



# Tutorat 2024-2025



FORMATION EN SOINS  
INFIRMIERS  
PREFMS CHU DE TOULOUSE  
Rédaction 2023-2024

Semestre 3

## UECP 31 Pathologies ostéo- articulaires

*Ce cours vous est proposé bénévolement par le Tutorat Les Nuits Blanches qui en est sa propriété. Il n'a bénéficié d'aucune relecture par l'équipe pédagogique de la Licence Sciences pour la Santé et de l'IFSI. Il est ainsi un outil supplémentaire, qui ne subsiste pas aux contenus diffusés par la faculté et l'institut en soins infirmiers.*

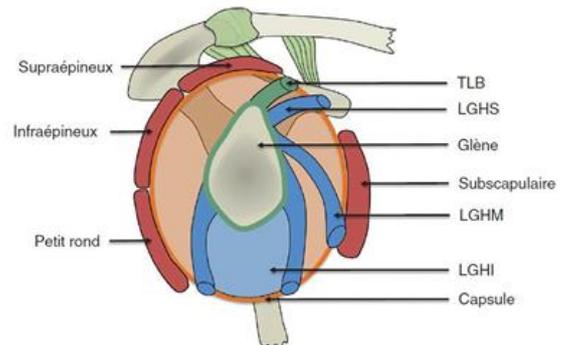
# Pathologies ligamentaires

<b>I. TRAUMATISME DE L'ÉPAULE .....</b>	<b>3</b>
1. LUXATION GLENO-HUMERALE.....	3
a. <i>Luxation antérieure</i> .....	3
b. <i>Luxation postérieure</i> .....	3
2. INSTABILITE ANTERIEURE CHRONIQUE .....	4
<b>II. TRAUMATISME DU GENOU .....</b>	<b>4</b>
1. RAPPELS .....	4
2. ENTORSE .....	4
a. <i>Entorse LCA</i> .....	5
b. <i>Entorse LCP</i> .....	5
3. EXAMENS COMPLEMENTAIRES .....	5
4. TRAITEMENT .....	5
<b>III. TRAUMATISME DE LA CHEVILLE .....</b>	<b>6</b>
1. ENTORSE DE CHEVILLE .....	6
2. RADIOGRAPHIE .....	6
3. TRAITEMENTS .....	7
4. COMPLICATIONS .....	7
5. SYNDESMOSE .....	7

## I. Traumatisme de l'épaule

### 1. Luxation gléno-humérale

- ❖ Perte de contact tête humérale-glène
- ❖ La plus fréquente
- ❖ Articulation peu congruente
- ❖ 95% antérieure
- ❖ Stabilisateurs :
  - Capsule
  - Ligaments gléno-huméraux
  - Labrum
  - Tendon coiffe des rotateurs



#### a. Luxation antérieure

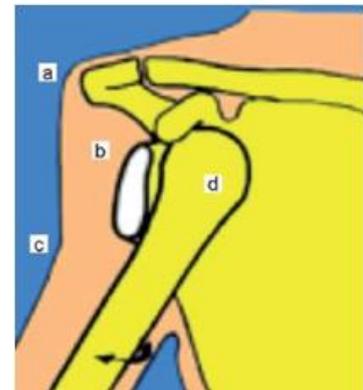
##### Mécanisme lésionnel :

- Indirect +++ :
  - o Chute avec membre en rétropulsion-rotation externe
  - o Mouvement brutal d'avant en arrière
- Direct : Chute sur moignon

**Contexte** : sportif ou faux mouvement

##### Tableau clinique :

- Algique, attitude du traumatisé du membre supérieur
- Coup de hache externe (c)
- Vacuité sous acromiale
- Signe de l'épaulette (a)
- Saillie antérieure de la tête humérale (d)



##### Complication à rechercher :

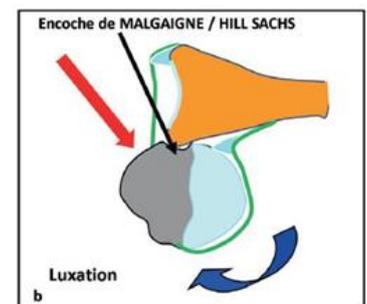
- Neurologique : nerf axillaire voir plexus brachial
- Vasculaire : compression ou dissection de l'artère axillaire

**Radiographie** : épaule de face et de profil

- Confirmation diagnostique
- Recherche lésion osseuse associée : glène, tubérosité, col chirurgical

