



LIVRET DE TRAUMATOLOGIE OSSEUSE DU CHUGA AVEC LA PARTICIPATION DU RENAU



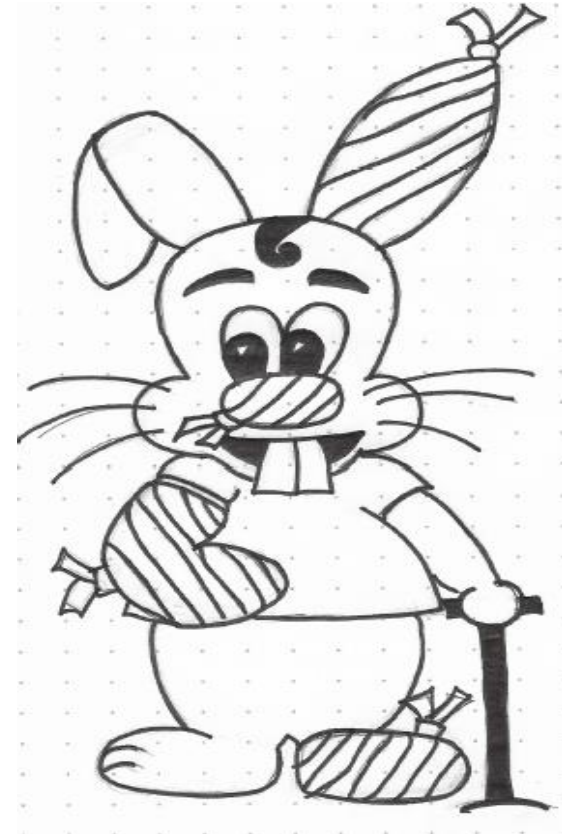
Historique et remerciements

- Urgentistes pédiatres du CHU de Nantes : premier livret 2014
- Le Trousseau de Poche
- Le Guide Pratique Urgences et Orthopédie pédiatrique. SOFOP, 3ieme édition (2015)
- Les pédiatres et urgentistes ped du CHUGA : Drs Benayache, Dessailen, Drouot, Gallegos, Joron, Provoost
- Les chirurgiens péd : Drs et Prs Bourgeois, Courvoiser, Griffet et Lafontaine
- Les radiopédiatres : Drs Durand et Nugues
- L'équipe du BabyRENAU : Drs Baret, Benayache, Fey, Hallain, Mampe, Schmit, Venchiarutti

Un guide de bonnes pratiques pour l'enfant traumatisé

5 chapitres

- les généralités
- Le Membre Supérieur
- Le Membre Inférieur
- Le Rachis
- Dents et Face



Généralités

- Modalités de PEC à l'arrivée : antalgie, immobilisation...
- Les modalités de transfert au CHU avec les contacts utiles
- Un tableau des durées d'immobilisation
- Des généralités sur la traumatologie osseuse de l'enfant
- L'interprétation des radios de l'enfant
- Le syndrome des Loges



Transfert vers le CHUGA?

INDICATION URGENTE

FRACTURE SUPRA CONDYLIEUNE AVEC COMPLICATION VASCULO NERVEUSE
FRACTURE DU COL FEMORAL
ATTEINTES DES MEMBRES AVEC ISCHEMIE

INDICATION SEMI URGENTE

Fractures diaphysaires, la plus urgente étant la fracture du fémur.

Transfert dans les 24h au CHU si impossibilité de PEC par ECMES

LA MOINS URGENTE : fractures isolées ulna, coude, triplane cheville. Transfert à discuter au CHU

A DISCUTER

En fonction de l'équipe d'anesthésiste locale : Age de l'enfant

En fonction de l'équipe de chirurgie locale :

- Capacité de prise en charge du type de lésion traumatique
- Matériel adapté à la pédiatrie

QUELQUES APHORISMES DE LA TRAUMATOLOGIE PEDIATRIQUE

Un traumatisme fait mal tout de suite, il n'y a pas d'intervalle libre entre le traumatisme et la douleur ; donc savoir remettre en cause le diagnostic de contusion et penser aux infections, aux tumeurs, aux hémopathies...

Piège abusif de l'imagerie : importance de l'examen clinique initial pour éviter une demande d'imagerie abusive et non contributive. Malgré les difficultés de lecture sur des incidences imparfaites (douleur, déformation), il est important d'avoir au moins deux incidences orthogonales (face et profil)

Tout traumatisme considéré comme mineur doit être guéri à J7 chez un enfant.

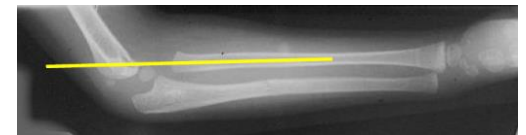
En cas de symptomatologie persistante à J21, il convient de remettre en cause le diagnostic de traumatisme mineur (Un nouveau cliché standard peut permettre d'observer une apposition périostée (cal en formation)) et éventuellement d'entreprendre un bilan plus complet de biologie et d'imagerie (infections et tumeurs). Intérêt de l'IRM, parfois de la scintigraphie osseuse (surtout chez le moins de 5 ans afin d'éviter une AG) ;

Certaines fractures de l'enfant présentent un risque de trouble de croissance, une surveillance doit être recommandée.

TOUTE fracture avant l'âge de la marche est SUSPECTE : penser à un traumatisme infligé ; il y a plus d'enfants maltraités que d'enfants atteints de fragilité osseuse.

