

GUIDE DE SURVIE EN CHIRURGIE AUX URGENCES PEDIATRIQUES

HRC – NOVEMBRE 2024

SOMMAIRE

Plaies - 3

Morsures - 10

Brûlures - 13

Douleurs abdominales - 15

Scrotum aigu - 20

Traumatologie ostéo-articulaire - 22

- Membres supérieurs - 26

- Membres inférieurs - 49

- Squelette axial - 70

Infection ostéo-articulaire - 73

Traumatisme crânien - 74

Antalgie aux urgences - 76

Annexes

- Horaires de jeûne - 77

- Quelques vidéos - 78

- Demande d'admission BLOC OP - 79

- Secrétariat de pédiatrie - 80

PLAIES – GÉNÉRALITÉS

- Principes généraux: hémostase, nettoyage, bilan et rétablissement de la barrière cutanée
- Plaie superficielle: suture dans les 6h
- Plaie profonde ou perte de substance: révision au bloc
- Plaie de bouche:
 - Pas de suture de la lèvre rouge en général
 - Jonction lèvre rouge/lèvre blanche à respecter!
 - Langue: pas de suture sauf si longitudinale ou transverse dépassant 1/3
- Plaie du cuir chevelu: exposition, exploration, réparation. Ne pas raser!



PLAIES – GÉNÉRALITÉS

- OGE:
 - Anamnèse!!! (maltraitance)
 - Rétention urinaire associée
 - Soins kamillosan +/- exploration sous AG
- Doigt porte:
 - Fracture associée?
 - Parfois prise en charge différée
 - Trépanation d'un hématome sous-unguéal si douleur pulsatile (aiguille, puis pansement bétadiné)
- Plaies profondes:
 - Avis chirurgical
 - Antibiothérapie IV +/- exploration sous AG



PLAIES - ANALGÉSIE

Mélange Equimolaire Oxygène 50% - Protoxyde d'Azote 50%

- action antalgique
- action anxiolytique
- action sédatrice

Sédation consciente

Réflexes de protection des voies respiratoires

Pas de jeûne

Effets secondaires sont mineurs et fugaces

Pas de dépendance

Contre-indications:

- TCC / hypertension intracrânienne
- altération de l'état de conscience, instabilité hémodynamique
- hypertension pulmonaire, embolie gazeuse, pneumothorax, emphysème
- fracture des os de la face
- cardiopathie (sauf si accord cardiologue)

Le M.É.O.P.A.
pour avoir moins mal



Image et texte tirés de www.sparadrap.org

PLAIES - ANALGÉSIE

Gel LET:

- **L**: lidocaïne 4%
- **E**: épinéphrine 1:2000 (=adrénaline)
- **T**: tétracaïne 0.5%

Contre-indications relatives: muqueuses, doigts, nez, oreille, pénis (vasoconstriction)

Crème EMLA[®] (Eutectic Mixture of Local Anaesthetics)

- 25 mg Lidocaïne + 25 mg de Prilocaine pour 1g/5%
- Anesthésie de surface sur peau intacte (plaies, muqueuses buccales ou vaginales)



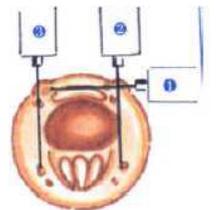
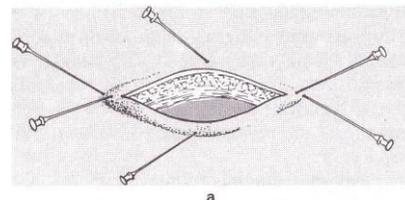
Lidocaïne (Rapidocaïne) SANS adrénaline:

- Habituellement 1%
- Pas d'AL dans un territoire infecté!
- **Dose max 4mg/kg**

Gel LET: 40 mg lidocaïne par ml (7mg/kg max – délai 45min – durée 4h)

Xylocaïne 1 %: 10 mg lidocaïne par ml (5mg/kg max – délai 1 min, 5 min pour AL bague – durée 1-2h)

Spray 10%: 10 mg lidocaïne par ml (3mg/kg max – délai 1-3 min – durée 10-15 min)



PLAIES – PRINCIPES ET TECHNIQUES

Principes:

- Fermeture plan par plan
- Plus il y a de tension, plus il faut de points
- Pas de sous-cutané au visage
- Si risque d'infection, suture lâche = points espacés + pansement par Bétadine pommade
- Pas de surjet
- Mettre un drain si plaie sale
- Immobilisation si atteinte articulaire

Plaies superficielles avec sous-cutané intact: Stéristrips

Visage: points simples Prolène 5.0

Cuir chevelu: points simples Vicryl rapide 4.0

Reste du corps: points simples/Donatti Prolène 3.0 à 5.0

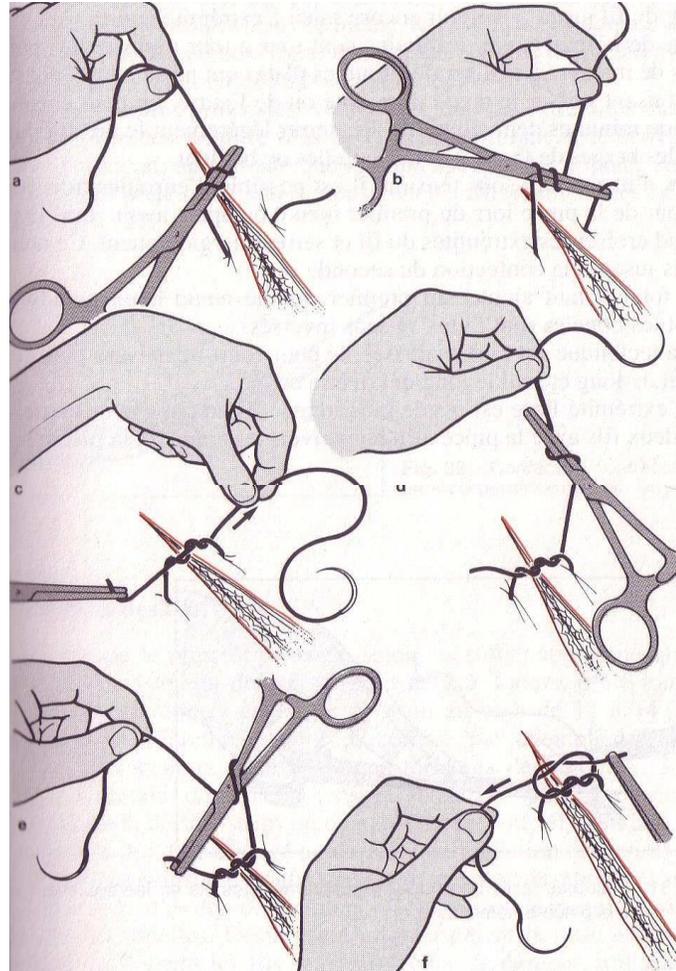
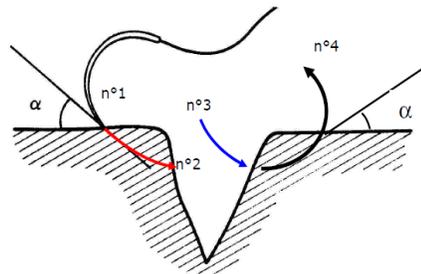
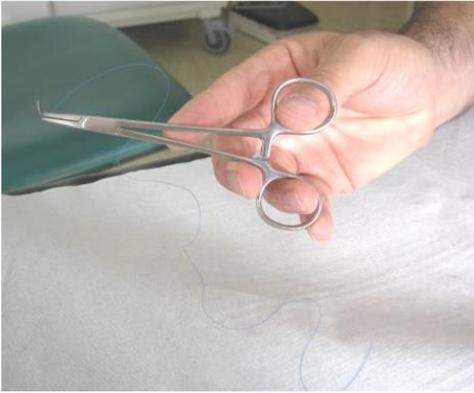
Sous-cutané: points simples Vicryl 3.0 à 5.0

Muscles et aponévroses: points simples/U/X Vicryl 3.0 à 4.0

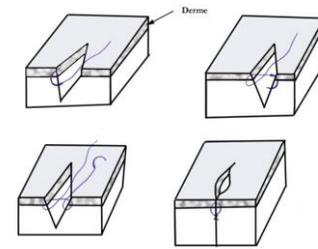
Muqueuse buccale: points simples Vicryl rapide 3.0 ou 4.0

Lèvre: points simples Prolène 5.0 ou 6.0

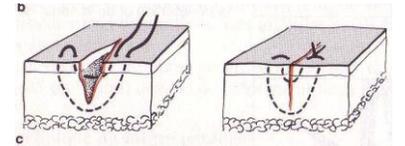
PLAIES – PRINCIPES ET TECHNIQUES



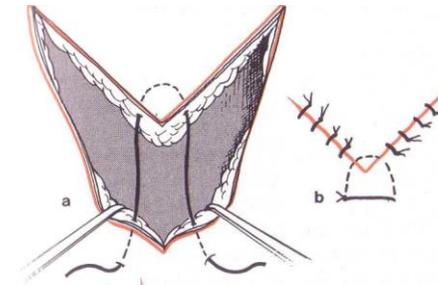
Points inversés



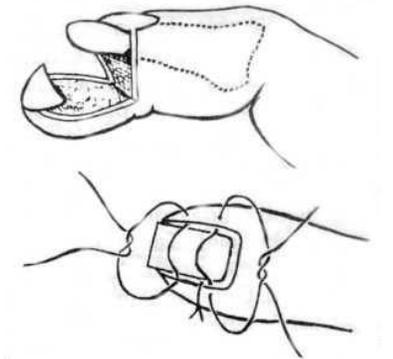
Points de Blair-Donatti



Points d'angle



Pour les doigts portés...



PLAIES – ABLATION DES FILS

Au cabinet du pédiatre (sauf avis chirurgical pour plaies particulières)

Plaies sales: contrôle à 48-72h

- Visage: 5-7 jours
- Tronc et extrémités: 10-14 jours
- Mains et articulations: 14 jours
- Pieds: 21 jours

Soins de cicatrices:

- Massages circulaires de la cicatrice par Bepanthen onguent®, 2 fois par jour minimum durant 5 minutes, pendant 6 mois
- Protection solaire pendant 2 ans

MORSURES – GÉNÉRALITÉS

Anamnèse: animal, comportement, vaccins, photos

Prise en charge: nettoyage, désinfection à la bétadine, rinçage au sérum physiologique, débridement, contrôle à 24h

Pas de suture ou suture lâche sur crins de Florence

Sur avis chirurgical: antibiothérapie et hospitalisation *SI mains, visage, périnée, fracture ouverte*: augmentin +/- vibramycine (chat)



Morsures de chat:

- Plaies punctiformes et profondes
- Taux d'infection 40-50%
- Risques: ostéomyélites, arthrites septiques
- Germes: Pasteurella multocida, Bartonella spp

Morsures de chien:

- Enfants >> adultes
- Taux d'infection 2-20%
- Germes: Pasteurella spp, Capnocytophaga canimorsus

MORSURES – VACCINATION ANTIRABIQUE

Prophylaxie antirabique Rabipur® sur avis chirurgical

Table 1
Schéma standard de vaccination postexpositionnelle active contre la rage

Statut vaccinal	Schéma de vaccination	Autres mesures
Vaccination complète ^a	2 × 1 dose i.m. aux jours 0 et 3	Contrôle sérologique au jour 14, le cas échéant vaccination et contrôle sérologique supplémentaires 1x par semaine, jusqu'à ce que le titre d'anticorps atteigne 0,5 UI/ml.
Pas de vaccination/ vaccination incomplète ^b	4 × 1 dose i.m. aux jours 0, 3, 7 et 14	Contrôle sérologique au jour 21, le cas échéant vaccination et contrôle sérologique supplémentaires 1x par semaine, jusqu'à ce que le titre d'anticorps atteigne 0,5 UI/ml. Toujours administrer simultanément des immunoglobulines au jour 0: 20 UI/kg PC, si possible autour de la plaie, la dose restante par voie i.m. dans le deltoïde controlatéral ou la partie antérolatérale de la cuisse. Si elles ne sont pas disponibles immédiatement, les immunoglobulines peuvent encore être administrées jusqu'au jour 7 suivant le début de la vaccination (= jour 0).