##### Prise en charge :

- En urgence
- Manœuvres de Milch ou Kocher
- Aux urgences +++ ou au bloc opératoire sous anesthésie (fracture associée, irréductibilité)
- Après réduction :
  - o Examen neurologique et vasculaire (observation)
  - o Radiographie de contrôle = encoche postérieure MALGAIGNE HILL SACHS
  - o Immobilisation par dujARRIER 3 semaines
  - o Rééducation
  - o Sujet âgé : recherche échographique de lésion de coiffe



#### b. Luxation postérieure

- ❖ Rare, non diagnostiqué
- ❖ **Mécanisme** : mouvement brutal de rotation interne
- ❖ **Contexte** : crise comitiale ou électrocution, AVP voir sport de contact
- ❖ **Tableau clinique** :

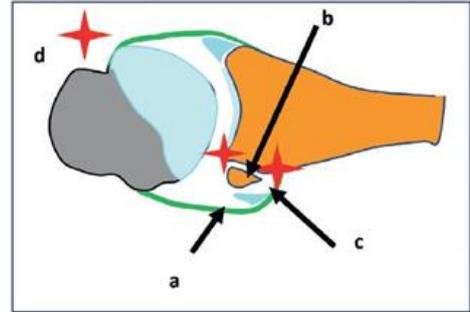
- Adduction - Rotation interne
- Rotation externe impossible
- ❖ **Radiographie :**
  - Superposition tête humérale glène
  - Lésions associées : encoche céphalique antérieure (Mac LAUGHLIN)
- ❖ Réduction sous anesthésie : traction rotation externe
- ❖ Immobilisation en rotation neutre

## 2. Instabilité antérieure chronique

Plusieurs épisodes de luxation ou subluxation  
Sensation d'insécurité ou d'appréhension

### Facteurs de risque :

- Terrain : âge jeune, sport, haut-niveau
- Hyperlaxité
- Lésion anatomique :
  - Lésion de bony bankart (fracture glène antéro-inférieure) (b)
  - Lésion de Bankart (lésion capsulo-labrale antéro-inférieure) (a)
  - Encoche Malgaigne (d)



### Examens cliniques :

- Instabilité antérieure → Test d'appréhension (Abduction + rétropulsion + RE) + test de recentrage, tiroir antéro-postérieur
- Instabilité inférieure → Test de Gagey (hyperabduction), signe du sillon (traction verticale)

### Prise en charge :

- Radiographie de face et de profil
- Arthro-TDM → Intérêt dans la recherche des Fdr anatomiques
- + terrain → pronostic → déterminer une prise en charge
- Chirurgie :
  - Intervention de BANKART → Retension capsulo-ligamentaire
  - Intervention de LATARJET → Butée osseuse coracoïdienne

## II. Traumatisme du genou

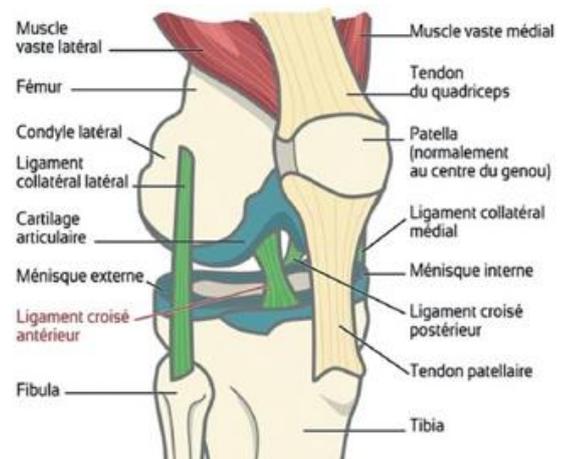
### 1. Rappels

#### Pivot central :

- LCA (Ligament croisé antérieur)
- LCP (Ligament croisé supérieur)

#### Stabilisateurs périphériques :

- LCL (Ligament croisé latéral) + point d'angle postéro-latéral
- LCM (Ligament croisé médial) + point d'angle postéro-médial



### 2. Entorse

#### Lésion LCM isolée :

- Mécanisme : valgus forcé ou choc latéral
- Désinsertion fémorale ou en plein corps

#### Lésions antero-médiales : LCA + LCM +/- MI

#### Lésions antero-latérales :

- Mécanisme : hyperflexion, hyperextension, RI forcée, choc postero-anterieur

- LCA isolé +++
- LCA + LCL

**Lésions LCP :**

- Mécanisme : choc direct antéro-postérieur sur le tibia proximal
- Isolé ou associé à un plan postéro-médial ou postéro-latéral

**Lésions bicroisées :**

- +/- associée à des plans périphériques
- Interne : Valgus flexion rotation externe 15
- Externe : Varus flexion rotation interne

