

1 GENERALITES

- Ces lignes directrices sont le résultat d'un consensus avec le service de chirurgie de l'appareil locomoteur et n'ont pas pour vocation de régler toutes les situations qui peuvent se présenter aux urgences.
- Des informations complémentaires sur les traumatismes de la cheville et du pied peuvent être consultées sur le site du Réseau des Urgences Genevoises (www.urgences-ge.ch).
- L'usage de la sédation analgésie doit impérativement se conformer à la directive en vigueur dans le service.
- Toute réduction au bloc opératoire se fait en présence d'un médecin de la ligne de garde d'orthopédie.
- Toute immobilisation plâtrée pour une fracture ou luxation nécessite, sauf exception, un contrôle radiologique permettant de s'assurer du positionnement des éléments anatomiques et de la qualité du plâtre.
- Prophylaxie antithrombotique si décharge complète, en présence ou non d'une attelle : enoxaparine 40 mg/j sc (en l'absence de contre-indication liée à la molécule).

2 TRAUMATISMES A RECHERCHER SPECIFIQUEMENT

- Fracture de la base du 5^{ème} métatarsien (dont fracture de pseudo-Jones)
- Luxation/entorse des tendons péroniers (douleur rebelle postérieure de la malléole externe)
- Entorse du médio-pied (Chopart ou Lisfranc)
- Traumatisme axial (risque de fracture calcanéum, astragale, genou, cotyle ou de vertèbre)
- Fracture de Maisonneuve (fracture malléole interne/arrachement ligament interne, rupture de la syndesmose, fracture haute du péroné)
- Rupture du tendon d'Achille

3 RADIOGRAPHIES

- Entorse de cheville : bilan radiologique selon suspicion clinique et critères d'Ottawa (CAVE douleurs distrayantes/état confusionnel) → cheville face/profil sans charge (standard) ; faire deux obliques en cas de doute non confirmé de fracture sur les Rx face/profil
- Jambe face/profil : à rajouter si suspicion de Maisonneuve
- Pied face/oblique/profil : sans charge pour la suspicion fracture du 5^{ème} métatarsien
- Si suspicion d'entorse de Lisfranc ou Chopart, les radiographies face/profil du pied peuvent être faites en charge si le patient la tolère
- Calcanéum : pied de profil + axiale du calcanéum
- Lésion du tendon d'Achille : Rx pied de profil, US à but diagnostic, IRM à discuter avec orthopédiste si opération prévue

4 PATHOLOGIES**4.1 FRACTURE DIAPHYSaire DU TIBIA**

- associée ou non à une fracture du péroné
- radiographie face/profil jambe entière avant et après immobilisation + appel orthopédiste aux heures ouvrables
- réalignement et attelle plâtrée cruro-pédieuse (si déplacement/raccourcissement important, sédation parfois nécessaire voire réduction/fixateur externe au bloc op)
- hospitalisation et surveillance du syndrome de loge

4.2 FRACTURE ISOLEE DU PERONE

- mécanisme par choc direct
- charge selon douleur, cannes anglaises, antalgie
- suivi chez médecin traitant ou policlinique à J7-10

4.3 ENTORSE DE CHEVILLE

- Attelle jambière postérieure (AJP) : si charge impossible, très importante tuméfaction ou suspicion de lésion associée; suivi policlinique à 7-10 jours pour réévaluation et éventuelle mise de chevillère
- Chevillère (Aircast[®]) : majorité des stades II/III, port jour/nuit pendant 2 à 3 semaines puis nuit/marche sur terrain à risque et sport pendant 3 à 4 semaines, puis selon les cas, encore 3 semaines lors du sport ou d'activité à risque ; pour simplifier : règle des 3 (jour + nuit) – 3 (nuit + sport/activités à risque) – 3 (sport/activités à risque) semaines ; physiothérapie (prescrire d'emblée une série de 9 séances) de proprioception/renforcement des péroneurs dès que la douleur permet une charge (à titre indicatif, début physio entre 7-14 jours ; gestion des échéances par le patient) ; suivi à 7-14 jours chez le médecin traitant (stades I voire II) sinon en policlinique.
- Bande élastique : traumatisme mineur (stade I)
- Si histoire d'entorses à répétition, prévoir un suivi à la consultation spécialisée pied/cheville du Dr Jammal à 3-6 mois