^a Primovaccination (≥3 doses) ou vaccination postexpositionnelle (4 doses) au moyen d'un vaccin recommandé par l'OMS ou vaccination avec un vaccin contre la rage quelconque en cas de titre d'anticorps postvaccinal suffisant et documenté.

^b <3 doses.

MORSURES – DÉCLARATION OBLIGATOIRE

Déclaration obligatoire au vétérinaire cantonal pour les morsures de chien



Direction générale de l'agriculture, de la viticulture et des affaires vétérinaires

DGAV - Affaires vétérinaires
Police des chiens

Chemin du Marquisat 1
1025 Saint-Sulpice

FORMULAIRE OFFICIEL
à l'attention des médecins et des hôpitaux

Envoyer ce document à notre adresse postale
ou par mail à info.policedeschiens@vd.ch



Département de la santé, des affaires sociales et de la culture
Service de la consommation et affaires vétérinaires
Office vétérinaire

Formulaire pour l'annonce de blessures par morsure de chien chez l'être humain

(Annonce faite par la/le médecin ou l'hôpital)

Identité de la victime (ne remplir qu'avec l'accord explicite de la victime ou de son représentant légal)	
Nom, prénom	
Adresse	
NPA, localité	
Téléphone	
Date de naissance	
Données anonymisées de la victime destinées à être archivées (données obligatoires)	
Sexe	<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin
Age	
Informations relatives au cas en cas de morsure « Moyenne » ou « Grave », veuillez rajouter des informations et le cas échéant, des photos en cas d'accord de la victime	
Plainte déposée auprès de la police	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Date / heure	Commune concernée
Lieu	Domaine public <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non « Sur le territoire du chien » <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non



REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE
Département de la santé et des mobilités
Service de la consommation et des affaires vétérinaires

SCAV
Case postale 76
1211 Genève 4 Plainpalais

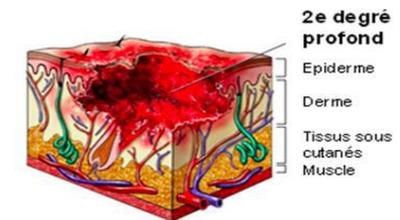
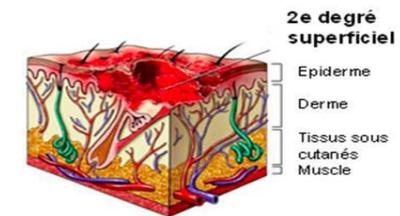
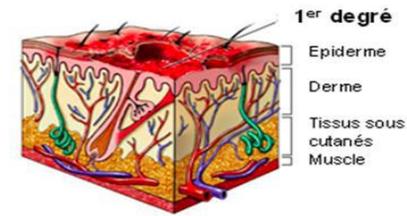
FORMULAIRE POUR L'ANNONCE DE BLESSURES PAR UN CHIEN A UN ETRE HUMAIN

Annonce faite par le médecin ou l'hôpital et par les autres personnes soumises à l'obligation d'annonce

Identité de la victime (ne remplir qu'avec l'accord explicite de la victime ou de son représentant légal)	
<input type="checkbox"/> La victime souhaite rester anonyme	
Nom, prénom	
Adresse	
NPA, localité	
Téléphone	
Date de naissance	
Données "anonymisées" de la victime destinées à être archivées (données obligatoires)	
Sexe	<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin
Age	

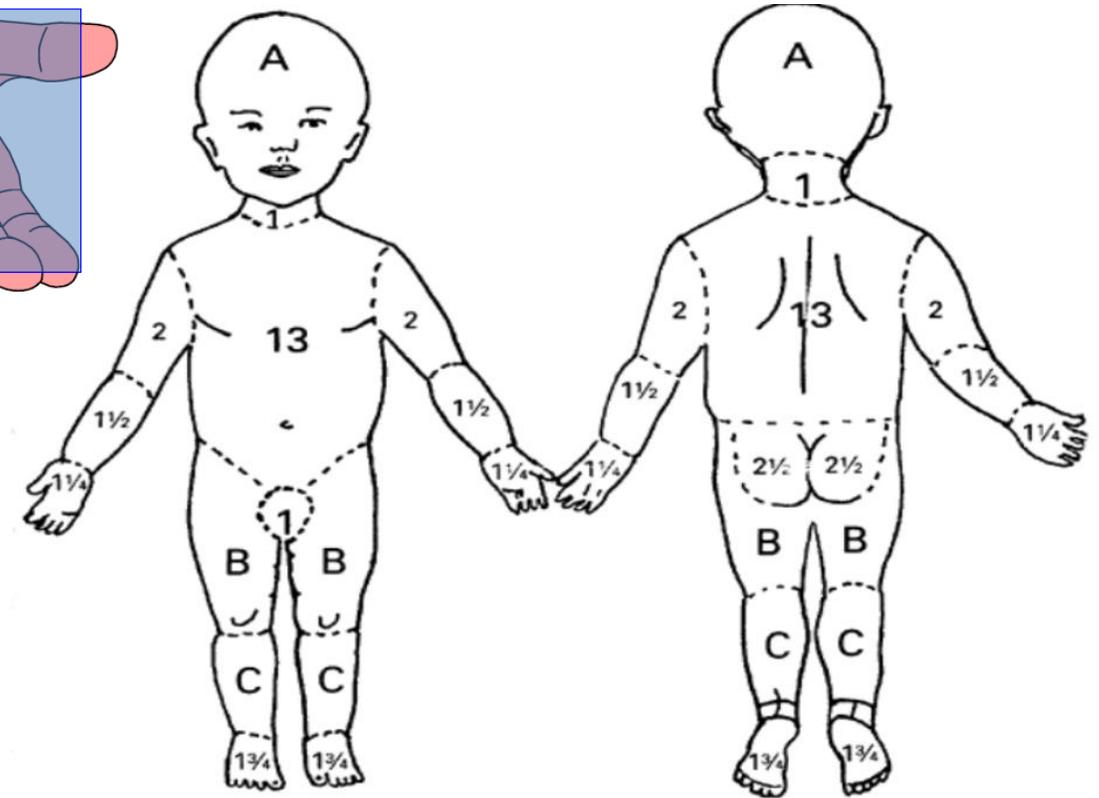
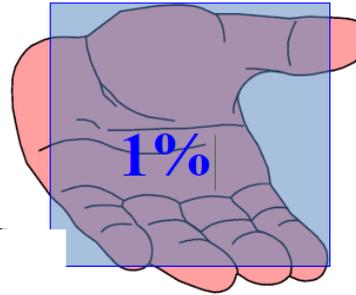
BRÛLURES – GÉNÉRALITÉS

- Evaluation de la surface et la profondeur
- Agent causal: thermique (90%), électrique (5-7%), chimique (3-5%), mécanique, radique
- Une brûlure évolue en surface et profondeur dans les jours qui suivent!
- Facteurs de gravité:
 - Age inférieur à un an
 - Atteinte du visage, cou, mains, périnée
 - Atteintes circulaires
 - Inhalations de fumées (CO, CN)
 - Contexte psycho-social...



BRÛLURES – EVALUATION ET TRAITEMENT

- Tableau de Lund et Browder
- Plus rapide: paume de la main = 1%
seulement pour les lésions de 2nd et 3^e degré
- Antalgie +++
- Refroidir, compresses de Kamillosan dilué
- Pansement par Flammazine (au frigo) et Jelonet, compresses, bandage
- Sur le visage: Ialugen 6x/j min
- Contrôle à 24-48h selon avis chirurgical
- Prendre des photos!



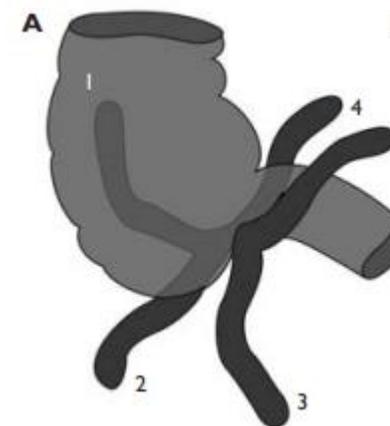
Area	Age 0	Age 1	Age 5	Age 10	Age 15
A = 1/2 of Head	9 1/2	8 1/2	6 1/2	5 1/2	4 1/2
B = 1/2 of Thigh	2 3/4	3 1/4	4	4 1/4	4 1/2
C = 1/2 of Leg	2 1/2	2 1/2	2 3/4	3	3 1/4

DOULEURS ABDOMINALES

Naissance – 1 an	2 – 5 ans	6 – 11 ans	12 – 18 ans
Coliques Gastro-entérite Constipation Infection urinaire Invagination intestinale Volvulus Hernie étranglée Maladie de Hirschsprung	Gastro-entérite Appendicite Constipation Infection urinaire Invagination intestinale Volvulus Traumatisme Adénite mésentérique Crise drépanocytaire	Gastro-entérite Appendicite Constipation Douleur fonctionnelle Infection urinaire Traumatisme Adénite mésentérique Pneumonie Crise drépanocytaire Maladie de Henoch-Schönlein	Appendicite Gastro-entérite Constipation Dysménorrhée Mittelschmerz Maladie inflammatoire Torsion annexielle Grossesse extra-utérine

DOULEURS ABDOMINALES – APPENDICITE AIGUË

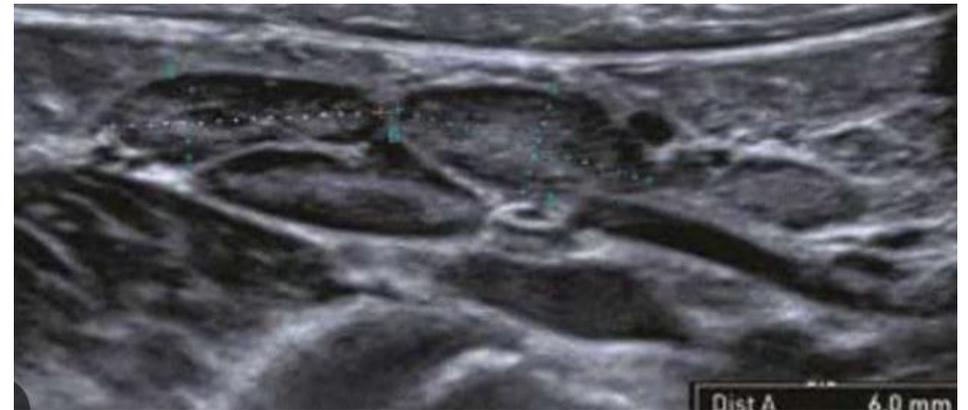
- Clinique:
 - Tout âge (risque de perforation élevé chez le petit enfant!)
 - Douleur épigastrique, puis migration secondaire en fosse iliaque droite
 - Subfébrile, nausées +/- vomissements
 - Fébrile, occlusion intestinale si péritonite appendiculaire
- Examen clinique: défense, détente, psoas+, signes de péritonisme
- Biologie:
 - hyperleucocytose à prédominance neutrophile
 - +/- CRP augmentée
- β HCG si fille pubère, examen OGE pour les garçons
- US: appendice incompressible, taille > 10mm, infiltration de la graisse mésentérique, hyperémie au Doppler, liquide libre
- Traitement: appendicectomie, antibiothérapie sur avis chirurgical