## a. Entorse LCA

**Interrogatoire :** sensation d'insécurité et de lâchage du genou

**Examen clinique :**

- Epanchement (hémarthrose)
- Test de Lachman : arrêt mou
- Tiroir antérieur
- Jerk Test : ressaut en rotation externe
- Recherche lésions associées : laxité en latéral ou médial en extension ou à 30° de flexion

**Chirurgie :**

- Urgence relative en cas d'anse de seau de ménisque luxée
- Indication :
  - o Désir sportif
  - o Lésion méniscale
  - o Instabilité
- Ligamentoplastie : ischiojambier, tendon rotulien, tendon quadricipital
- Appui immédiat ; Sport en ligne : 3 mois ; Sport pivot : 6-9 mois
- Complications :
  - o Infection, raideur post-opératoire
  - o Rupture secondaire

## b. Entorse LCP

**Examen clinique :**

- Tiroir postérieur en flexion 70°
- Aspect d'avalement de la TTA
- Hyperextension asymétrique : lésion coque postérieur
- Hyperrotation externe (signe Hughston) ou Dial Test : plan postero-latéral

## 3. Examens complémentaires

**Radiographie :** genou de face et de profil

- Avulsion massive des épines antérieure et postérieure
- Fracture de Segond

**IRM :**

- T2 Fat-sat
- Coupe sagittale : LCA, LCP, ménisque postérieur
- Coupe frontale : LCM, LCL, ménisque moyen
- Contusion osseuse

## 4. Traitement

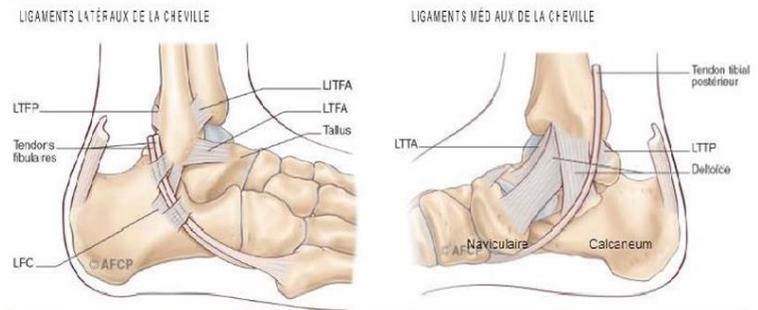
- ❖ Traitement médical : symptomatologie
- ❖ Traitement orthopédique : immobilisation
- ❖ Traitement chirurgical : réparation ou remplacement

- ❖ Urgence chirurgicale : luxation de genou
  - Examen clinique sensitivomoteur
  - Angioscanner : artère poplitée
  - Réduction et testing au bloc opératoire
  - IRM et chirurgie de stabilisation du genou

### III. Traumatisme de la cheville

#### 1. Entorse de cheville

- ❖ Sujet jeune 18 – 55 ans
- ❖ Activité sportive ou vie quotidienne
- ❖ Stabilisateur statique : 3 plans ligamentaires
  - Syndesmose tibio-fibulaire : ligaments tibio fibulaires inférieurs antérieur et postérieur
  - Plan latéral : ligament talo-fibulaire antérieur et postérieur et ligament calcanéofibulaire
  - Plan médial : ligament deltoïde et ligament tibio-talaire
- ❖ Stade : contusion, distension, rupture
- ❖ Stabilisateur dynamique : fibulaires et tibial postérieur



**Mécanisme** : Inversion : équin, varus, supination

**Plan latéral** : LTFA +++ puis LCF

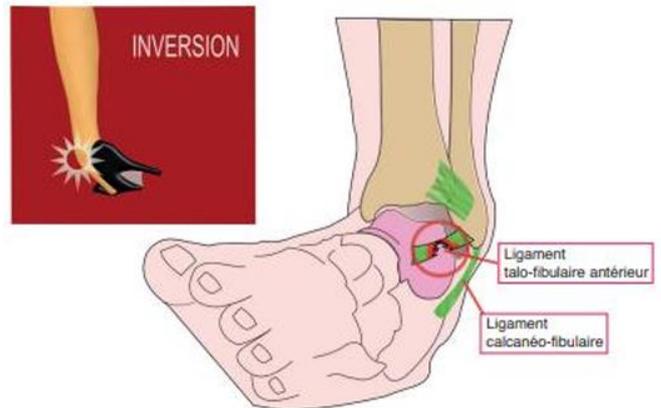
**Facteurs de risque** :

