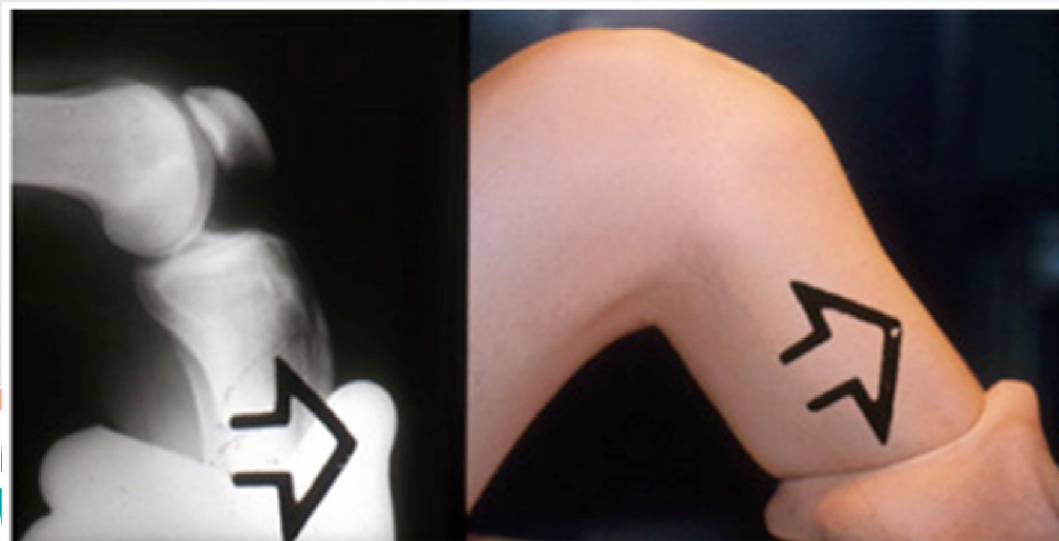
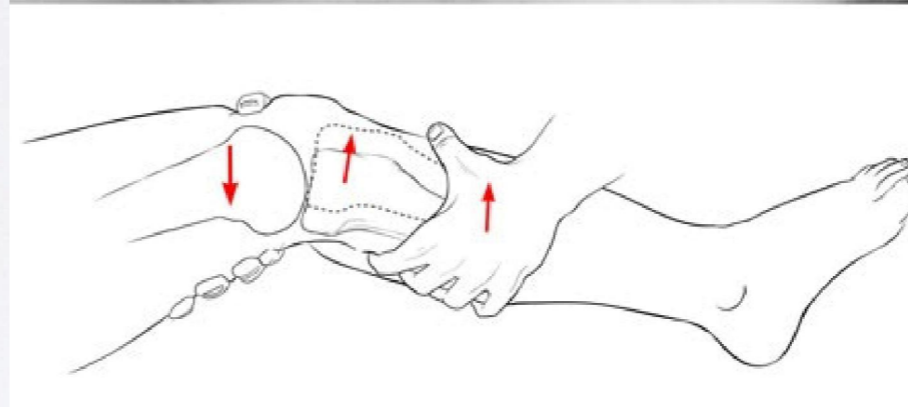
LE LIGAMENTAIRE

- Eliminer une luxation / entorse grave
- Ecchymose du creux poplité/mollet
- Recurvatum asymétrique
- Laxité frontale en extension
- Déficit vasculo-nerveux



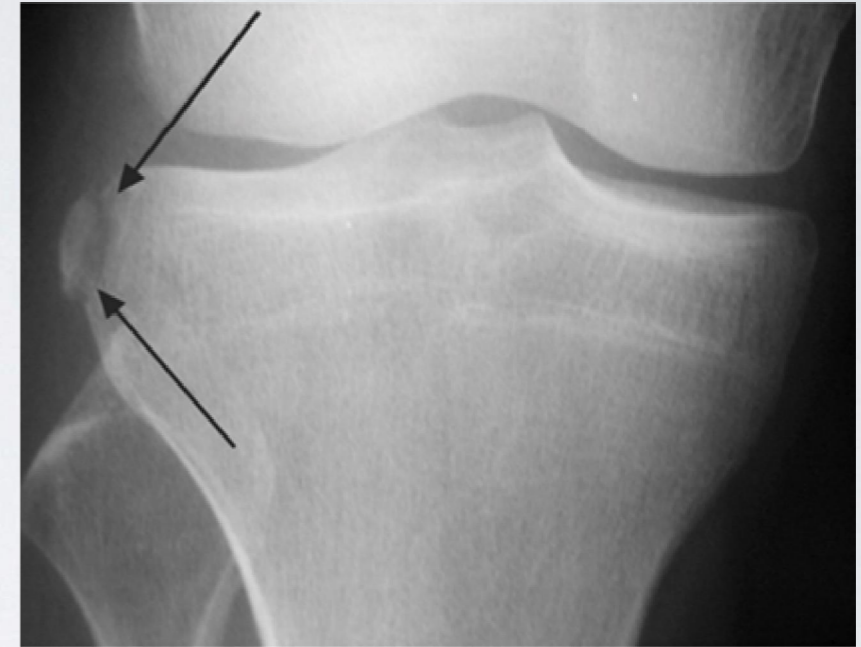
LE LIGAMENTAIRE

- Signes cliniques chroniques > J15
- Signes de lésion du LCA
 - Test de Lachman-Trillat
 - Tiroir antérieur
 - Ressaut rotatoire ou Jerk-test
- Recherche de lésions associées
 - Lésions méniscales