DOULEURS ABDO. - ADENITE MESENTERIQUE

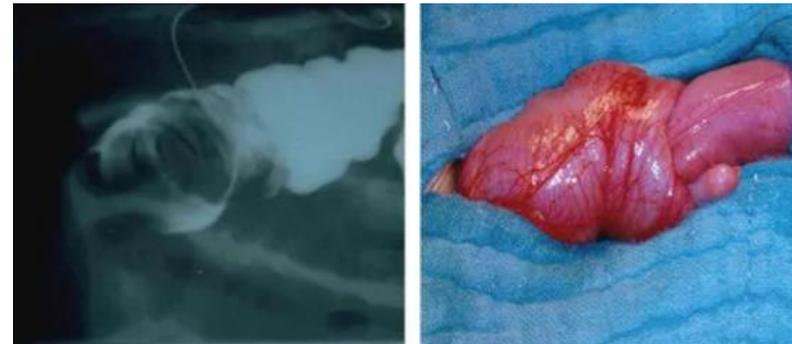
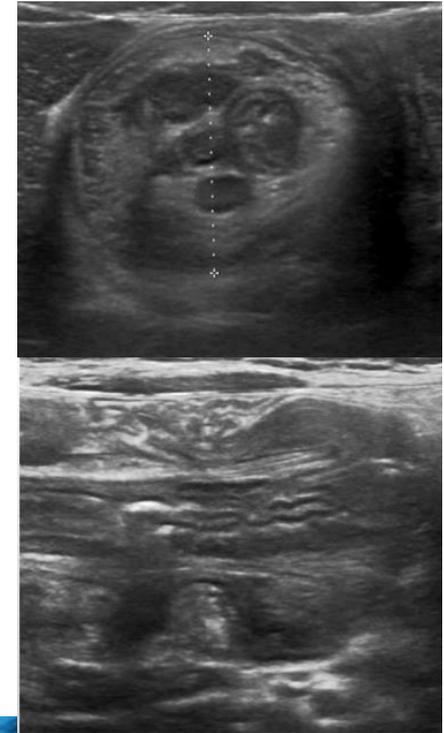
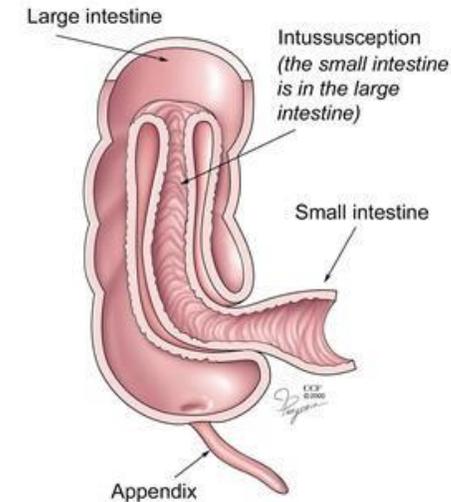
- Clinique:
 - Tout âge
 - Douleur en fosse iliaque droite
 - Fébrile, virose ORL
- Examen clinique: sensibilité FID, pas de défense
- Biologie: non nécessaire
- US: appendice normal, liquide libre, adénopathies mésentériques

- Traitement: antalgie de palier 1



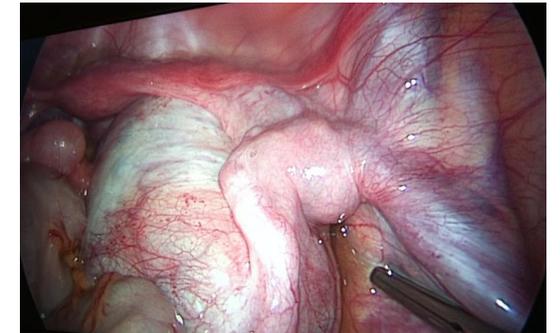
DOULEURS ABDO. – INVAGINATION INTESTINALE

- Clinique:
 - 3 mois – 3 ans
 - Douleurs abdominales paroxystiques (ou léthargie), vomissements, selles muco-sanglantes (20-30%)
- Examen clinique: masse FID/flanc droit, occlusion intestinale, +/- péritonite
- IIA secondaires 10%: Meckel, purpura rhumatoïde, lymphome, tumeurs
- US: IIA iléo-caecale
- Traitement: réduction par lavement air/baryté sous contrôle US/scopique



DOULEURS ABDO. – TORSION D'ANNEXE

- Clinique: douleurs abdominales aiguës, vomissements, pâleur
- Examen clinique: afébrile, empâtement en fosse iliaque, pas de défense
- US-doppler: n'élimine pas une torsion d'annexe
- 80% torsions liées à une masse ovarienne
- Traitement:
 - Marqueurs hormonaux (aFP, bHCG, inhibine B, AMH)
 - Laparoscopie pour détorsion



SCROTUM AIGU

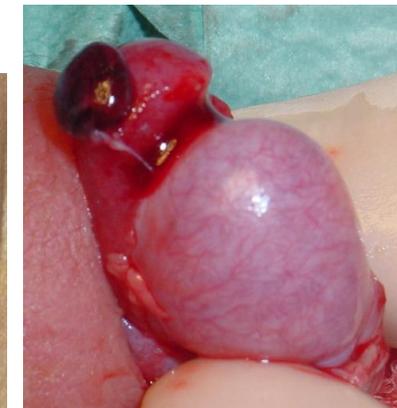
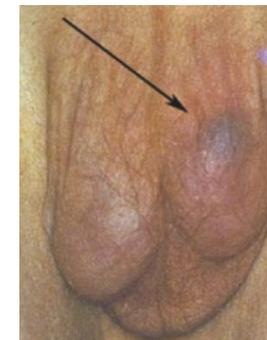
Torsion du testicule

- Périnatale ou puberté
 - Douleurs aiguës irradiant dans le canal inguinal/fosse iliaque
 - Nausées, vomissements, pâleur, tuméfaction +/- rougeur
 - Prehn positif
 - Testicule ascensionné
 - Réflexe crémastérien négatif
-
- 1/3 ont eu des douleurs avant
 - Pas d'US
 - AVIS CHIRURGICAL +++



Torsion d'hydatide de Morgagni

- Petit enfant > puberté
 - Douleurs progressives, pas d'irradiation
 - Testicule non ascensionné, souple, induration douloureuse au sommet du testicule
 - Blue spot
 - Réflexe crémastérien présent
-
- Traitement par AINS, bloc si doute



SCROTUM AIGU

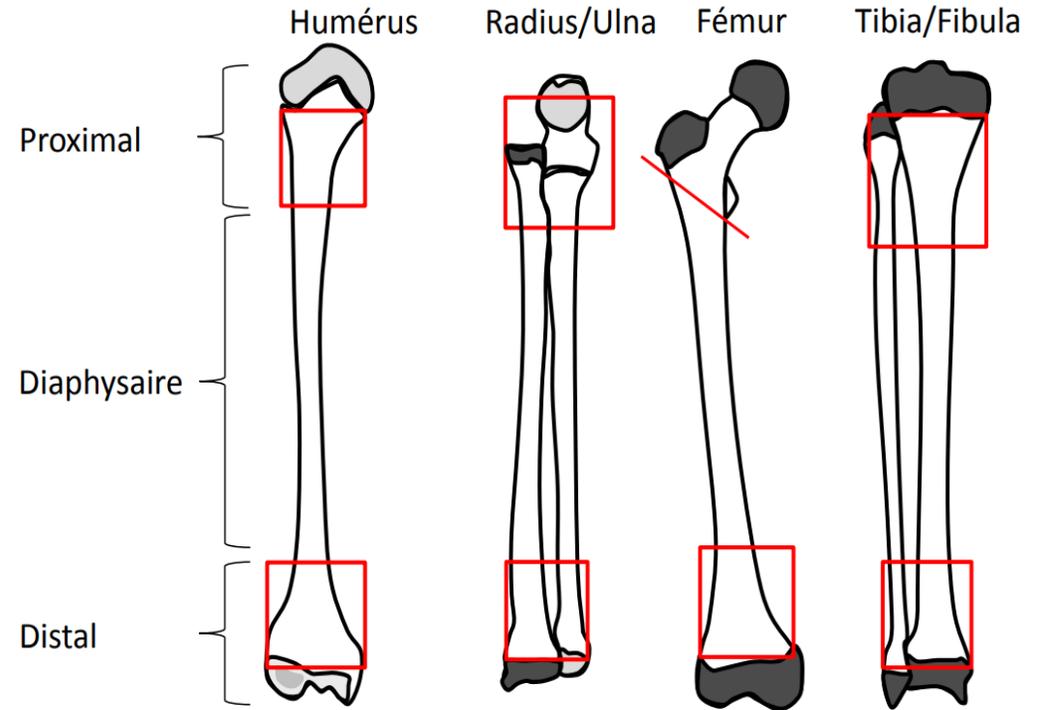
- **Epididymite**: rare chez le petit enfant, virale, IST si activité sexuelle
- **Œdème scrotal idiopathique**: indolore, prurit, régression spontanée
- **Orchite**: oreillons
- **Traumatisme**: US (rupture albuginée?)
- **Hydrocèle**: transillumination positive
- **Varicocèle**: US doppler
- **Tumeur**: masse testiculaire, US



TRAUMATOLOGIE - GÉNÉRALITES

DEFINITIONS

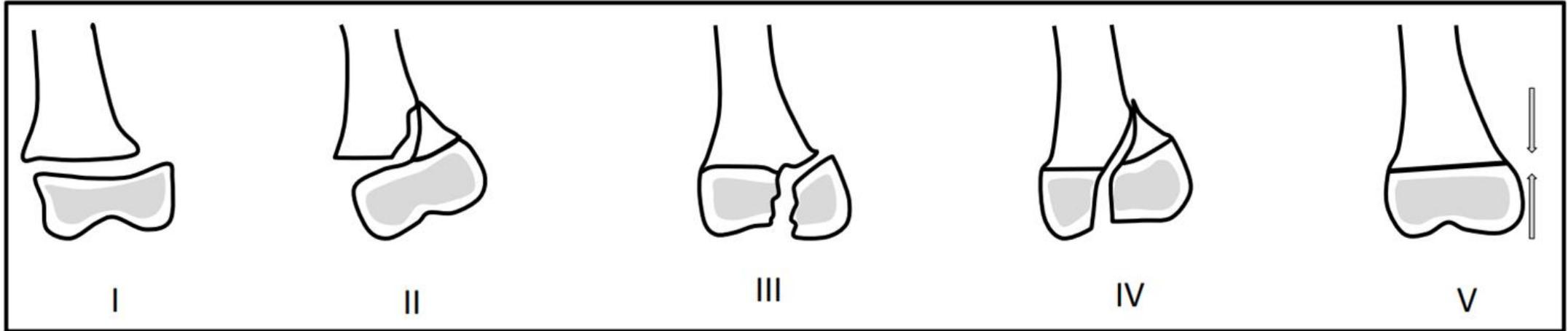
- Entorse: étirement ou déchirure d'un **ligament** autour d'une articulation
- Luxation: perte de congruence articulaire
- Fracture:
 - Épiphysaire: classification de Salter-Harris
 - Métaphysaire:
 - Bois vert: interruption de la corticale de côté convexe
 - Motte de beurre: tassement sans atteinte des corticales
 - Transverse: fracture complète
 - Diaphysaire:
 - Spiroïde, transverse, oblique, déformation plastique, sous-périostée