4.4 FRACTURE NON LUXEE DE LA CHEVILLE (WEBER A, B, C)

- AJP en décharge complète et surélévation, thromboprophylaxie (enoxaparine 40 mg/j sc en l'absence de CI) (exception : fracture datant de plusieurs jours non chirurgicales et patient ayant déjà marché dessus, si pas de déplacement sur Rx en charge, un VACOcast en charge suffit)
- Fracture pas ou très peu déplacée (non chirurgicale) : a priori retour à domicile avec avis ortho à la prochaine heure ouvrable
- Fracture a priori chirurgicale : avis orthopédique aux heures raisonnables pour décider de l'hospitalisation

4.5 FRACTURE DU CALCANEUM ET/OU DE L'ASTRAGALE

- Toujours rechercher une fracture du plateau tibial et du rachis
- AJP avec bon rembourrage du talon, lit strict avec surélévation du MI, thromboprophylaxie (enoxaparine 40 mg/j sc en l'absence de CI). Trouble trophique fréquent. Syndrome de loges possible.
- La grande majorité nécessite une hospitalisation (indépendamment de la PEC conservatrice vs chirurgicale)
- Avis ortho à la prochaine heure ouvrable (si pas de luxation ou fracture ouverte associée) et hospitalisation
- CT dans les meilleurs délais

4.6 ENTORSE OU SUSPICION D'ENTORSE DU CHOPART OU LISFRANC

- Testing Chopart: fixation du calcanéum dans une main de puis tester la pro-supination du médiopied par rapport à l'arrière pied.
- Testing Lisfranc :
 - testing « doux » : prendre une tête métatarsienne en distalité du pied entre pouce-index de chaque main et mobiliser tour à tour deux têtes métatarsiennes adjacentes de manière inverse haut et bas
 - Testing « plus franc » : torsion inverse avec une main distale et l'autre proximale à l'interligne
- AJP ou VACOcast en décharge complète, cannes anglaises, thromboprophylaxie (enoxaparine 40 mg/j sc en l'absence de CI)
- Ecrasement important du médiopied = risque de syndrome de loges/phlyctènes (surélévation ± hospitalisation) → avis ortho urgent en cas de fracture/luxation avec demande CT en urgences
- Pour les autres cas, suivi en policlinique à 5 à 10 jours pour réévaluation clinique, avec radiographie en charge en cas de suspicion d'entorse de Lisfranc.
- En cas d'entorse sévère, un CT (vs IRM) est demandé à la policlinique et si un traitement conservateur est choisi, une immobilisation de 4 + 4 semaines sera prescrite pour l'entorse de Chopart et 6 + 6 semaines pour l'entorse de Lisfranc (premier chiffre pour les premières semaines en décharge ou déroulement du pied (max 5 kg) puis 2^{ème} chiffre pour les semaines en charge totale).
- Un support plantaire à la fin de l'immobilisation est souvent nécessaire en cas d'atteinte sévère du Lisfranc.

4.7 LESION TENDON D'ACHILLE

- rupture partielle ou complète
- AJP à 30° en équin et décharge, cannes anglaises, thromboprophylaxie (enoxaparine 40 mg/j sc en l'absence de CI)
- prescription d'un VACOped Achill® avec semelle adaptée pour position de pied équin
- prévoir US à la prochaine heure ouvrable
- avis ortho à la prochaine heure ouvrable
- si traitement conservateur : le patient commande le VACOped Achill® avec semelle adaptée pour position de pied équin à la pharmacie. Lors du premier contrôle en policlinique, mise en place du VACOped Achill® à 30° en équin.

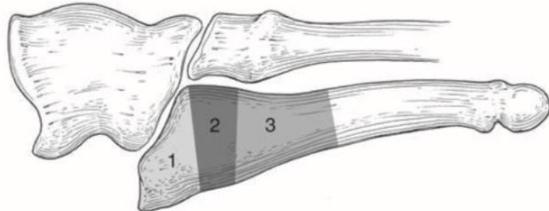
4.8 FRACTURE DU MEDIO-PIED (NAVICULAIRE, CUBOÏDE ET CUNEIFORMES)

- Elles entrent dans la catégorie des traumatismes du Lisfranc et du Chopart → se référer au paragraphe 4.6.