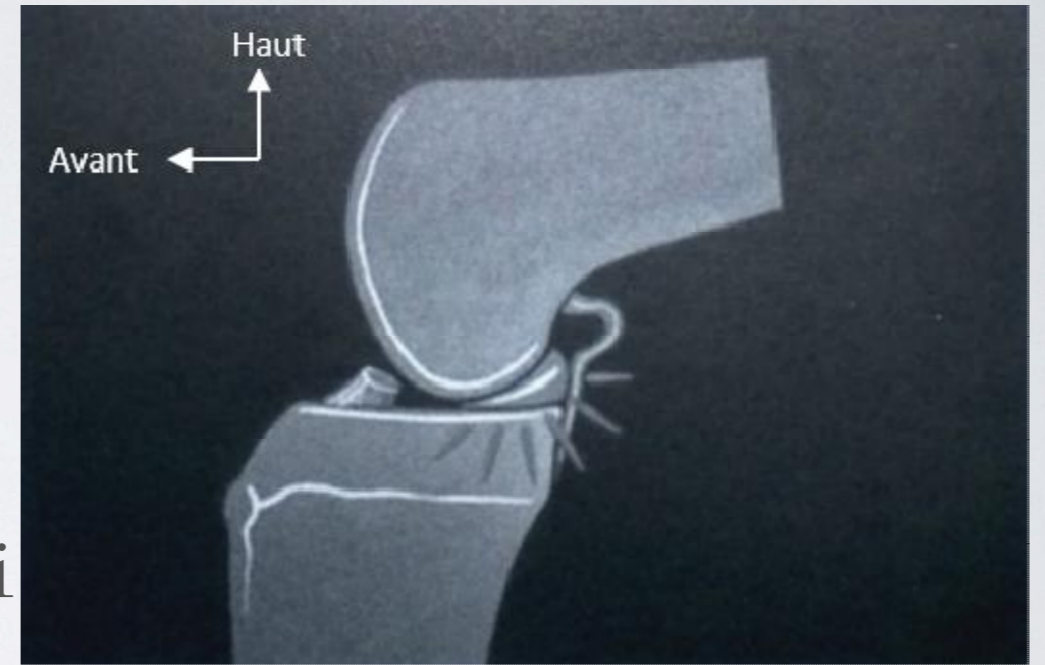
LE LIGAMENTAIRE

- Examens complémentaires
- Radiographies standards
 - Le plus souvent normales
 - Élimine une fracture associée
 - En charge avec schuss si > 40 ans
- IRM ++
 - Examen de référence
 - Confirmation diagnostique
 - Recherche de lésions associées
 - ménisques, ligaments périphériques, cartilage



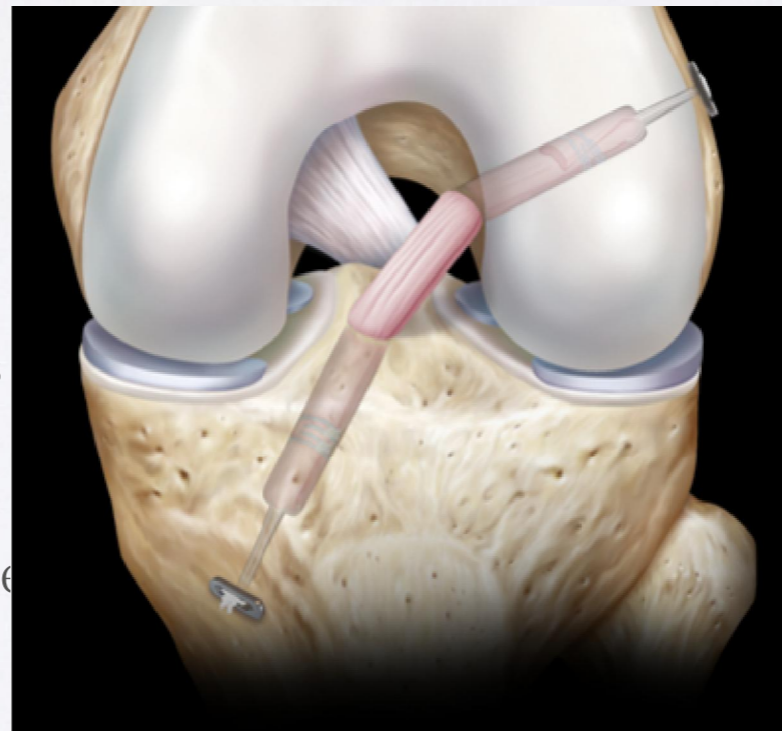
LE LIGAMENTAIRE

- Conséquences biomécaniques
- Translation tibiale antérieure
- Accidents d'instabilités
 - Lésions méniscales médiales postérieures
 - Lésions ostéocondrales du condyle interne
- Rupture de la corne postérieure du ménisque médial
 - Majoration du tiroir antérieur ± ressaut
 - Lésions cartilagineuses fémoro-tibiales internes



LE LIGAMENTAIRE

- Traitement initial
- Protocole RICE
- Attelle articulée si lésion associée du plan périphérique
- Appui complet
- Rééducation **immédiate**
 - Physiothérapie
 - Entretien musculaire
 - Proprioception
- Avis chirurgical systématique s
 - Sujet jeune
 - Activité sportive de haut niveau
 - Lésion méniscale
- Échec du traitement fonctionnel