Définition de la zone métaphysaire:

Carré, dont le côté est défini par la largeur du cartilage de croissance (Carré en rouge ci-dessus)

TRAUMATOLOGIE – CLASSIF. DE SALTER-HARRIS



- SH I: Décollement épiphysaire pur. Séparation entre cartilage de croissance et épiphyse
- SH II: Fracture passant à travers la métaphyse et le cartilage de croissance, l'épiphyse est intacte
- SH III: Fracture passant par l'épiphyse et le cartilage de croissance, métaphyse intact
- SH IV: Fracture traversant toutes les zones (métaphyse, cartilage de croissance et épiphyse)
- SH V: Fracture de cisaillement, écrasement du cartilage de croissance

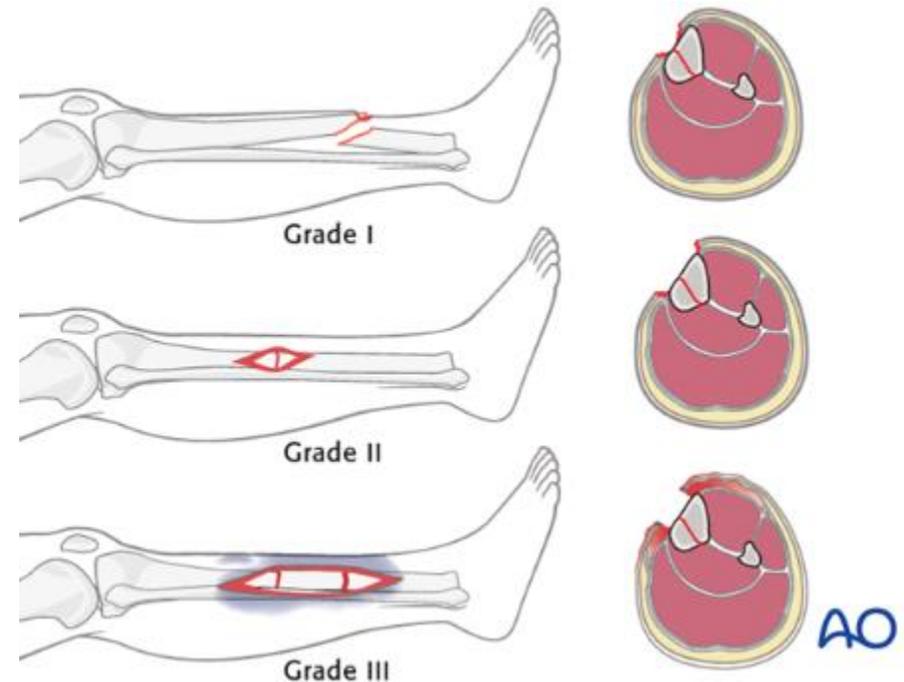
TRAUMATOLOGIE – CLASSIF. GUSTILO

Classification de Gustilo

- 1: plaie < 1cm
- 2: plaie >1 cm mais < 10 cm
- 3: plaie > 10 cm
 - A: pas de perte de substance
 - B: avec perte de substance
 - C: avec lésion vasculaire

Antibiothérapie:

- Gustilo 1: Kefzol® 30 mg /kg IV, ordre unique
- Gustilo 2: Kefzol® 30 mg/kg IV, 3x/j pour 2-5 j selon avis chirurgical
- Gustilo 3: Augmentin® 50 mg/kg/j IV, durée selon avis chirurgical



TRAUMATOLOGIE – SYNDROME DES LOGES

- Possible au niveau de toutes les zones du corps
- Le plus fréquent au niveau de la jambe: fracture transverse, mais se méfier des fractures du tibia proximal (atteinte de la loge antérieure)

- Douleurs persistantes malgré une antalgie adaptée et une immobilisation
- Palpation des loges dure et douloureuse ++
- Mobilisation active impossible et mobilisation passive douloureuse ++

- Les troubles vasculonerveux sont tardifs (la présence des pouls est faussement rassurante initialement)
- Si doute, appel du chirurgien pédiatre de garde pour discuter une mesure de pression des loges +/- fasciotomie

TRAUMATOLOGIE – MEMBRE SUPÉRIEUR

- Fracture de clavicule
- Luxation sterno-claviculaire
- Entorse/luxation acromio-claviculaire
- Luxation gléno-humérale
- Fracture de l'humérus proximal
- Fracture de la diaphyse humérale
- Fracture de l'humérus distal (supra-condylienne, condyle, épitrochlée)
- Luxation du coude
- Fracture de la tête radiale
- Fracture de l'olécrâne
- Fracture des deux os de l'avant-bras
- Fracture du radius distal
- Fracture du scaphoïde
- Fracture des 2-3-4èmes métacarpes
- Fracture du 1er métacarpe
- Entorses des doigts
- Fracture des phalanges

TRAUMATOLOGIE – MEMBRE SUPÉRIEUR

FRACTURE DE CLAVICULE

- Clinique: Chute sur l'épaule, douleurs de clavicule
- Imagerie: Radiographie de clavicule de face (tangentielle si > 14 ans)
- Classification: Fracture du tiers proximal, moyen ou distal
- Prise en charge:
 - **Traitement conservateur** le plus souvent
 - Fracture non/peu déplacée:
 - Gilet orthopédique pour 3 semaines avec contrôle chez le pédiatre en fin de traitement
 - Pas de radiographie d'emblée
 - Fracture déplacée, sur avis chirurgical:
 - Gilet orthopédique pour 4 semaines et rx J10
 - Traitement chirurgical si fracture ouverte, menace cutanée; à discuter si raccourcissement de plus de 2 cm chez l'adolescent.



TRAUMATOLOGIE – MEMBRE SUPÉRIEUR

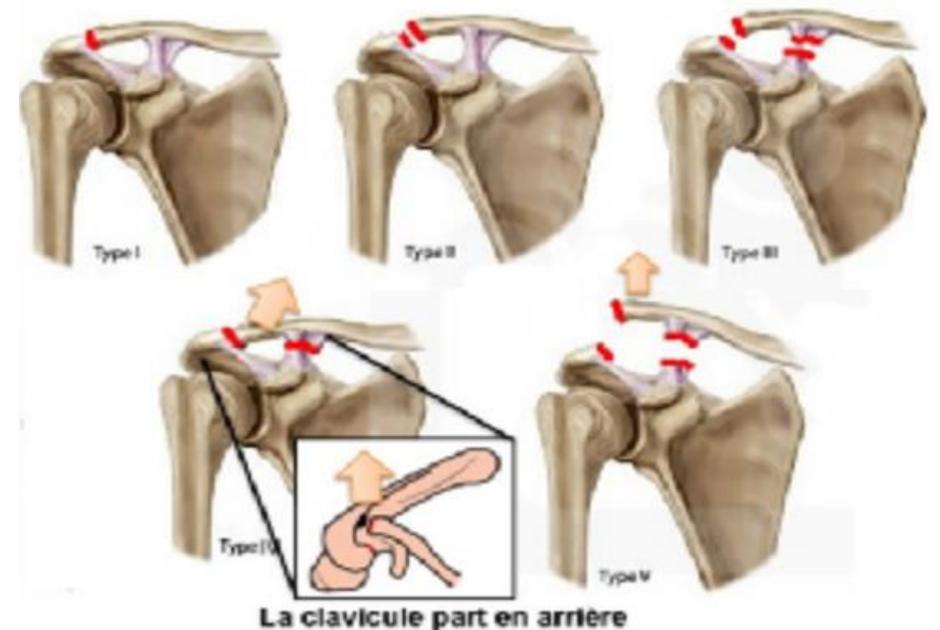
LUXATION STERNO-CLAVICULAIRE

- Clinique: Douleurs et tuméfaction articulation sterno-claviculaire
- Imagerie:
 - Radiographie de clavicule de face
 - Si suspicion de luxation postérieure: CT scan.
- Classification: antérieur et postérieur (risque de lésion vasculaire)
- Prise en charge:
 - Réduction au bloc opératoire
 - Si luxation postérieure: nécessité de chirurgien vasculaire à disposition (CHUV)

TRAUMATOLOGIE – MEMBRE SUPÉRIEUR

ENTORSE/LUXATION ACROMIO-CLAVICULAIRE

- Clinique:
 - Douleur de l'articulation acromio-claviculaire +/- touche de piano
 - Plutôt chez l'adolescent
- Imagerie: Radiographie de l'épaule face et axiale
- Classification: Rockwood I-V selon atteinte ligamentaire
- Prise en charge:
 - Le plus souvent conservateur (Rockwood I-III):
 - Gilet orthopédique pour 4 semaines avec rx J10
 - Chirurgical pour Type IV et V



TRAUMATOLOGIE – MEMBRE SUPÉRIEUR

LUXATION GLÉNO-HUMÉRALE

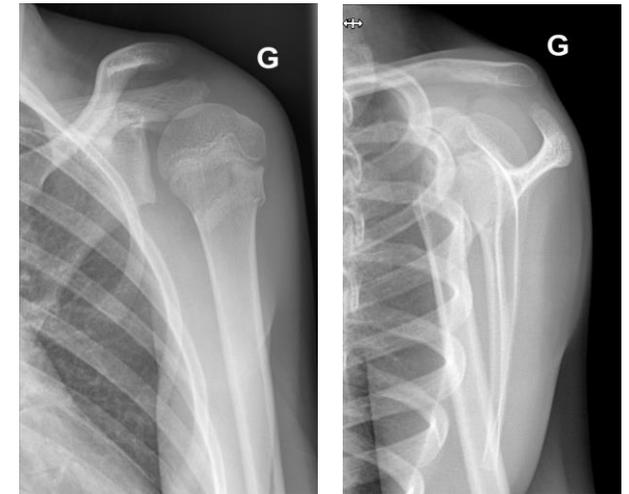
- Clinique: Chute sur l'épaule, déformation, impotence, convulsion (luxation postérieure)
- Imagerie: Radiographie de l'épaule face et Neer
- Classification: antéro-inférieure (95%), postérieure (5%)
- Prise en charge:
 - Examen neurologique avant/après réduction
 - Réduction sous MEOPA/fentanyl
 - si échec, appel du chirurgien pédiatrique de garde pour réduction sous AG
 - Radiographie post-réduction
 - Gilet orthopédique pour 3 semaines et rx à 3 semaines



TRAUMATOLOGIE – MEMBRE SUPÉRIEUR

FRACTURE DE L'HUMÉRUS PROXIMAL

- Clinique: Chute sur l'épaule, douleurs et impotence fonctionnelle
- Imagerie: Radiographie de l'épaule face et Neer
- Classification: métaphysaire ou épiphysaire
- Prise en charge:
 - Traitement conservateur le plus souvent (remodelage excellent)
 - Gilet orthopédique pour 4 semaines
 - Contrôle à J7-10 avec radiographie (risque de déplacement secondaire)
 - Chirurgical (ECMES) si fracture déplacée
 - < 5 ans si angulation de plus de 70°
 - 5-11 ans si angulation de plus de 40°
 - >12 ans si angulation de plus de 30°