4.9 FRACTURE DIAPHYSaire OU SOUS-CAPITALE DU MÉTATARSE (MT)

- Rx pied face/profil/oblique
- MT I, II, III, IV et V → ttt conservateur (VACOpedes, chaussure Freiburg selon confort). Charge selon douleurs, pas de thromboprophylaxie a priori
- Sauf si angulation sagittale > 15% ou translation > 4 mm ou fractures multiples, voire pour tous déplacements au niveau du premier métatarsien, ad avis orthopédique aux heures ouvrables, immobilisation selon avis ortho, à défaut dans une AJP en décharge dans l'attente de la consultation spécialisée, thromboprophylaxie (enoxaparine 40 mg/j sc en l'absence de CI)

4.10 BASE 5^{ÈME} MÉTATARSIEN : FRACTURE PSEUDO-JONES (ZONE 1) / JONES (ZONES 2)



- Les fractures pseudo-Jones= avulsion
- Les fractures de Jones = méta-diaphysaire (articulation MT 4-5) avec plus de risque de non-consolidation
- Les fractures en zones 3 (diaphyse) sont habituellement des fractures de fatigue qui se traitent comme les fractures en zone 2
- Fracture pseudo-Jones (zone 1) : VACOpedes/chaussure Freibourg/semelle rigide selon confort pour 6 semaines, charge selon douleurs, cô à 7 à 10 jours en policlinique avec Rx
- Fracture de Jones (zone 2): AJP, décharge avec immobilisation pour 6-8 semaines, thromboprophylaxie, cô à 1 sem en policlinique avec Rx et circularisation du plâtre.
- Si athlètes professionnels ou haut niveau : discuter avec orthopédistes si indication chirurgicale (fractures zones 2 et 3)

4.11 TRAUMA OU ENTORSE DU GROS ORTEIL

- Fracture intra-articulaire déplacée ou sésamoïde : avis ortho à la première heure ouvrable
- Sinon traitement par semelle rigide et charge selon douleur pour 2 à 6 semaines

4.12 TRAUMA DES AUTRES ORTEILS

- Fracture : Traitement conservateur avec syndactylie (fixer l'orteil cassé à l'orteil voisin plus grand), semelle rigide à but antalgique 4 semaines

- Luxation ou fracture avec déplacement significatif gênant pour le chaussage : anesthésie locale puis réduction par traction, syndactylie et semelle rigide 3 à 6 semaines. Contrôle clinique à 1 semaine à la policlinique, Rx si impression de non alignement persistant ou douleurs résiduelles à la fin du traitement.

4.13 PLAIES

Rappel téтанos selon [protocole](#) si nécessaire.

Lésion des tendons ou des nerfs : rinçage +++, fermeture de la peau (si absence de contamination importante), antibiotiques, AJP et avis orthopédique dans les heures ouvrables

Anamnèse de diabète, AOMI et tabac.

4.14 SYNDROME DES LOGES

Se référer au [document dédié](#) sur le site urgences-ge.ch.

4.15 SITUATIONS NÉCESSITANT UN AVIS SPÉCIALISÉ URGENT

- Fracture ouverte ou menace à la peau (sauf orteils/doigts → lavage +++) et fermeture plaie non contaminée, ATB)
- Luxation ou fracture-luxation (sauf orteil/doigt)
- Tout traumatisme avec des douleurs ingérables malgré l'administration d'opiacés et immobilisation (suspicion de syndrome des loges)
- Troubles neuro-vasculaires persistants après réduction

5 VALIDATION

N° de version	Date d'émission	Elaboré/Modifié par :	Validé par :
1.1	12.03.2023	Ulrich Landes (médecin adjoint URG) Laura Walthert (médecin cheffe de clinique OTR) Mouas Jammal (médecin chef OTR)	Mouas Jammal (médecin-chef OTR) Yvan Fournier (médecin-chef URG)