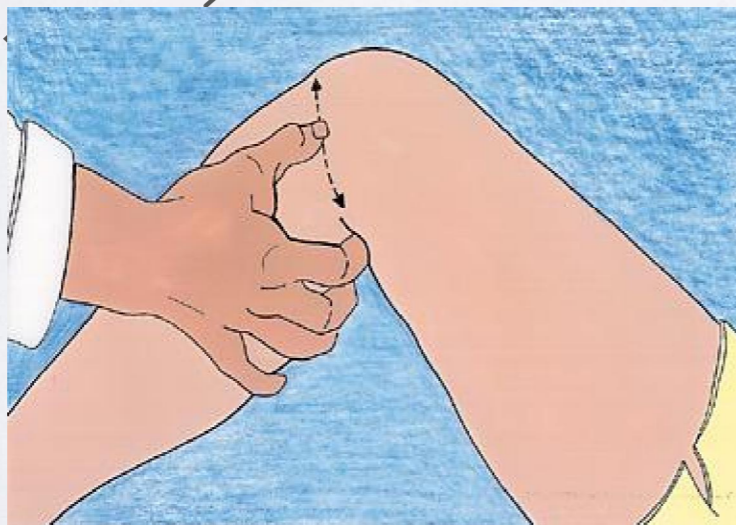




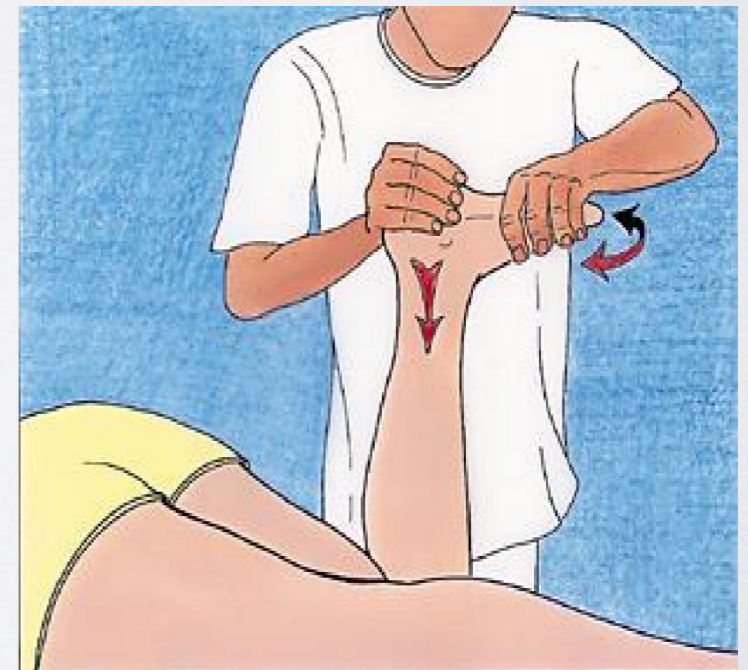
colloque traumatologie 2015 AHFMC

- Le weekend de trop : bricolage, sport...
- Symptômes :
 - Crise douloureuse latéralisée
 - Epanchement
 - Parfois blocages en flexion, accrochages