2 mois plus tard



TRAUMATOLOGIE – MEMBRE SUPÉRIEUR

FRACTURE DE LA DIAPHYSE HUMÉRALE

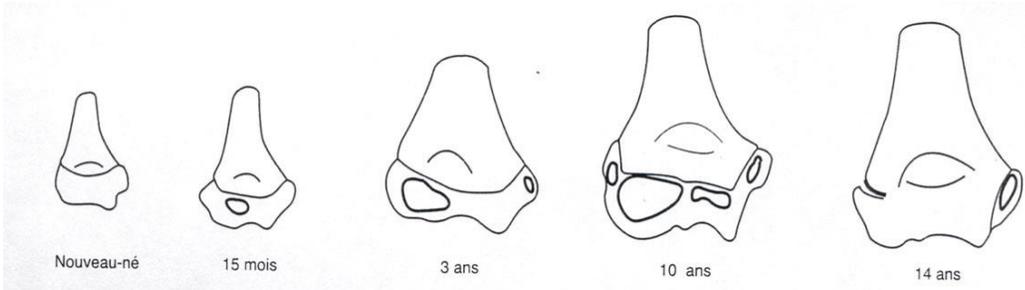
- Clinique:
 - Douleur et déformation du bras
 - Évaluation du **nerf radial +++**
- Imagerie: Radiographie de l'humérus face et profil
- Prise en charge:
 - Traitement conservateur le plus souvent
 - < 3 ans: gilet orthopédique pour 3 semaines
 - 3-12 ans: gilet orthopédique pour 4 semaines, rx J10
 - > 12 ans: gilet orthopédique pour 6 semaines, rx J10
 - Chirurgical (ECMES)
 - Si déplacement: varus > 20°, raccourcissement > 2 cm, angulation > 20°, rotation > 15°
 - Et/ou trouble neurovasculaire



TRAUMATOLOGIE – MEMBRE SUPÉRIEUR

FRACTURE DE L'HUMÉRUS DISTAL

- Noyaux d'ossification du coude et âge d'apparition



- 2 ans: Condyle externe
- 4 ans: Radius
- 6 ans: Epitrochlée
- 8 ans: Condyle interne (trochlée)
- 10 ans: Olécrâne
- 12 ans: Epicondyle

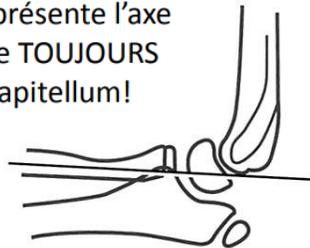
C
R
I
T
O
E

- Epanchement intra-articulaire (fat pad sign) peut être le seul signe de fracture
- Quelques repères anatomiques importants



Axe du radius

La ligne qui représente l'axe du radius passe TOUJOURS au niveau du capitellum!



Ligne humérale antérieure

Classification Rigault pour # supra-condylienne



TRAUMATOLOGIE – MEMBRE SUPÉRIEUR

FRACTURE DU CONDYLE EXTERNE

- Clinique: mécanisme en compression, douleurs et tuméfaction condyle externe. Fracture intra-articulaire.
- Imagerie: Radiographie du coude face et profil
- Classification:



- Prise en charge:
 - Conservateur: si déplacement < 2mm
 - BAB 4-6 semaines, rx J10
 - Chirurgical: si déplacement > 2mm
 - Réduction ouverte et ostéosynthèse

TRAUMATOLOGIE – MEMBRE SUPÉRIEUR

FRACTURE SUPRA-CONDYLIENNE

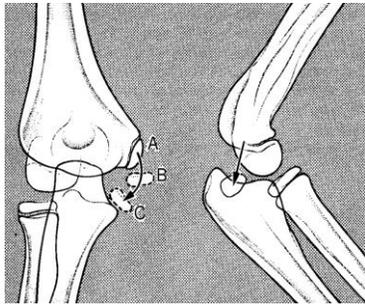
- Clinique:
 - Chute en extension
 - Importance du status neurovasculaire (nerf médian et pouls)
- Imagerie: Radiographie du coude face et profil
- Classification:
 - Fracture en extension (Lagrange-Rigault)
 - I: pas de déplacement (trait de fracture visible ou fat pad)
 - II: bascule postérieure
 - III: trouble de rotation associé, mais fragments au contact
 - IV: déplacement complet
 - Fracture en flexion
- Prise en charge:
 - I: traitement conservateur avec BAB pendant 3 semaines, rx à 3 semaines
 - II: traitement conservateur tant que la ligne antérieure de l'humérus coupe le capitellum, rx J10
 - III et IV: réduction fermée et embrochage sous AG



TRAUMATOLOGIE – MEMBRE SUPÉRIEUR

FRACTURE DE L'ÉPITROCHLÉE

- Clinique:
 - Souvent associée à une luxation du coude
 - Tuméfaction médiale
 - Evaluation du nerf cubital!!!
- Imagerie: Radiographie du coude face et profil
- Classification:



- Prise en charge:
 - Traitement conservateur si déplacement non-significatif: BAB pour 4-6 semaines, rx J10
 - Chirurgical (réduction ouverte et ostéosynthèse) en cas de déplacement

TRAUMATOLOGIE – MEMBRE SUPÉRIEUR

LUXATION DU COUDE

- Clinique:
 - Déformation importante
 - Recherche de trouble neurovasculaire (**nerf ulnaire!**)
- Imagerie: Radiographie du coude face et profil avec recherche de lésion associée (apophyse coronoïde, **épitrochlée**, tête radiale) - si doute ad CT
- Classification: luxation postérieure le plus souvent

- Prise en charge:
 - Réduction sous AG en général (selon l'âge du patient, peut être tentée sous MEOPA et Fentanyl)
 - Immobilisation dans un BAB pour 3-6 semaines selon avis chirurgical



TRAUMATOLOGIE – MEMBRE SUPÉRIEUR

FRACTURE DE LA TÊTE RADIALE

- Clinique: Chute en extension, prono-supination entravée
- Imagerie: Radiographie du coude face et profil (à rechercher attentivement si épanchement sans autre fracture évidente visualisée)
- Classification:
 - Judet 1: angle $< 20^\circ$
 - Judet 2: angle entre 20° et 45°
 - Judet 3: angle entre 45° et 80°
 - Judet 4: angle $> 80^\circ$
- Prise en charge:
 - Traitement conservateur le plus souvent: BAB 10 jours, contrôle J10
 - Réduction fermée + ECMES
 - si angulation $> 45^\circ$ avant 10 ans
 - si angulation $> 30^\circ$ après 10 ans



TRAUMATOLOGIE – MEMBRE SUPÉRIEUR

FRACTURE DE L'OLÉCRANE

- Clinique: Choc direct avec tuméfaction en regard de l'olécrâne
- Imagerie: Radiographie du coude face et profil
- Prise en charge:
 - Traitement conservateur avec BAB pour 4 semaines si déplacement inférieur à 2mm (plâtre à 80°, légèrement en extension pour diminuer le risque de déplacement secondaire) et contrôle à J7
 - Si déplacement > 2mm: traitement chirurgical par cerclage-haubanage



TRAUMATOLOGIE – MEMBRE SUPÉRIEUR

FRACTURE DES DEUX OS DE L'AVANT-BRAS

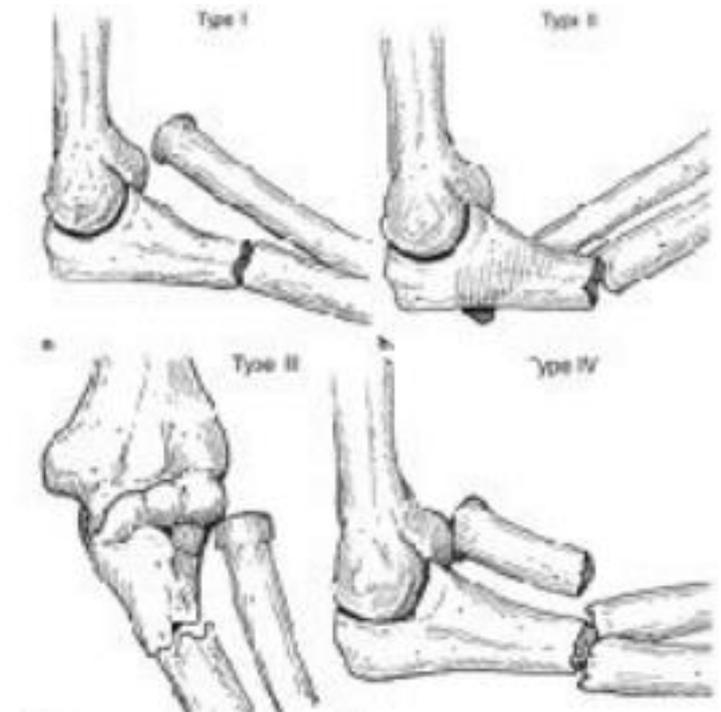
- Clinique: douleurs +/- déformation avant-bras
- Imagerie: Radiographie de l'avant-bras face et profil
- Classification: 1/3 proximal, 1/3 moyen, 1/3 distal
- Prise en charge:
 - Conservateur
 - Si angulation $< 10^\circ$ pour fracture proximale
 - Si angulation $< 15^\circ$ pour fracture du tiers moyen
 - Si angulation $< 20^\circ$ pour fracture du tiers distal
 - Chirurgical
 - Pour les fractures avec angulation supérieure à ce qui est décrit ci-dessus
 - Pour toutes les bois vert avec angulation $> 10^\circ$
 - Réduction fermée simple si < 6 ans
 - Réduction fermée + ECMES si > 6 ans



TRAUMATOLOGIE – MEMBRE SUPÉRIEUR

FRACTURE DE MONTEGGIA

- Clinique: Douleurs de l'avant bras et du coude
- Imagerie:
 - Radiographies de l'avant-bras face et profil
 - ET Radiographie du coude face et profil
- Classification: classification de Bado, luxation de la tête radiale: à rechercher devant toute fracture isolée de l'ulna
- Prise en charge:
 - Réduction fermée +/- ECMES de l'ulna
 - BAB 4 semaines



TRAUMATOLOGIE – MEMBRE SUPÉRIEUR

FRACTURE DU RADIUS DISTAL

- Clinique: Chute sur le poignet, douleurs +/- tuméfaction
- Imagerie: Radiographie du poignet face et profil
- Classification et prise en charge:
 - **Motte de de beurre**: AB 3 sem, contrôle chez le pédiatre à 3 semaines, PAS DE RADIOGRAPHIE (attelle velcro chez le grand, BAB chez le tout petit)
 - **Fracture épiphysaire Salter-Harris**: BAB 4 sem/AB 2 sem, réduction si $>20^\circ$ d'angulation, rx J10
 - **Bois vert**: BAB 4 sem/AB 2 sem, réduction si $>10^\circ$ d'angulation, rx J10
 - **Fracture métaphysaire**: BAB 4 sem /AB 2 sem, réduction si $>20^\circ$ après 10 ans et si $> 30^\circ$ avant 10 ans, rx J10



TRAUMATOLOGIE – MEMBRE SUPÉRIEUR

FRACTURE DU SCAPHOÏDE

- Clinique:
 - Chute sur la main et douleurs
 - Signe du piston et tabatière douloureuse
- Imagerie: Radiographie du poignet face, profil et incidence scaphoïde
- Prise en charge:
 - si fracture clairement identifiée: AB pouce pour 6 semaines et rx J10
 - si fracture avec déplacement de plus de 2mm: chirurgie
 - si clinique compatible, mais pas de fracture visualisée: AB pouce et contrôle clinique hors plâtre à J10 (si toujours algique: répéter la radiographie +/- IRM)



