

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 [genou](#) 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 est réalisée par la garde de chirurgie/orthopédie.

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 EXAMEN CLINIQUE

Traumatisme & douleurs : palpation **sans** testing avant Rx (déplacement d'une fracture !)

Pas de testing excessif en cas de douleur : par exemple ne pas faire les manœuvres pour la recherche de lésion méniscale sur un genou douloureux ou tuméfié, palpation de l'interligne et l'anamnèse suffisent dans un premier temps.

Douleur (point max) : palpation compartiment interne ou externe, creux poplité, rotule, etc.

Epanchement : disparition des creux péri rotulien, signe glaçon + (origine souvent LCA (dans 70% des épanchements immédiats), ménisque, fracture)

→ Epanchement immédiat = hémarthrose (LCA, ménisques, fractures) vs retardé (2-3 jours) = plutôt inflammatoire

Amplitudes : avoir une diminution de la flexion ou extension après un traumatisme est normal, MAIS blocage mécanique, FLEXUM (souvent autour de 20°) doit faire suspecter une lésion méniscale type anse de seau.

Appareil extenseur: extension active du genou ; le patient doit être capable de soulever son talon de la surface et faire une extension du genou. Si impossible : suspicion de rupture du tendon quadricipital/ligament rotulien ou fracture de la rotule.

Bursite : tuméfaction/collection antérieure devant le plan de la rotule ou du tendon rotulien sans épanchement articulaire (a priori)

Luxation de la rotule : souvent décrite par le patient et déjà réduite lors de l'arrivée aux urgences, luxation quasi toujours vers l'externe

3 BILAN RADIOLOGIQUE

Bilan de base : genou face/profil/axiale

→ **pas** de Rx axiale si une fracture de la rotule est suspectée car risque de déplacement secondaire

Lésion tendineuse de l'appareil extenseur : bilan Rx et US

Suspicion lésions des ligaments collatéraux, LCA et ménisques : bilan Rx et puis selon avis ortho non urgent : IRM

→ suspicion anse de seau ou fragment ostéo-chondral nécessite IRM semi-urgente (<2-3 jours)

4 PATHOLOGIES

Diagnostic différentiel (y penser surtout en cas de mécanisme traumatique pas clair du patient !) : arthrite septique, arthrite réactionnelle (Lyme, gonocoque, HIV, etc.), TVP, anévrysme de l'artère poplité, kyste de Baker

Gonalgie atraumatique peut être une douleur référée de la hanche : épiphysiolyse du fémur chez le jeune/ coxarthrose chez l'adulte → toujours compléter par un examen (radio-) clinique de la hanche

4.1 FRACTURE DU CONDYLE FEMORALE OU DU PLATEAU TIBIAL

- ambulatoire : attelle velcro 0°, cannes anglaises, décharge, thromboprophylaxie
- hospitalisation : attelle velcro 0° et gouttière, décharge, thromboprophylaxie

Suite de prise en charge selon avis ortho aux heures ouvrables.

Remarques : dans des fractures avec important raccourcissement ou déplacement, une traction non collée ou un réalignement est nécessaire.

Hospitalisation selon contrôle de la douleur, tuméfaction, autonomie et situation à domicile.

4.2 FRACTURE DE LA ROTULE

- Fracture transverse, multi fragmentaire et ou déplacée: attelle velcro 0°, charge selon douleurs, avis orthopédique les heures ouvrables, PEC chirurgicale a priori
- Fracture longitudinale non déplacée : attelle velcro 0° (+ donner ordonnance attelle articulée à chercher chez OrthoKern), Rx de cô à 1 sem en policlinique avec MA

4.3 LESION MENISCALE

Suspicion d'anse de seau (FLEXUM irréductible du genou) : attelle velcro 20°, déroulement du pas, thromboprophylaxie, IRM dans les 0 à 2 jours avec RDV en poli avec CDC

Sans suspicion d'anse de seau : analgésie et protocole RICE (Rest, Ice, Compress, Elevate), ± attelle velcro 0° à but (uniquement) antalgique, cannes. Cô clinique en policlinique à 7-10 jours pour réévaluation clinique (+ évaluation indication IRM)

4.4 LESION LCA

Marche en charge selon douleur avec des cannes anglaises, suivi policlinique à 7-10 jours pour réévaluation clinique (évaluation indication IRM)

- lésion LCA ne nécessite pas d'attelle à elle seule, mais si entorse/trauma genou avec douleurs et tuméfaction → attelle velcro 0° pour 1 sem à but antalgique ou plus si lésion associée, RICE

4.5 LESION LLI/LLE

Attelle velcro 0°, charge selon douleurs (si n'arrive pas à charger complètement → thromboprophylaxie), cô en policlinique à 7-10 jours pour réévaluation et éventuelle prolongation par attelle articulée 4-6 semaines si lésion de grade élevé

4.6 BURSITE

Inflammatoire : attelle velcro à 0°, AINS, cô en poli à 3-4 jours

Infectée : PAS de ponction ou PEC chirurgicale d'emblée, attelle velcro à 0°, ATB (Co-amoxicilline 1 g 3x/jour 10-14 jours), cô à 48h en policlinique. En cas de syndrome inflammatoire majeur, fièvre, patient à risque, appel ortho pour décision d'une dose ATB iv aux urgences ou même hospitalisation pour ATB iv et surveillance rapprochée, à jeun jusqu'au passage ortho.

Bursotomie (plaie avec atteinte de la bourse) : PEC chirurgicale pour bursectomie, avis ortho également la nuit

4.7 LUXATION DE ROTULE

Réduction, attelle velcro 0°, charge complète, ad IRM même si récidivant à la recherche d'une lésion cartilagineuse puis cô en poli avec CDC

4.8 LUXATION DU GENOU

Rare, traumatisme à haute énergie (CAVE : obésité morbide peuvent faire des luxations sur faux mouvement)

- réduction en urgence (allo CDC de garde)

- TNV !! En cas de d'absence pouls ou même uniquement si diminution pouls comparé à l'autre côté : ad angio-CT

4.9 FRACTURE PERI-PROTHETIQUE

Attelle velcro 0° vs traction non-collée (si fémur distal raccourci/déplacé/angulé)

Hospitalisation, lit strict, à jeun pour le lendemain (si arrivé dans la nuit)

Avis ortho dans les heures ouvrables

4.10 LUXATION POLYETHYLENE PTG

Rare, « trait radio-opaque » dans l'interligne déplacée

Hospitalisation, avis orthopédique dans les heures ouvrables, à jeun pour le lendemain si arrive dans la nuit

Nécessite réduction semi-urgente au bloc opératoire : dans les 24h a priori

4.11 SITUATIONS NECESSITANT UN AVIS SPECIALISE URGENT

- Ménisque : anse de seau
- Luxation de genou
- Fracture ouverte
- Troubles neuro-vasculaires (persistant après réduction)
- Arthrite septique / bursite avec état septique

5 VALIDATION

N° de version	Date d'émission	Elaboré/Modifié par :	Validé par :
1.0	07.03.2023	Ulrich Landes (médecin adjoint URG) Laura Walther (médecin chef de clinique OTR)	Mouas Jammal (médecin-chef OTR) Yvan Fournier (médecin-chef URG)