**Tutorat**

**Sémio chirurgie de l’appareil locomoteur**

*Conseils :*

* *Lire énoncé*
* *Extraire ce qu’il y a d’important*

**Cas clinique 1 :**

**Patiente de 62 ans tombe d’un escabeau à son domicile**

**Elle se présente aux urgences avec impotence fonctionnelle du membre inf droit et de vives douleurs au niveau de sa jambe droite. Elle a ressenti au moment du traumatisme une sensation de craquement au niveau de sa jambe. Vous pensez à une fracture des 2 os de la jambe**

1. **A l’inspection, quels signes allez-vous rechercher au niveau de la jambe ?**

(Pied doit avoir axe de 15° vers le dehors normalement)

Lésions cutanées

* Ouverture cutanée (3 stades)
* Phlyctènes

Déformations

* Raccourcissement du membre
* Valgus
* Varus

Lésions vasculaires (pied blanc) : pouls, coloration, chaleur, pouls capillaire

* Section d’une artère
* Compression
* Dissection

Lésions nerveuses

* Simple bloc de conduction (neurapraxie)
* Rupture intraneurale des axones
* Section nerveuse (neurotmesis)
1. **Citer 2 complications importantes à rechercher systématiquement lors de votre examen aux urgences et les signes pour les mettre en évidence (en excluant ouverure cutanée et embolie graisseuse)**

Signes vascu (bilatéral et comparatif)

* Si ischémie complète : on appuie sur pulpe
* Remplissage vascu : on appuie sur les veines
* Pâleur cutanée
* Chaleur (froid) avec le dos de la main
* Pouls avec le doigt

Signes neurologiques (savoir les territoires sensitifs !!)

* N. mixtes ou sensitifs 🡺 donc examen moteur et sensitif
1. **Quel examen paraclinique effectuez-vous pour confirmer le diagnostic de fracture de jambe ?**

Radio de la jambe droite : face + profil

* Avec genou et cheville
1. **Bilan radio est le suivant : décrivez les traits de fracture**

Tibia :

* trait spiroïde sur diaphyse
* déplacement : en dehors du fragment distal par rapport au fragment proximal
* si fracture était ouverte : on verrait des taches noires sur la radio = AIR
* si présence de sang avec des « yeux » sur le sang qui sort = fracture ouverte 🡺 contenu de la moelle qui s’est déversé dans le sang ≈ huile

Fibula :

1. **La fracture est ostéosynthésée. Dans la nuit suivant l’intervention, la patiente présente des douleurs insupportables dans la jambe. Quel diagnostic évoquez-vous ?**

Syndrome de loge car :

* Patiente opérée
* Douleurs insupportables = caractéristique (morphino-résistante)
1. **Quels autres signes recherchez-vous pour confirmer votre hypothèse diag ?**
* Pression dans la loge
* Dans une loge, on a nerf, vx et m 🡺 souffrance
	+ Paresthésies
	+ Œdème 🡺 jambe tendue et dure
* 4 loges dans la jambe : ant (extenseurs) / lat / post superficielle / post profonde
* On peut avoir syndrome des loges qui ne touche qu’une loge
	+ Problèmes musculaires
		- déclenche douleur (par ex : lors de la flexion des orteils)
		- mise en tension douloureuse
		- puis paralysie

Dans le cours :

* Douleur exacerbée par la mise en tension des masses musculaires
* Pouls distaux présents
* Tension des masses musculaires, œdème
* Mobilité des orteils diminuée
* CAT = prise des pressions intra-tissulaires

*Différence S log / ischémie :*

* *S loge : pas de disparition de pouls / extrémités chaudes*
* *Ischémie : pouls capillaires disparaissent / extrémités froides*

Si on n’a pas de moyen de mesurer la pression, on fait comme si c’était un S de loges et bloc en urgence

**Cas clinique 2 :**

**Patiente de 80 ans tombe de sa hauteur à son domicile, elle n’a pas pu se relever. Impotence fonctionnelle du membre inf droit + vives douleurs au niveau de l’aine. Vous pensez à une fracture de l’extrémité proximale du fémur**

1. **A l’inspection, quels signes allez-vous rechercher au niveau du mb inf droit ? +++**
* Raccourcissement
* Rotation ext
* Add
1. **Citer 2 grands types de fracture de l’extrémité proximale du fémur**
* Fracture du col
	+ Sous-capitale 🡺 classification de Garden
		- I : valgus
		- II : pas déplacé
		- III : en varus
		- IV : tête désolidarisée du col (plus de charnière)
	+ Trans-cervicale 🡺 classification de Pauwels
		- Plus le trait est vertical et plus il est soumis aux forces de cisaillement
	+ Basi-cervicale
* Fracture du massif trochantérien
	+ Per-trochantérienne
	+ Inter-trochantérienne
	+ Trochnatéro-diaphysaire
	+ Cervico-trochantérienne
1. **Quel examen paraclinique effectuez-vous pour confirmer le diag de fracture de l’extrémité proximale du fémur ?**