- Atcd d'entorse
- Pied varus-équin
- Hyperlaxité
- Lésions tendons fibulaires

**Facteur de gravité** :

- Craquement, déboitement
- Hématome « œuf de pigeon »
- Impotence fonctionnelle, impossibilité d'appui

**Examen clinique** : Palpation



#### 2. Radiographie

Cheville de face et de profil

**Critères d'Ottawa** :

- Âge < 18 ans ou > 55 ans
- Douleur à la palpation des malléoles médiale ou latérale sur 6 centimètres
- Impossibilité de faire 4 pas en plein appui
- Douleur à la palpation de la base du 5ème métatarsien ou de l'os naviculaire

**Objectifs** :

- Éliminer diagnostic différentiel : fracture malléole externe ou bimalléolaire, entorse du Chopart ou du Lisfranc
- Lésion talus LODA
- Diastasis tibio-talien médial ou syndesmose
- Cintre talo-fibulaire et tubercule latéral

- Arrachements osseux
- Lésion osseuse associée : fracture 5ème métatarsien

### 3. Traitements

**Fonctionnel** : bénigne ou moyenne gravité

- Contention : strapping ou orthèse stabilisatrice 3 semaines
- Repos, glace, surélévation
- Rééducation

**Orthopédique** : grave

- Attelle ou botte sans appui pendant 6 semaines
- Thromboprophylaxie
- Rééducation

### 4. Complications

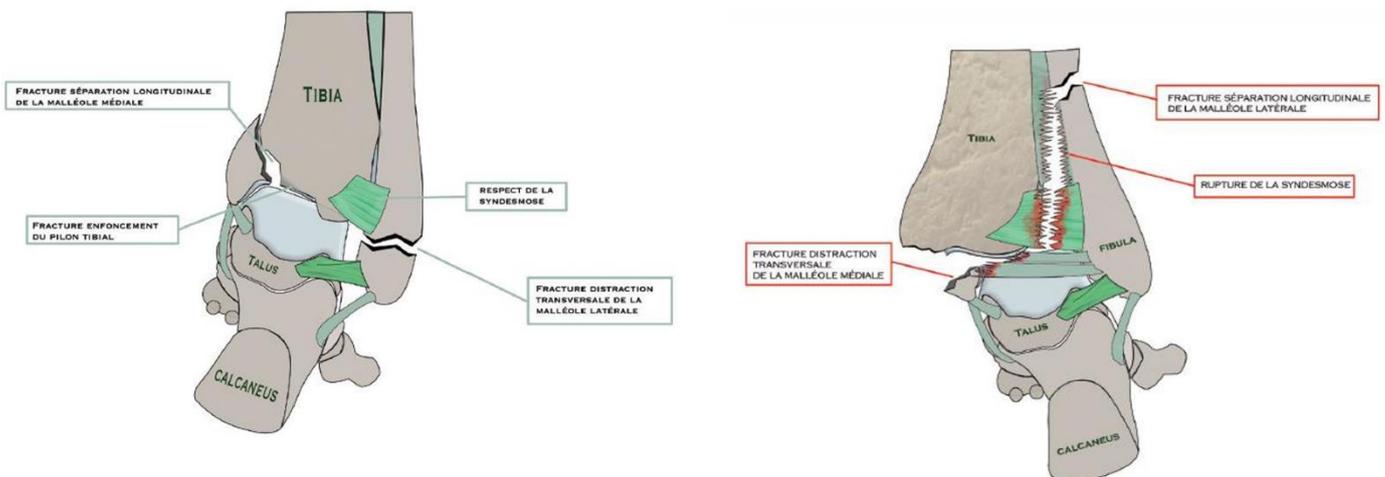
- ❖ Thromboembolique
- ❖ Syndrome algoneurodystrophique
- ❖ Arthrose (instabilité ou LODA)
- ❖ Instabilité chronique :
  - Suture ou réinsertion ligamentaire
  - Ligamentoplastie

### 5. Syndesmose

→ c'est l'articulation tibio-talienne : tenon/mortaise

Mécanisme fracture bi-malléolaire :

- 1) Inversion + adduction = infra-syndesmotique  
Pas de lésion de la syndesmose → Equivalent bimalléolaire : atteinte plan latéral
- 2) Eversion + abduction : supra-syndesmotique  
Atteinte syndesmose +/- membrane inter-osseuse Equivalent bimalléolaire : atteinte plan médial Fracture Maisonneuve



- 3) Rotation externe : trans-syndesmotique

+/- atteinte syndesnose Equivalent bimalléolaire : atteinte du plan médial