- Signes



Interlignes
Mac murray



Grinding test





colloque traumatologie 2015 AHFMC

LES 3 ENNEMIS DU MÉNISQUE

2° La Laxité

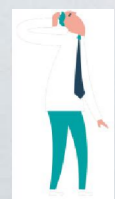
Ligament CROISE



3° Le Poids



colloque traumatologi



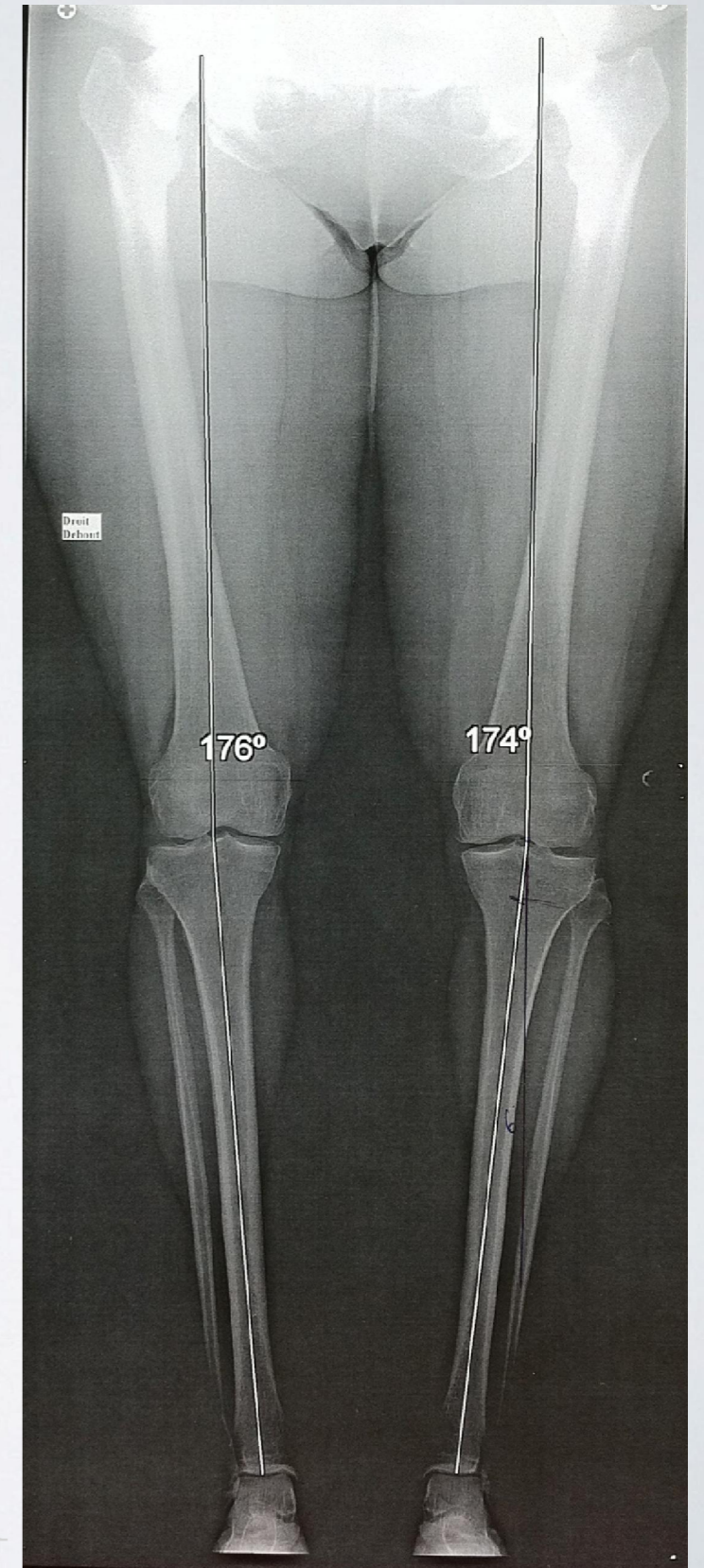


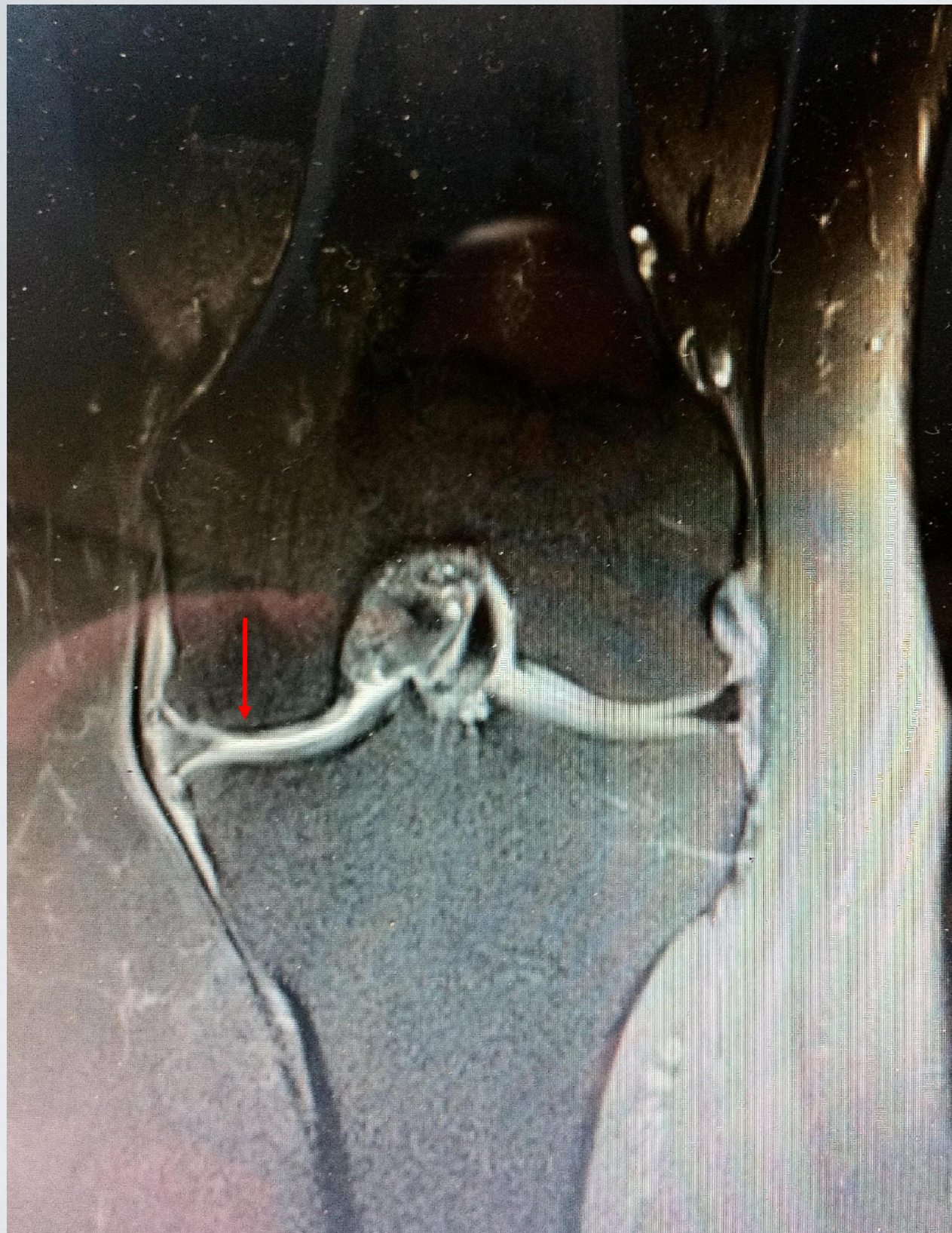
colloque traumatologie 2015 AHFMC

(L'ARTHROSCOPIE N'A PAS DE PLACE POUR LE DIAGNOSTIC!)