*Ce qu’il faut écrire sur le bon de radio*

Suspicion de fracture de l’extrémité proximale du fémur

* Profil chirurgical = de Lequesne
* + thorax pour l’anesthésiste car le patient va être opéré
* Avec fracture proximale fémur, on peut avoir d’autres fractures qu’il faut rechercher !!
	+ Fracture isolée du gd trochanter
	+ Fracture des branches ischio-pubiennes



1. **Bilan radio est le suivant : décrivez le trait de fracture**

Il faut donner le **Garden III** : tendance à partir en varus, reste une charnière

Fémur est en rotation externe

1. **Quels sont les 2 déformations visibles cliniquement qui se retrouvent …**
* Sommet du gd trochanter est trop près du bassin

**Cas clinique 3 :**

**Patiente de 70 ans tombe de sa hauteur à son domicile, impotence fonctionnelle et vives douleurs au niveau du poignet. Tombée avec le poignet en hyperextension. On pense à fracture du radius distal**

1. **A** **l’inspection, quels signes allez-vous rechercher ?**
* Déformation
	+ Déplacement dorsal
* Lésions vasculaires
* Lésions cutanées
* Lésions nerveuses
1. **Citer les 3 complications importantes à rechercher systématiquement dvt une fracture lors de votre examen aux urgences et les signes pour les mettre en évidence**
* Signes neurologiques
	+ Troubles sensitifs en 1er dans la souffrance d’un nerf puis on arrive aux signes moteurs : attention, peut être irréversible !
	+ Hypoesthésie : 3 premiers doigts de la main + bord radial
* Signes vasculaires
	+ Pâleur
	+ Pouls
	+ Coloration
* Signes cutanés
1. **Le bilan radio est le suivant : décrivez les traits de fracture**

Horizontalisation de la ligne radio-ulnaire distale

1. **Fracture est ttt orthopédiquement par réduction et immobilisation dans un plâtre brachio-antibrachio-palmaire. Douleurs insupportables**

Syndrome des loges :

* Récente opération
* Douleur morphino-résistante
1. **Autres signes du S des loges**
* Pouls périphériques
* Chaleur de la main conservée
* Douleur des masses musculaires de l’avant-bras
* Un des 1er signes dans S log bras (loge ant) = douleur à l’allongement des doigts

**Cas clinique 4 :**

**Patient de 55 ans tombe en roller sur genou droit. Choc purement antéro-post sur la tubérosité tibial genou fléchi à 90°. Il est amené aux urgences, impotence fonctionnelle du mb inf D. Au moment trauma = craquement dans genou**

1. **Inspection, genou a aspect sur la photo, quel diagnostic évoquez-vous ?**

Avalement de la tubérosité tibiale 🡺 tibia part en arrière lors d’un choc antéro-post

Rupture LCP 🡺 antéro-post !

1. **Quel est le méca en cause dans ce cas ?**

Choc antéro-post = trauma direct

1. **Quel signe de l’observation fait évoquer une entorse grave et quels tests cliniques vont confirmer hypothèse diag ?**

Signe :

Test : si rupture seule du LCP 🡺 on aura un **tiroir post**

Examen comparatif de profil :

* Recul de la tubérosité tibiale spontanément
* Recherche d’un tiroir post à 90° de flexion du genou
* Contraction contrariée du quadriceps en flexion du genou entraine une réduction du tiroir post
1. **Quel piège à éviter en testant lgt du genou ?**

(à ne pas confondre avec réduction de tiroir ant)

1. **Quel examen complémentaire accessible facilement en urgence demandez-vous et qu’en attendez-vous ?**

RX 🡺 arrachement osseux quand arrachement du ligt

1. **Une IRM et effectuée 15 jrs ap le trauma**

Rupture LCP

**Cas clinique 5 :**

**Trauma en varus cheville droite**

1. **Signes en faveur entorse grave cheville**
* (Plus l’entorse est bénigne et plus ça fait mal)
* Entorse grave = ligt totalement déchiré
* Hématome en œuf de pigeon
* Douleur
1. **Autres lésions de voisinage à rechercher systématiquement ds ce cas**
* Luxation fibulaire
* Relief des fibulaires va passer sur côté lat de la malléole ext
* Lors mvt inversion contrariée : fibulaires vont sauter sur côté de la malléole
* Fracture malléolaire
* Plus la personne est âgée, moins le diag d’entorse est plausible 🡺 forcément fracture
1. **Complications immédiates liées à immobilisation ap opération et plâtre**
* Phlébites
* Escarres (talonnières surtout)
* Syndrome des loges