Traumatologie du membre supérieur

- De la clavicule à aux phalanges avec le plus souvent un protocole long et un protocole court
 - Avec la clinique, l'imagerie, la prise en charge et la surveillance
 - Les pièges, les particularités de l'enfant
 - Les plaies de la main et Panaris
-
- Ex : la fracture de la clavicule



FRACTURE DE LA CLAVICULE

2,5 à 5 % de toutes les fractures.

Premier os à commencer son ossification (30ième jour in utero) et le dernier à la terminer (25 ans).

MECANISME

Chute sur le moignon de l'épaule

CLASSIFICATION

Fracture de la diaphyse => les plus fréquentes.

Fracture du ¼ distal.

Lésion de l'extrémité interne : décollement épiphysaire, soit Salter 1 (de diagnostic difficile) ou Salter 2, fracture du ¼ proximal, luxation sternoclaviculaire (accident à haute cinétique) :

- Si luxation ou Salter 1 ou 2 avec déplacement postérieur : complément imagerie par TDM urgent (risque de complications vasculaires)
- Luxation sternoclaviculaire antérieure.

Fractures obstétricales

DIAGNOSTIC

Impotence fonctionnelle du membre supérieur

Déformation de la clavicule

Effraction cutanée rare

Recherche de troubles vasculo-nerveux et respiratoires

RADIO

Radiographie de la clavicule de face (une seule incidence suffit).

Si luxation ou Salter 1 ou 2 avec déplacement postérieur => demander TDM urgent (complications vasculaires+).

TRAITEMENT

FRACTURE DE LA CLAVICULE

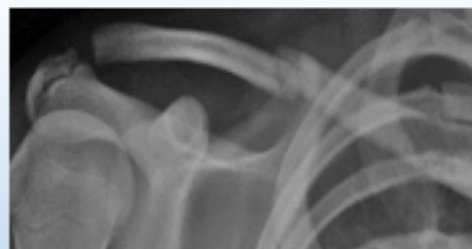
CLINIQUE :

Chute sur le moignon de l'épaule

Impotence du MS, déformation clavicule

Rechercher effraction cutanée et/ou trouble vasculo-nerveux et respiratoire

RADIO : CLAVICULE DE FACE (uniquement) :



Si luxation sternoclaviculaire ou fracture de l'extrémité interne Salter 1 ou 2 avec déplacement postérieur => demander TDM urgent (complications vasculaires)

TRAITEMENT

Avis chirurgical SI

Fracture quart externe
Lésions internes de la clavicule (luxation sternoclaviculaire /déplacement postérieur)
Effraction cutanée ou menace cutanée
Fracture avec fragment intermédiaire très déplacée
Complication vasculo-nerveuse

LE PLUS SOUVENT FRACTURE DE LA DIAPHYSE CLAVICULAIRE

TTT ORTHO

ANNEAUX EN 8
OU

COUDE AU
CORPS

= FONCTION
ANTALGIQUE
(pas de
réduction)

3
Semaines

ARRET DE SPORT

6
semaines

PAS DE RADIO NI

Consultation de contrôle

Sauf fracture très
déplacée et famille
inquiète (adapter le
traitement resserrer
les anneaux)

Cs avec médecin
traitant

ORDO

Antalgiques + AINS

CONSEIL

Prévenir parents :
Cal osseux disparaît après 1 an

Reste du livret

- Traumatologie du rachis (et bassin)
- Traumatologie du membre inférieur : du fémur aux orteils
- Traumatologie de la face et des dents



« Bonne traction » :

Pas de plis

Respecter l'axe du membre

Membre inférieur au plus près du matelas

MORSURES DE LA FACE

- • MORSURE DE LA FACE = Avis CMF systématique (accord ou non de suture et modalités (parage (attention à faire par CMF !!), prise en charge au bloc, points lâches, cicatrisation dirigée (attention cicatrices importantes, à éviter au visage).
- • Lavage aux dérivés iodés (**Bétadine** : savon (Bétadine rouge), **rinçage abondant +++** (sérum physiologique), désinfection Bétadine jaune.
- • Antibioprophylaxie **AUGMENTIN** systématique (Pristinamycine si allergie), pendant 5 jours.
- • Vérification de la vaccination **antitétanique** : QuickTest si doute, indications de sérum antitétanique et/ou vaccination en urgence
- • Prise en charge du **risque rabique** (contact systématique Centre Antirabique)



PIEGES

Attention aux os surnuméraires et aux apophysites pouvant être confondus avec des fractures.

Importance de l'examen clinique++ : une fracture est douloureuse à la différence d'un os surnuméraire ou d'un noyau d'ossification.

Si pas de lésion fracturaire mais douleur post-effort ou pseudotraumatique : tête M2, os naviculaire, sesamoïdes, Sever

Discuter IRM pour préciser le diagnostic, ne pas méconnaître une ostéoarthrite peu symptomatique

Utiliser depuis un AN par les internes des urgences pédiatriques et de chirurgie du CHUGA

- Pratique
- Rend autonome
- Pédiatrique !
- Permet de ne rien oublier,
 - en particulier dans l'examen clinique
- Aide à relecture des radios
- Les conduites pratiques sont très appréciées – durée arrêt de sport...-


CLINIQUE :

Rechercher **HEMARTHROSE**

Palpation points douloureux :

- métaphyse (décollement épiphysaire ?)
- berge médiale rotule et/ou épicondyle (luxation rotule réduite ?)
- Interlignes (ménisque ?)
- Douleur rotation tibia ? (fracture cheveu ou spiroïde tibia ?)

Laxité ligamentaire difficile en aigu
Tester **Extension active** +++ pour fracture arrachement TTA (skieur),
avulsion tendon patellaire (foot),
fracture pole inf rotule)

 **Testing bilatéral** : souvent hyper laxité physiologique