

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 du [coude](#) 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.

2 PATHOLOGIES

2.1 CONTUSION DU COUDE

- traumatisme peu important, Rx normale, mouvements douloureux mais possibles : repos, glaçage et éventuelle bretelle
- autres traumatismes plus importants sans lésions visibles : immobilisation par gilet orthopédique vs BAB puis suivi en policlinique à 4-5 jours

2.2 FRACTURE DU COUDE

- fractures les plus fréquentes : tête radiale, olécrane, palette humérale
- possibilité de fracture occulte : rechercher sur Rx des signes indirects tels que « fat pad sign » : immobilisation par BAB, avis orthopédique aux heures ouvrables et suivi en policlinique à 5-7 jours
- pour les personnes âgées ou à mobilité réduite, évaluer la nécessité d'une hospitalisation au vu de la perte d'autonomie et du risque de chute plus important en cas d'immobilisation du membre supérieur et combinaisons avec d'autres facteurs (antalgiques morphiniques, etc.)
- CAVE luxation de la tête radiale en cas de fracture de Monteggia (fracture diaphysaire cubitale avec luxation tête radiale)

2.3 FRACTURE DE LA TETE RADIALE

- si peu/pas déplacée et absence de luxation/subluxation : immobilisation et avis orthopédique à la prochaine heure ouvrable
- suivi en policlinique à 7 jours avec radiographies avant consultation (demande Rx à faire)
- attelle BAB stricte 7-10 jours puis attelle (réalisée via bon ergothérapie) permettant la flexion 30-130° sans prono-/supination pendant 10 jours, puis protection par attelle et mobilisation y.c. prono-/supination en physiothérapie pour les 10 derniers jours

2.4 FRACTURE : PALETTE HUMÉRALE, CONDYLES, CAPITELLUM ET/OU OLÉCRANE

- BAB (éventuelle réalignement)
- avis orthopédique urgent si troubles neuro-vasculaires/luxation
- suite de prise en charge (souvent chirurgicale différée) selon avis orthopédique

2.5 FRACTURE DE MONTEGGIA (LUXATION TETE RADIALE + FRACTURE DIAPHYSE CUBITALE)

- avis orthopédique urgent
- suite chirurgicale selon le point « fracture de l'avant-bras »

2.6 LUXATION DU COUDE

- avis orthopédique urgent
- réduction au bloc avec anesthésiste et orthopédiste
- attelle BAB 4 semaines avec mobilisation en F/E actif assisté dès J10

2.7 BURSITE DU COUDE

- étiologies : micro-traumatismes chroniques, traumatisme hémorragique aigu, maladie rhumatologique
- importance d'exclure une infection associée (localisée ou début d'atteinte plus étendue voire systémique)
- Rx du coude (recherche corps étranger, ossification irritante, calcifications) + éventuellement prise de sang

Bursite non infectée : immobilisation attelle de repos BAB 60° bien rembourrée pour 7 à 15 jours + AINS si possible, contrôle en policlinique à 72 heures

Bursite suspecte d'infection : ATB (IV) à donner uniquement si prélèvements faits (préférer incision de 1-2 cm à la ponction d'aiguille, AL en proximal et champ troué, laisser un drain si possible), contrôle en policlinique à 24-48 heures

Bursite avec infection franche : présence d'un érysipèle, de signes systémiques, avis orthopédique urgent, drainage/rinçage aux urgences vs excision radicale au bloc, attelle de repos BAB 60° et ATB IV (après prélèvements et hémocultures)

2.8 FRACTURE DE L'AVANT-BRAS

- rarement isolée, rechercher une fracture/luxation tête radiale et radio-cubitale distale (ne pas hésiter à faire des Rx spécifiques du coude/poignet si nécessaire).
- l'avant-bras est à risque de développer un syndrome de loge : ad recommandations aux patients, glaçage et éviter la position déclive
- hormis la fracture simple non déplacée diaphysaire de l'ulna (choc direct, « nightstick fracture»), toutes les fractures diaphysaires de l'avant-bras sont a priori chirurgicales de suite et nécessitent un avis orthopédique

2.9 EPICONDYLALGIE (« EPICONDYLITE », TENNIS' ELBOW)

- douleur à la palpation de l'épicondyle latérale, augmentée lors de l'extension du poignet contre résistance et/ou de sa supination contre résistance, le coude étant tendu (habituellement évolution progressive)
- analgésie simple et suivi en ergothérapie/physiothérapie (MTP = massages transverses profonds + US puis travail excentrique)
- prescription d'orthèse spécifique non nécessaire d'emblée
- suivi chez médecin traitant/médecin du sport, si impossibilité en policlinique

2.10 EPITROCHLEALGIE (EPITROCHLEITE, GOLFER'S ELBOW)

- équivalent à l'épicondylalgie mais sur le bord médial du coude

2.11 NEUROPATHIE ULNAIRE AU COUDE

- neuropathie la plus fréquente après le syndrome du tunnel carpien ; le nerf est enclavé dans le tunnel cubital (la gouttière épitrochléo-olécrânienne) ou entre les 2 chefs du fléchisseur ulnaire du carpe
- se manifeste par une hypoesthésie ou paresthésies dans le quatrième et cinquième doigt, associée souvent à une douleur au coude irradiant à l'avant-bras
- bilan radiologique pas nécessaire sauf si trauma ou ATCD de trauma
- explications concernant l'hygiène posturale en évitant les chocs, appuis et flexion prolongée ; attelle de repos nocturne peut être prescrite en ergothérapie pour 3-4 semaines
- prévoir un suivi chez le médecin traitant/policlinique pour réévaluer si nécessité d'un bilan neurologique
- indications chirurgicales rares (atteintes motrices persistantes ou douleurs importantes malgré le traitement conservateur)

2.12 RUPTURE DU TENDON DISTAL DU BICEPS

- douleur aigue après une flexion du coude forcée en extension (étirement excentrique du biceps) avec bruit type éclatement
- auto-limitation antalgique de la mobilité du coude, notamment de l'étirement passif, ascension de la partie distale du biceps vers l'épaule par rapport au bras controlatéral (« reverse Popeye sign »), hématome médial.
- Rx coude : recherche d'une possible écaille sur la tubérosité radiale
- BAB (surtout si attitude chirurgicale envisagée car évite la rétraction du moignon)
- avis orthopédique dans les 24-72 h, attitude chirurgicale selon âge/comorbidité/activités
- le traitement conservateur entraîne 15% de perte de force du poignet, 30% de la flexion du coude, 40% de la supination et 50% de la force d'endurance de la supination
- organiser une IRM si une attitude chirurgicale est choisie, suivi en policlinique avec orthopédiste dès que possible

3 URGENCES

Avis orthopédique urgent en cas de :

- fracture ouverte
- luxation ou fracture/luxation du coude
- fracture de Monteggia
- fracture déplacée de l'avant-bras
- traumatisme avec troubles neuro-vasculaires
- suspicion de syndrome de loges
- bursite du coude avec une infection franche

VALIDATION

N° de version	Date d'émission	Elaboré/Modifié par :	Validé par :
1.0	01.03.2022	Ulrich Landes (médecin adjoint URG) Mouas Jammal (médecin-chef OTR)	Service d'orthopédie et traumatologie Yvan Fournier (médecin-chef URG)