TRAUMATOLOGIE – MEMBRE SUPÉRIEUR

FRACTURE DES 2-3-4-5 MÉTACARPES

- Clinique:
 - Chute sur la main ou coup de poing
 - Rechercher un éventuel trouble de rotation +++
- Imagerie: Radiographie de la main face et oblique (+/- profil pour évaluer le déplacement d'une fracture sous-capitale)
- Classification: sous-capitale ou diaphysaire
- Prise en charge:
 - Traitement conservateur dans Iselin avec rx J10
 - Fracture sous-capitale: traitement conservateur si pas de trouble de rotation et/ou angulation
 - $<10^\circ$ pour 2e MC, $< 20^\circ$ pour 3e MC, $< 30^\circ$ pour 4e MC, $<40^\circ$ pour 5e MC
 - Fracture diaphysaire: traitement conservateur si pas de trouble de rotation et angulation $<20^\circ$ dans le plan sagittal et pas de raccourcissement

TRAUMATOLOGIE – MEMBRE SUPÉRIEUR

FRACTURE DU 1ER MÉTACARPE

- Clinique: chute/choc direct avec douleur du premier rayon
- Imagerie: Radiographie du premier rayon de la main face et profil
- Classification: diaphysaire, métaphysaire, sous-capitale

- Prise en charge: traitement conservateur le plus souvent: AB pouce avec rx J10



TRAUMATOLOGIE – MEMBRE SUPÉRIEUR

FRACTURE DES PHALANGES

- Clinique:
 - Douleur +/- déviation doigt
 - Contrôler si trouble de la rotation +++
- Imagerie: Radiographie du doigt face et profil
- Classification et prise en charge:
 - Fracture de P1: Iselin et rx J10
 - Plaque palmaire (base P2): syndactylie, contrôle à 3 semaines chez le pédiatre
 - Fracture P2, P3 (hors Mallet Finger): attelle thermoformée (ergothérapeute, attelle sapin)
 - Fracture stable quelque soit le niveau (type motte de beurre): syndactylie, contrôle à 3 semaines chez le pédiatre

Traitement chirurgical (réduction ou ostéosynthèse): pour fracture ouverte, fracture déplacée, trouble rotatoire, fracture intra-articulaire déplacée



Plaque palmaire



Salter 2 base P1



Sous-capitale P2

TRAUMATOLOGIE – MEMBRE SUPÉRIEUR

POUCE DU SKIEUR (LÉSION DU LIG. COLL. ULNAIRE)

- Clinique:
 - Abduction du pouce avec douleur de la MCP
 - Recherche de laxité (après radiographie)
- Imagerie: radiographie du pouce face et profil
 - si laxité: US en semi-urgence
- Classification: entorse simple, fracture avulsion, lésion complète du ligament

- Prise en charge:
 - entorse: gantelet pouce pour 4 semaines
 - fracture avulsion: traitement chirurgical si déplacement
 - lésion claire du ligament: traitement chirurgical
 - si doute ou patient trop algique: gantelet pouce et contrôle à J10

TRAUMATOLOGIE – MEMBRE SUPÉRIEUR

MALLET FINGER

- Clinique: Avulsion tendineuse/osseuse du tendon extenseur au niveau de P3
- Imagerie: Radiographie du doigt face et profil
- Classification: tendineux / osseux

- Prise en charge:
 - Mallet tendineux: attelle thermoformée en hyperextension pour 6 semaines
 - Mallet osseux:
 - Attelle thermoformée pour 4 semaines avec rx J10
 - Traitement chirurgical si déplacement ou atteinte de plus de 50% de la surface articulaire



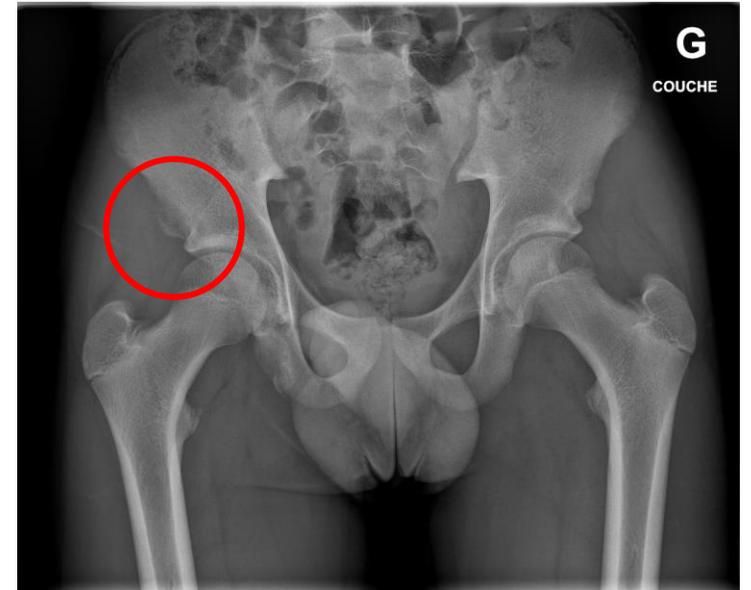
TRAUMATOLOGIE – MEMBRE INFÉRIEUR

- Fracture du bassin
- Luxation coxo-fémorale
- Épiphysiolyse
- Fracture fémur proximal
- Fracture diaphysaire fémur
- Fracture fémur distal
- Fracture de rotule
- Luxation de rotule
- Entorse genou
- Fracture des épines tibiales
- Fracture TTA
- Fracture diaphyse jambe
- Fractures de la cheville
- Entorse de la cheville
- Entorse du pied
- Fracture du calcanéum
- Fracture du talus
- Fracture des métatarses
- Fractures d'orteils

TRAUMATOLOGIE – MEMBRE INFÉRIEUR

FRACTURE DU BASSIN (FRACTURES, AVULSIONS)

- Clinique: traumatisme à faible cinétique (shoot au foot et douleur brutale)
- Imagerie: radiographie du bassin de face
- Classification:
 - Épine iliaque antéro-supérieure (sartorius): 22%
 - Épine iliaque antéro-inférieure (droit fémoral): 19%
 - Tubérosité ischiatique (ischio-jambiers): 54%
 - Symphyse (adducteurs): 5%
- Prise en charge:
 - Traitement conservateur le plus souvent
 - Repos, charge selon douleurs, arrêt de sport 3 mois
 - Rx J10
 - Chirurgie à discuter si déplacement de > 2 cm



TRAUMATOLOGIE – MEMBRE INFÉRIEUR

FRACTURE DU BASSIN (ANNEAU PELVIEN)

- Clinique: traumatisme à haute énergie, polytraumatisme
- Imagerie:
 - radiographie de bassin de face
 - CT scan: recherche de lésion associée
- Classification:
 - Risque de lésions associées (urologique, vasculaire)
- Prise en charge: ceinture pelvienne, accès vasculaire, sonde vésicale selon avis chirurgical



TRAUMATOLOGIE – MEMBRE INFÉRIEUR

LUXATION COXO-FÉMORALE

- Clinique:
 - Traumatisme à haute cinétique
 - Recherche de lésion associée (p.ex abdo)
 - Examen neurologique (nerf sciatique)+++
- Imagerie: radiographie de bassin de face et hanche axiale
- Classification: recherche de fracture associée (tête fémorale et cotyle)
- Prise en charge:
 - Réduction fermée sous AG, CT après réduction pour évaluation précise du cotyle
 - Appui contact 4 semaines et contrôle à 4 semaines
 - Suivi à long terme (risque de nécrose de la tête fémorale)



TRAUMATOLOGIE – MEMBRE INFÉRIEUR ÉPIPHYSIODÈSE

- Clinique:
 - Douleur de hanche +/- aiguë avec limitation de la rotation interne
 - Parfois clinique peu claire sous forme de douleurs référées à la cuisse ou au genou (y penser en cas de gonalgie et examen du genou normal)
- Imagerie: radiographie de bassin de face et Lauenstein
- Classification: aiguë vs chronique
- Prise en charge:
 - Lit strict
 - Traitement chirurgical (épiphysiodèse) +/- fixation controlatérale



TRAUMATOLOGIE – MEMBRE INFÉRIEUR

FRACTURE DU FÉMUR PROXIMAL

- Clinique:
 - Traumatisme à haute énergie
 - Membre raccourci en rotation externe
- Imagerie: radiographie de bassin de face et hanche axiale
- Prise en charge:
 - Réduction fermée et ostéosynthèse
 - Risque élevé de nécrose de la tête



TRAUMATOLOGIE – MEMBRE INFÉRIEUR

FRACTURE DIAPHYSAIRE DU FÉMUR

- Clinique:
 - Douleurs et tuméfaction majeure de la cuisse
 - Penser à maltraitance chez l'enfant qui ne marche pas encore
- Imagerie: radiographie de fémur face et profil
- Biologie: Hb si fracture déplacée
- Prise en charge:
 - Age < 3-4 ans: plâtre pelvi-cruro-pédieux (le plus souvent sous AG)
 - Age > 4 ans: réduction fermée + ECMES
 - Adolescent: clou fémoral
 - Antalgie +++: bloc fémoral si délai pour prise en charge

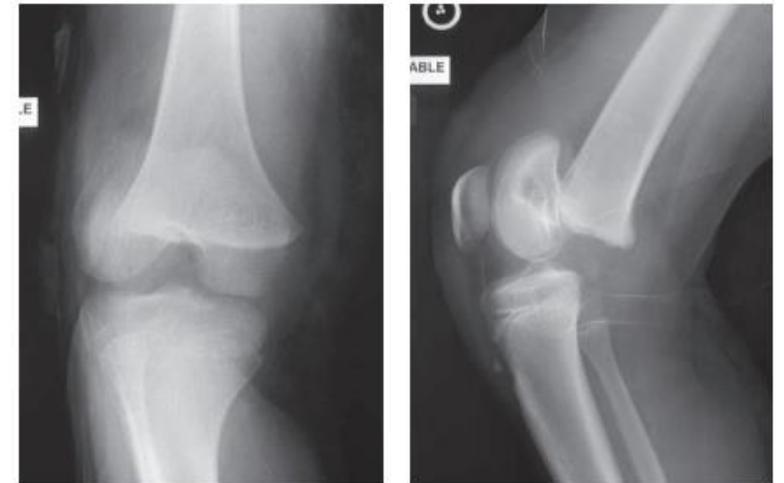
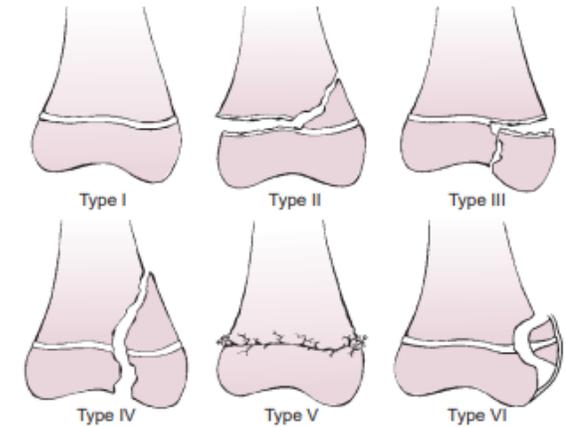


TRAUMATOLOGIE – MEMBRE INFÉRIEUR

FRACTURE DU FÉMUR DISTAL

- Clinique:
 - Tuméfaction du genou
 - Recherche lésion neuro-vasculaire associée (pouls pédieux +++)
- Imagerie: radiographie du genou face et profil
- Classification: épiphysaire ou métaphysaire