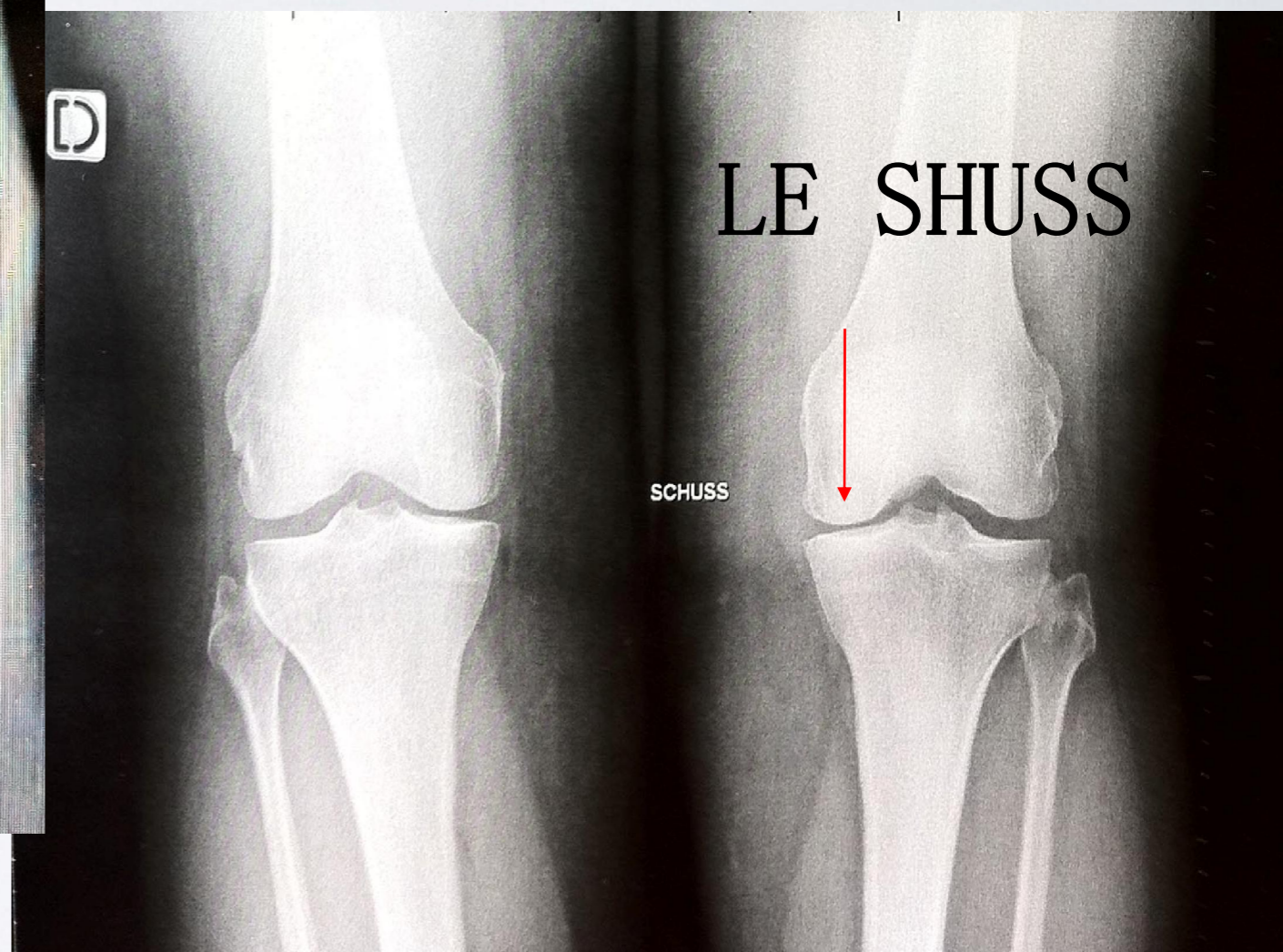
Après six semaines :