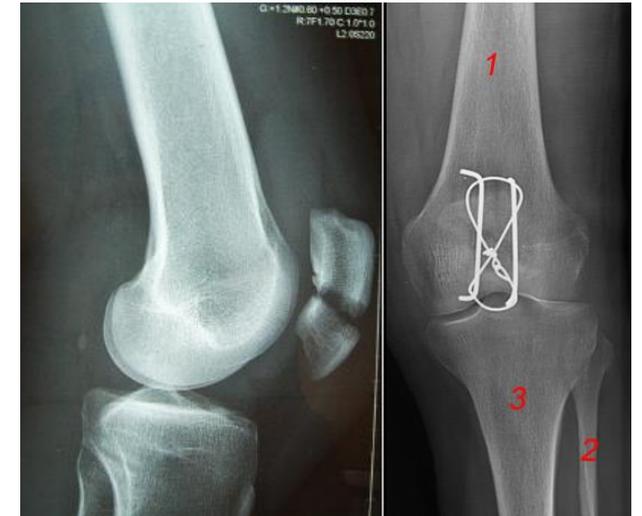
- Prise en charge:
 - Fracture non-déplacée: plâtre cruro-pédieux pour 6 semaines, rx J10
 - Traitement chirurgical si fracture déplacée (réduction fermée +/- embrochage)



TRAUMATOLOGIE – MEMBRE INFERIEUR

FRACTURE DE ROTULE

- Clinique:
 - Choc direct le plus souvent
 - Evaluation de l'appareil extenseur!!!
- Imagerie:
 - Radiographie du genou face, profil et axiale (après avoir exclu une fracture transverse sur la radiographie de profil, risque de déplacement!!!)
 - Piège: rotule bipartite
- Classification:
 - Sleeve fracture (avulsion ostéocondrale)
 - Fracture transverse (interruption app extenseur)
 - Fracture longitudinale
- Prise en charge:
 - Traitement conservateur: fracture non-déplacée
 - Attelle velcro en extension (4-6 sem), charge selon tolérance, rx J10
 - Chirurgical: fracture déplacée



TRAUMATOLOGIE – MEMBRE INFÉRIEUR

LUXATION DE ROTULE

- Clinique:
 - Sensation de lâchage
 - Douleur, tuméfaction para-patellaire médiale, épanchement
 - Réduction en pré-hospitalier
- Imagerie: radiographie de genou face, profil et axiale de rotule
- Prise en charge:
 - Premier épisode:
 - Attelle velcro pour 3 semaines puis genutrain, charge selon douleurs
 - Physiothérapie dès 3 semaines
 - Contrôle à J10 en polyclinique +/- IRM
 - Récidive:
 - Attelle type genutrain d'emblée sauf si épanchement important

TRAUMATOLOGIE – MEMBRE INFÉRIEUR

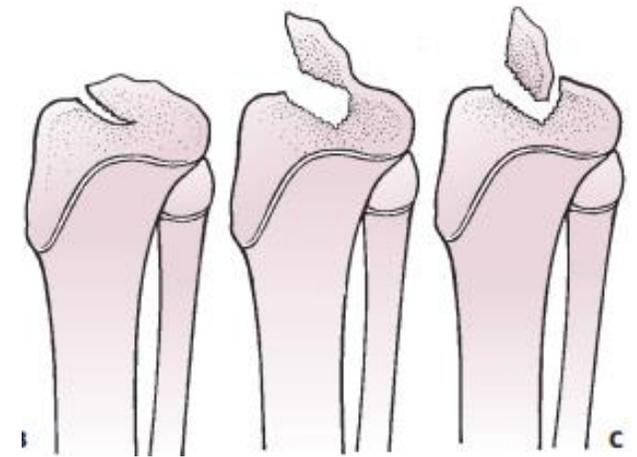
ENTORSE DE GENOU

- Clinique:
 - Mécanisme de torsion, le plus souvent en valgus forcé
 - Epanchement articulaire (signe d'une lésion intra-articulaire: ménisque et/ou LCA), flexum?
- Imagerie: radiographie du genou face et profil
- Classification:
 - Entorse LLI: douleurs compartiment interne et à la mise sous tension du LLI, pas d'épanchement articulaire
 - Entorse LLE: rare, varus forcée
 - Lésion LCA: Lachmann positif, **épanchement articulaire**
 - Lésion LCP: rare, tiroir post, **épanchement articulaire**
 - Lésion méniscale: **épanchement articulaire**, tests méniscaux positifs
- Prise en charge: *en urgence le genou est souvent trop douloureux pour être bien testé*
 - Attelle velcro et examen ménisco-ligamentaire par chirurgien pédiatre à J10
 - Si flexum irréductible: ad IRM pour suspicion de lésion méniscale en anse de seau

TRAUMATOLOGIE – MEMBRE INFERIEUR

FRACTURE DES EPINES TIBIALES

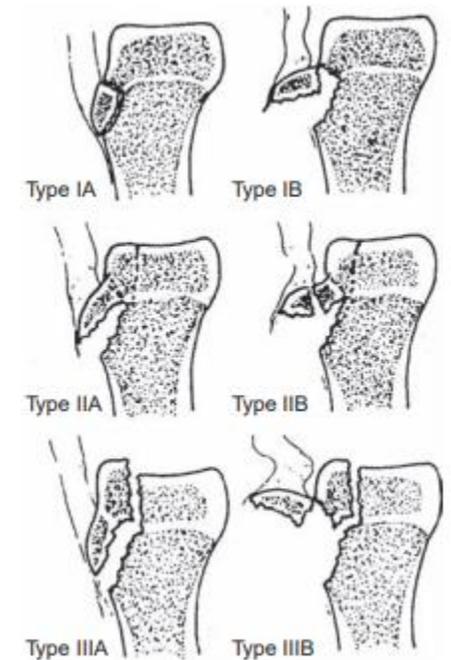
- Clinique: avulsion de l'insertion osseuse du LCA, épanchement articulaire
- Imagerie: radiographie du genou face et profil
- Classification: Mayers et Mc Keever
 - I : déplacement minime
 - II: déplacement antérieur
 - III: avulsion complète
- Prise en charge:
 - I: traitement conservateur, plâtre cruro-jambier en extension, rx J10
 - II et III: traitement chirurgical avec vissage du fragment



TRAUMATOLOGIE – MEMBRE INFERIEUR

FRACTURE DE LA TUBEROSITE TIBIALE ANTERIEURE

- Clinique:
 - Adolescent, mouvement explosif (p.ex impulsion lors d'un saut)
 - Tuméfaction et douleur de la TTA, extension active impossible, **CAVE syndrome de loges!!!**
- Imagerie: radiographie du genou face et profil +/- CT
- Classification: Ogden, selon déplacement
- Prise en charge:
 - Fracture non-déplacée
 - Traitement conservateur: attelle velcro en extension, charge partielle et rx J10
 - Fracture déplacée:
 - Traitement chirurgical par vissage



TRAUMATOLOGIE – MEMBRE INFÉRIEUR

FRACTURE DIAPHYSAIRE DE JAMBE

- Clinique: mécanisme de torsion (spiroïde), ou choc direct (transverse) CAVE syndrome de loges!!!
- Imagerie: radiographie de jambe face et profil
- Classification:
 - Fracture du tibia +/- péroné
 - Fracture du péroné isolée
 - Fracture sous-périostée (en cheveu d'ange)
- Prise en charge:
 - Fracture du tibia +/- péroné:
 - Traitement conservateur si fracture non-déplacée: plâtre cruro-pédieux pour 4 semaines, puis botte de marche pour 2 semaines, rx J10
 - Traitement chirurgical par ECMES si fracture déplacée
 - Fracture du péroné isolée: botte de marche et rx à 4 semaines
 - Fracture sous-périostée: botte de marche pour 3 semaines vs poussette



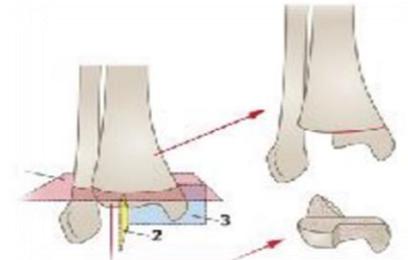
TRAUMATOLOGIE – MEMBRE INFÉRIEUR

FRACTURE DE CHEVILLE

- Clinique: mécanisme de torsion, douleur et impotence fonctionnelle
- Imagerie: radiographie de cheville face et profil +/- CT
- Classification:
 - Fracture de Tillaux: Salter III du tibia distal
 - Fracture triplane: trait de fracture qui passe dans tous les plans
 - Fracture de Mac Farland: Salter IV de la malléole interne
 - Malléole externe
- Prise en charge:
 - Fracture intra-articulaire (Tillaux, Mac Farland, triplane)
 - Traitement conservateur si déplacement < 2mm: botte en décharge pour 4 semaines; puis botte de marche pour 2 semaines, rx J10
 - Chirurgical si fracture déplacée : vissage
 - Malléole externe: traitement conservateur le plus souvent (si déplacé: plaque/vis)

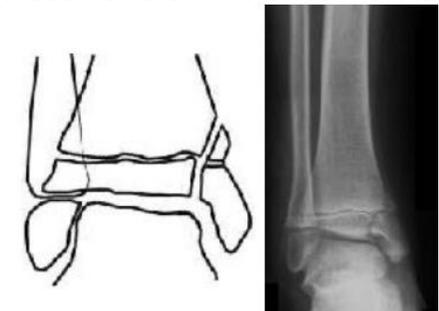


Fracture de Tillaux



Fracture Triplane

Fracture de Mac Farland



TRAUMATOLOGIE – MEMBRE INFÉRIEUR

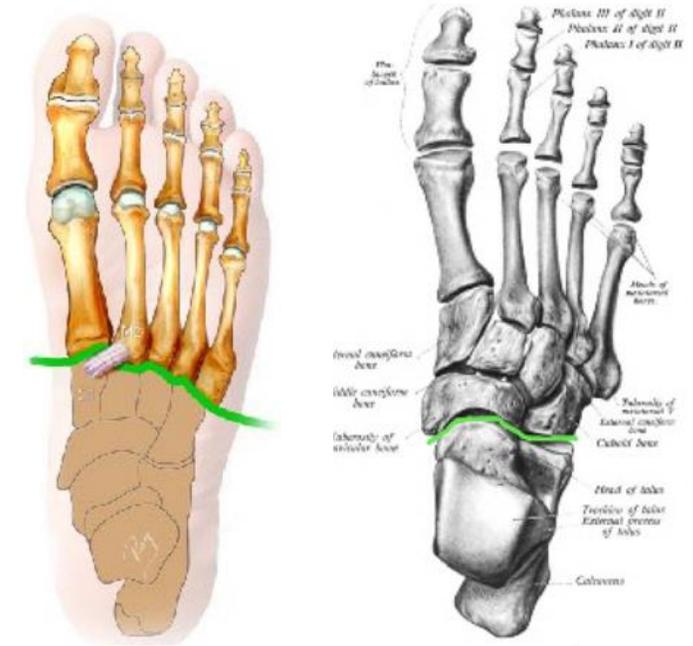
ENTORSE DE CHEVILLE

- Clinique: Douleur et tuméfaction du versant externe, atteinte du LLE
- Imagerie: radiographie de cheville face et profil (selon les critères d'Ottawa)
- Classification et prise en charge:
 - Degré 1:
 - Bande élastique et charge selon tolérance, arrêt de sport 3 semaines
 - Contrôle à 3 semaines chez le pédiatre pour évaluer reprise sportive
 - Degré 2:
 - Ankle-fix pour 3 semaines jour/nuit, puis 3 semaines jour, puis 3 semaines pour le sport
 - Physiothérapie de tonification des péroniers et proprioception dès que possible
 - Contrôle à 3 semaines chez le pédiatre
 - Degré 3 +/- fracture avulsion:
 - Attelle jambière postérieure et rx J10 +/- relais par botte de marche vs Ankle-fix, puis physiothérapie