Pangonogramme ++++





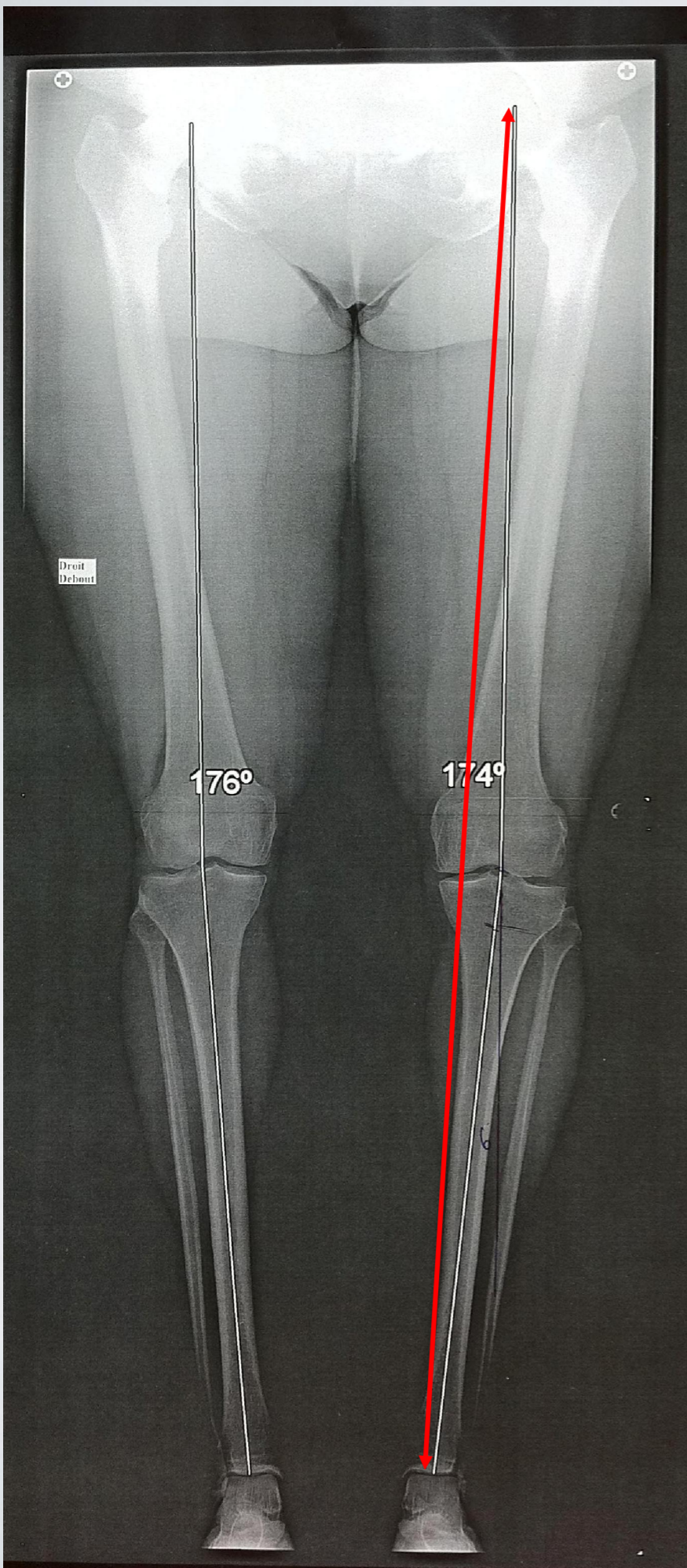
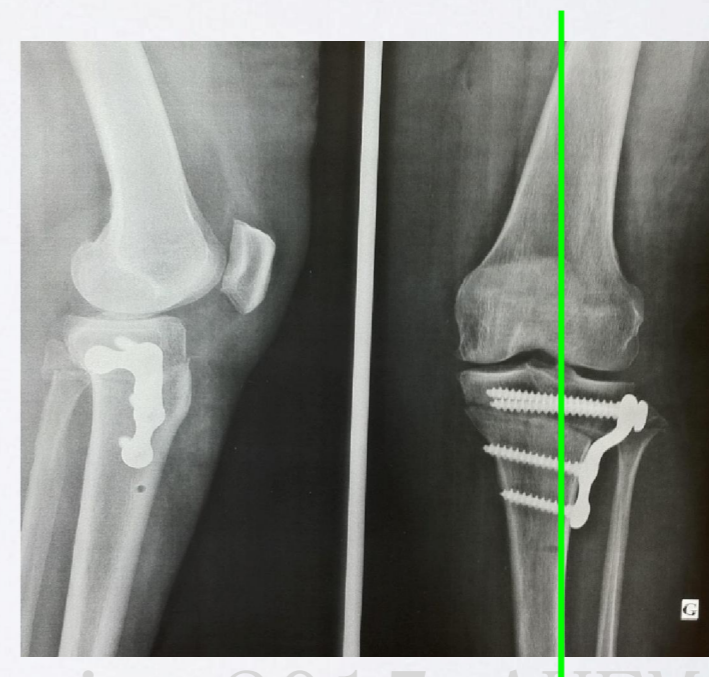
Mme Bar.
48 ANS
ARTHRO?



Pas d'arthro!

Ttt Médical et Rhumato

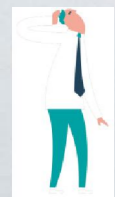
.....(Ostéotomie
tibiale de valgisation).



SI AXE NORMAL

Si blocages: arthroscopie "informée"

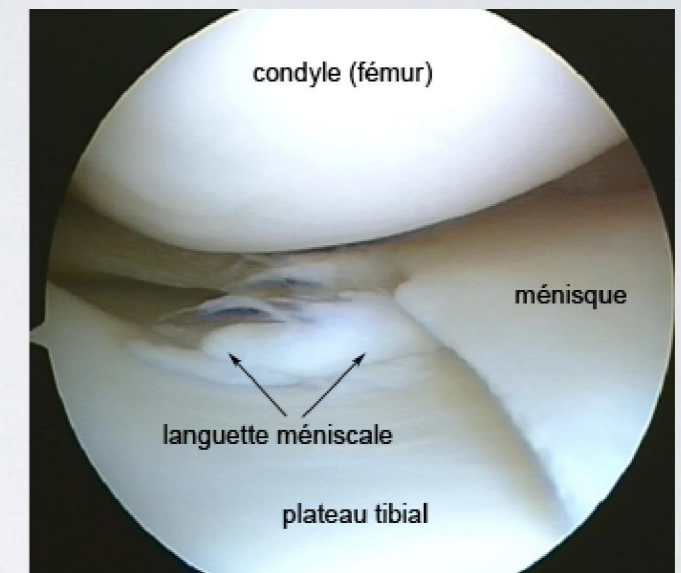
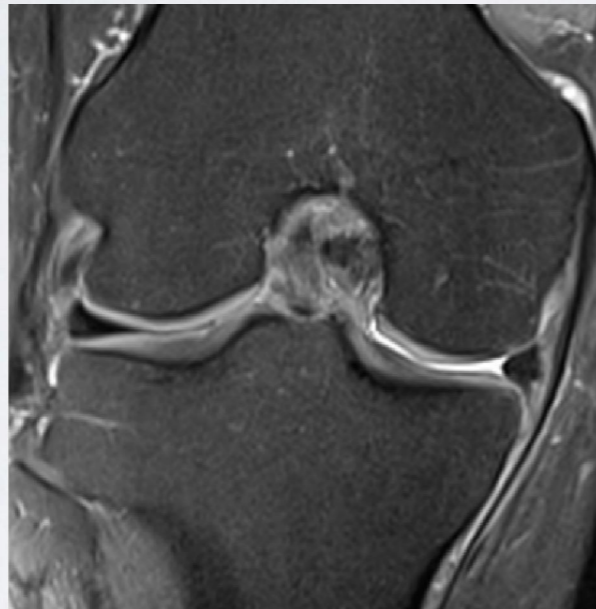
Si pas de blocages : ttt médical, visco...



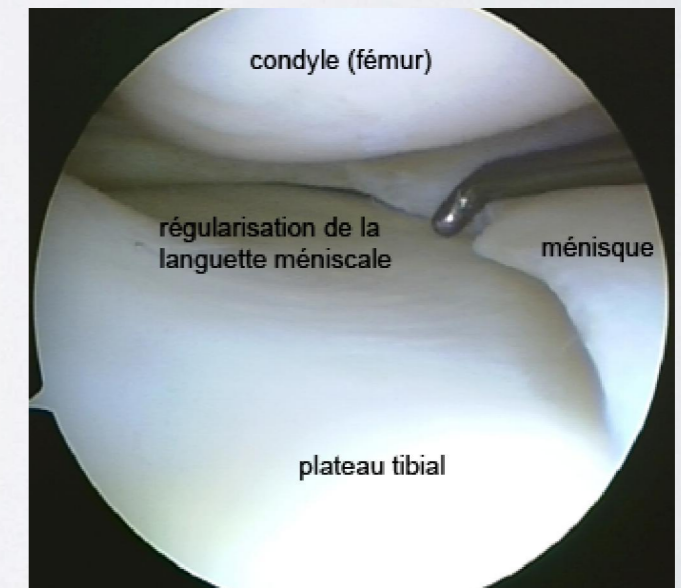
ARTHROSCOPIE IDÉALE

MÉNISCECTOMIE PARTIELLE POUR LÉSION MÉNISCALE

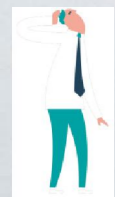
- Douleurs brèves et brutales, blocages
fugaces



- Cartilage impeccable (PAS DE PINCEMENT (schuss))
- Axes corrects $< 5^\circ$



- Pas de laxité!





colloque traumatologie 2015 AHFMC

CONCLUSION :

HORS BLOCAGE PAS D'URGENCE

- Economie méniscale
- Surtout si défaut d'axe, laxité et surpoids
 1. Pas d'accrochages mécaniques, lésion stable :
Pas d'arthroscopie
 2. Défaut d'axe et gonarthrose débutante
discuter l'ostéotomie en cas d'échec du ttt
médical

Objectifs : soulager et différer la



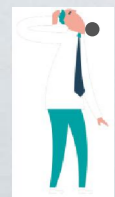
LE VIEUX MENISCAL ET CARTILAGINEUX

- Douleurs chroniques accutisées :
 - UN "gêne" ancienne
 - ATCD méniscal ou ligamentaire négligé
- Terrain rhumatisant (CCA, goutte...), surcharge
- Effort ou activité inhabituelle, demande trop forte
- Pas traumatique, Douleur du "lendemain"
- Epanchement ++



Montée des escaliers, douleur nocturne +/- rotation

colloque traumatologie 2015 AHFMC



LE VIEUX MENISCAL ET CARTILAGINEUX

- Quelques signes cliniques

- Choc

- Axe

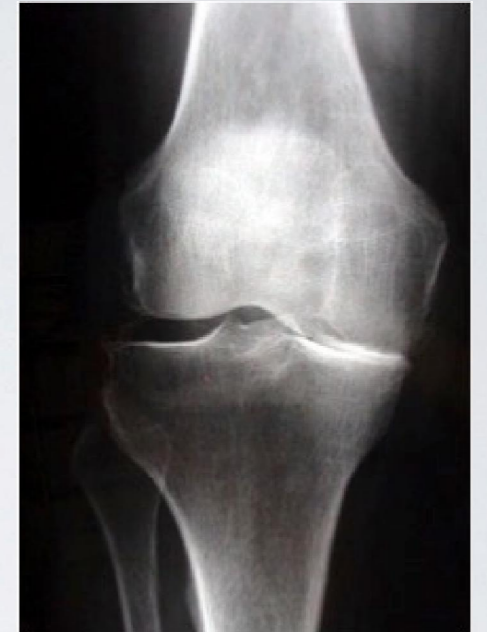
- Réductibilité d'une déformation : GVR, GVG

- Douleur et craquement du compartiment en pression

- Signes méniscaux bâtards

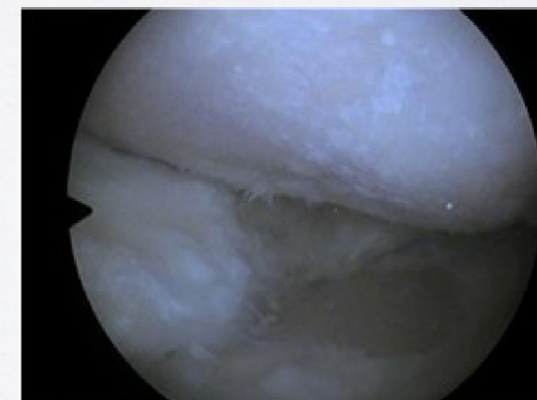
- RADIO ++, SCHUSS comparatif

- Sûrement pas d'IRM urgente !



LE VIEUX MENISCAL ET CARTILAGINEUX

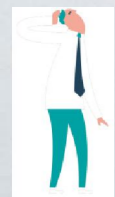
- Poussée arthrosique :
 - Pincement
 - Oedème osseux
- Poussée méniscale : lésions dégénératives
- Nécrose
- Traitement symptomatique
- Non chirurgical en urgence !



• Rhumatologie / Chirurgie (visco-supplémentation, ostéotomies, prothèse

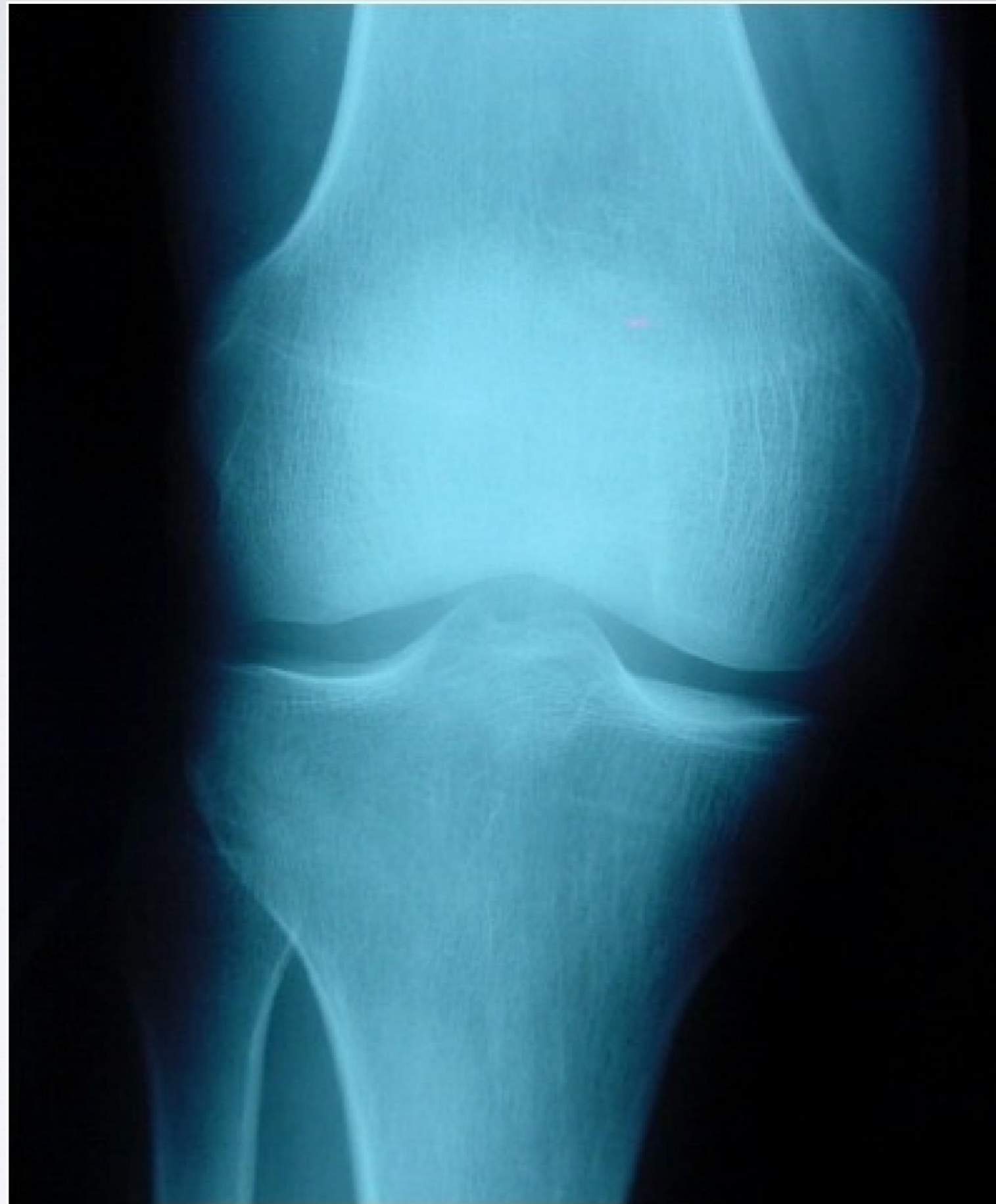
colloque traumatologie 2015 AHFMC





colloque traumatologie 2015 AHFMC

- et les fractures... radio



IRMN SIX SEMAINES



SE
TR:500
TE:14
EC:1\1 12.8Hz
KNEER
FOV:14x14
3.0cmx1.0cm
S0\01:25
256x128\1.00 HEX

1.1
11:51:00

4.000

1.000