TRAUMATOLOGIE – MEMBRE INFÉRIEUR

ENTORSE DU PIED

- Clinique:
 - Tuméfaction et douleur du médio-pied
 - Mécanisme en hyperflexion (Lisfranc) ou inversion forcée (Chopard)
 - Hématome de la face plantaire
- Imagerie: radiographie du pied face et oblique
- Classification:
 - Entorse de Lisfranc: entre le cuboïde/cunéiforme et les métatarsiens
 - Entorse de Chopard: entre le calcanéum/talus et cuboïde/naviculaire
- Prise en charge:
 - Entorse bénigne: bande élastique et charge selon douleur
 - Entorse modérée à sévère: attelle jambière postérieure et rx J10 +/- botte de marche pour 4 semaines



TRAUMATOLOGIE – MEMBRE INFÉRIEUR

FRACTURE DU CALCANEUM

- Clinique:
 - Chute d'une hauteur élevée
 - Recherche de lésion associée (rachis lombaire)
- Imagerie: radiographie du calcaneum profil et axiale +/- CT
- Classification: intra-articulaire ou extra-articulaire

- Prise en charge:
 - Traitement conservateur le plus souvent: botte de décharge et rx J10
 - Chirurgical si fracture intra-articulaire déplacée



TRAUMATOLOGIE – MEMBRE INFÉRIEUR

FRACTURE DU TALUS

- Clinique:
 - Rare
 - Fracture par impaction ou lésion ostéocondrale dans le cadre d'un entorse
 - Risque de nécrose avasculaire
- Imagerie: radiographie de cheville face et profil +/- CT
- Prise en charge: Traitement conservateur le plus souvent, chirurgical si déplacé



Lésion
ostéocondrale

TRAUMATOLOGIE – MEMBRE INFÉRIEUR

FRACTURE DES MÉTATARSES

- Clinique: choc direct ou mécanisme de torsion de cheville (fracture de la base du 5^{ème} métatarse)
- Imagerie: radiographie du pied face et oblique
- Prise en charge:
 - Traitement conservateur le plus souvent: attelle jambière postérieure et rx J10, puis botte de marche pour 4-6 semaines
 - Chirurgical si fracture déplacée



TRAUMATOLOGIE – MEMBRE INFÉRIEUR

FRACTURE DES ORTEILS

- Clinique: douleur et tuméfaction
- Imagerie: radiographie de l'orteil face et oblique
- Prise en charge:
 - Syndactylie à but antalgique pour 2-3 semaines et contrôle chez le pédiatre
 - Rarement réduction fermée si déplacée
 - Chaussure type Barouk pour fracture de l'hallux et rx J10

TRAUMATOLOGIE – SQUELETTE AXIAL

- Fracture du rachis dorso-lombaire
- Fracture du rachis cervical

TRAUMATOLOGIE – SQUELETTE AXIAL

FRACTURE DU RACHIS DORSO-LOMBAIRE

- Clinique:
 - Mécanisme en hyperflexion/hyperextension, chute d'une hauteur élevée.
 - Notion de souffle coupé fréquent rencontrée en cas de fracture
- Imagerie : radiographie du rachis dorsal/lombaire face et profil +/- CT ou IRM
- Classification:
 - Fracture par compression (tassement): stable
 - Fracture par flexion/distraktion: instable
- Prise en charge:
 - Fracture stable: arrêt de sport et rx J10, corset à discuter en fonction de la perte de hauteur et/ou du nombre de niveaux atteints
 - Fracture instable: fixation chirurgicale

TRAUMATOLOGIE – SQUELETTE AXIAL

FRACTURE DU RACHIS CERVICAL

- Clinique: mécanisme de décélération (AVP), douleurs de la nuque et mobilité limitée
- Imagerie : radiographie du rachis cervical face, profil et trans-buccal +/- CT ou IRM
- Prise en charge:
 - En cas de fracture: avis chirurgical
 - Si absence de fracture à la radiographie:
 - Retirer délicatement la minerve
 - D'abord mobilisation active, puis mobilisation passive
 - Mise en place d'un collier mousse si diagnostic d'entorse cervicale et rx J10
 - Si douleurs et/ou limitation +++ : remettre la minerve et discuter CT ou IRM

INFECTION OSTEO-ARTICULAIRE

- Clinique: impotence fonctionnelle sans notion de traumatisme
- Fébrile:
 - Radiographie ciblée +/- US
 - FSC, CRP, VS, hémocultures
- Afébrile:
 - Radiographie ciblée
 - Symptômes < 48h et bon état général: contrôle dans 48h (reconsulte avant si fièvre...)
 - Symptômes > 48h: FSC, CRP, VS, hémocultures +/- US, frottis Kingella kingea (si < 4ans)

TRAUMATISME CRÂNIEN

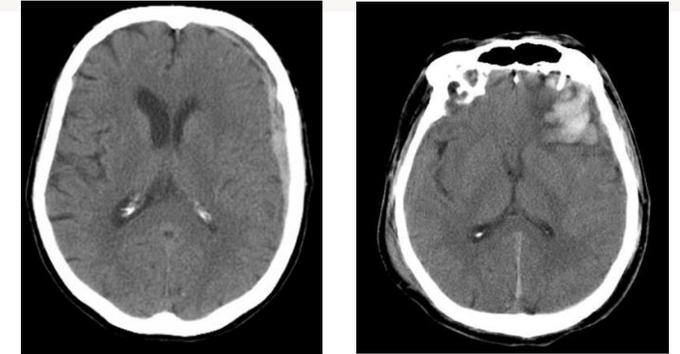
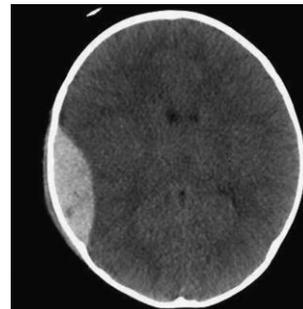
- Traumatisme crânien simple TCS
- Traumatisme crânio-cérébral TCC:
 - Mineur: GCS 14-15 – commotion cérébrale
 - Modéré: GCS 9-13
 - Sévère: GCS 3-8



Ouverture des yeux			
	> 1 an	< 1 an	
4	spontanée	spontanée	
3	à l'appel	aux cris	
2	à la douleur	à la douleur	
1	aucune	aucune	
Meilleure réponse motrice			
	> 1 an	< 1 an	
6	exécute les ordres	mouvements spontanés	
5	réaction bien orientée	réaction bien orientée	
4	rétraction à la douleur	rétraction à la douleur	
3	flexion à la douleur	flexion à la douleur	
2	extension à la douleur	extension à la douleur	
1	aucune	aucune	
Meilleure réponse verbale			
	> 5 ans	> 1 an	< 1 an
5	orienté	Mots incompréhensibles	babille
4	désorienté	Mots incompréhensibles	pleurs, consolable
3	mots incohérents	pleurs persistants, inconsolable	pleurs persistants, inconsolable
2	incompréhensible	gémissements	gémissements
1	aucune	aucune	aucune

TRAUMATISME CRÂNIEN

- Hospitalisation pour surveillance +/- imagerie cérébrale si:
 - Age < 3 mois
 - > 3 vomissements dans l'heure
 - Somnolence excessive
 - Perte de connaissance > 5 secondes
 - Amnésie antérograde persistante, comportement anormal
 - Déficit neurologique focal, convulsions post-traumatiques
 - Signes de fracture du crâne
 - Céphalées intenses persistantes
 - Traumatisme à haute cinétique
 - Maltraitance



Reconsulter en urgence si:

- Céphalées en aggravation
- Vomissements persistants
- Dysarthrie, marche instable, troubles de l'équilibre, dysmétrie, troubles visuels
- Altération de l'état de conscience
- Comportement inhabituel
- Otorrhée

ANTALGIE AUX URGENCES

- Traiter la douleur avant toute investigation!
- En premier lieu et en l'absence d'occlusion intestinale/contre-indication:
 - PARACETAMOL 15 mg/kg/dose x4/j max PO (max 1 g/dose)
 - IBUPROFENE 10 mg/kg/dose x3/j max PO (max 400 mg/dose)
- Si douleurs persistantes et/ou devant une fracture déplacée:
 - FENTANYL 1 mcg/kg/dose INH si pas de VVP, en titration (max 60 mcg/dose)
 - MORPHINE 0,05 mg/kg/dose IV dès que VVP, en titration (max 2mg/dose)

ANNEXE: HORAIRES DE JEUNE

- Heures de jeûne avant l'intervention chirurgicale:
 - Aliments solides et liquides autres que clairs: **6 heures**
 - Lait maternel et lait premier âge: **4 heures**
 - Liquides clairs: **1 heure**
- De manière générale, privilégier une **hydratation sucrée** avant l'intervention pour diminuer les vomissements post-opératoires dues à la cétose

ANNEXE: QUELQUES VIDEOS

Nœuds au porte-aiguille: <https://www.youtube.com/watch?v=3rC9AeVtUfl>

Nœuds à la main: <https://www.youtube.com/watch?v=uFJbTbjeU4Y>

Bandage Mayo: <https://www.youtube.com/watch?v=096gKCayMNg>

Anesthésie en bague:

- <https://www.youtube.com/watch?v=z-QGqK7-3As>
- https://www.youtube.com/watch?v=25kZWI_MYrg

Réduire une pronation douloureuse: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMvcm1211809>

Réduire une luxation de l'épaule: <https://www.youtube.com/watch?v=HtOnreM7heg>

Réduire un paraphimosis: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMvcm1105611>

ANNEXE: COMMENT FAIRE UNE DEMANDE D'ADMISSION AU BLOC OPÉRATOIRE



Sélectionnez le type de demande d'admission

ou choisir une DA Intervention existante

Interventions

Méd. Hôp/Resp. DOAN MARIE-THÉRÈSE (419)
Méd. Op. DOAN MARIE-THÉRÈSE (419)

Type Adm/Classe / Commune
Date entrée

Modifié le
PID/FID - référence 1904331 / 9

DA élective (GeFlo)

Saisie A planifier Planifiée J-1 Terminée

Enregistrer les modifications de la DA

Envoyer la demande Et passer à l'étape suivante

Données administratives Données cliniques Checklist interv. AMBU

Entrée

Déjà aux urgences / hospitalisé (Reste à l'hôpital, ne rentre pas chez lui avant intervention)

Date d'entrée souhaitée * ou délai souhaité *

Heure d'entrée ou sur appel

Site * Rennaz Salle intervention HD

Diagnostic

Diagnostic/motif de l'hospitalisation

Infection connue Oui Non Si oui

Allergie(s) connue Oui Non Si oui

Mesures d'isolement (Opale)

Intervention/Examen

Données à compléter:

- Date d'entrée
- Degré d'urgence (2 ou 1 si torsion/urgence vitale)
- Diagnostic
- Spécialité: chirurgie pédiatrique, ORL
- Type d'intervention
- Service d'intervention: bloc opératoire
- Date d'intervention
- Côté opéré
- Position sur table: DD
- Temps chirurgical: 75 min pour appendicite
- Consultation pré-opératoire: non si urgence
- Technique d'anesthésie: AG
- Médecin responsable

Puis ENVOYER la demande

ANNEXE: SECRÉTARIAT DE PÉDIATRIE

- Pour toute demande de rendez-vous en chirurgie pédiatrique, policlinique, contrôles cliniques, antibiothérapie, vaccination..., merci d'envoyer un mail au secrétariat de pédiatrie, avec les informations suivantes:

pediatrie@hopitalrivierachablais.ch

- NOM PRENOM:
- DATE DE NAISSANCE:
- MOTIF DE CONSULTATION: fracture, plaie, morsure...
- EXAMEN CONCOMITTANT: IRM, bio...
- QUEL MEDECIN:
- DISCUTE AVEC UN CADRE: OUI/NON, LEQUEL: