

Protocole Médecine d'Urgences	Service émetteur : Service d'Accueil des Urgences Pôle : Médecine d'Urgences
Traumatologie Entorse du genou	Version : 1 Date d'application : 07/2012

I - OBJET DU DOCUMENT :

Prise en charge clinique et thérapeutique d'une entorse de genou

Entorses du ligament collatéral médial ou latéral

Examen clinique : recherche d'une laxité de ligament collatéral médial, latéral, d'un épanchement. Contrôle des ligaments croisés. Contrôle méniscal.

Contrôle radiographique si douleur à la palpation des insertions ligamentaires interne ou externe : genou face et profil.

Penser à vérifier l'absence de lésions des plateaux en présence d'un épanchement.

Mise en place d'une attelle de zimmer avec marche autorisée selon la douleur.

Si appui difficile car algique, aide à la marche avec cannes anglaises + HBPM à doses préventives, et contrôle plaquettaire 2 fois par semaine.

Glaçage

Arrêt des HBPM dès que l'appui est possible.

Durée d'immobilisation : 3 semaines.

Contrôle clinique à 3 semaines par le chef de clinique de garde qui décidera de la nécessité d'une consultation de médecine du sport.

Entorses présumées graves avec hémarthrose :

Prévoir même bilan radiographique.

CAT : Idem

Avis du senior de traumatologie de garde ou son interne par délégation aux urgences en cas de doute.

Si pas de doute radiographique, prescription de kinésithérapie, physiothérapie et mobilisation articulaire (selon modèle) à partir du 21^{ème} jour du traumatisme, et convocation en consultation de traumatologie à 1 mois.

Garder la contention par attelle de Zimmer jusqu'à la consultation.

Analgésie dans tous les cas selon le protocole de service.

Rédigé par : DR LECOULES

Vérifié par : PR MANSAT – PR BONNEVIALLE – DR LECOULES

Approuvé par : DR FERNANDEZ

Protocole Médecine d'Urgences	Service émetteur : Service d'Accueil des Urgences Pôle : Médecine d'Urgences
Traumatologie Entorse du genou	Version : 1 Date d'application : 07/2012

II - DOMAINE D'APPLICATION :

Service des Urgences Purpan et Rangueil

III- PERSONNES AUTORISEES (à compléter par le responsable médical signant le protocole) en fonction des références réglementaires.

A prescrire : X Médecin **OU A entreprendre** ☐ IDE, ☐ IADE, ☐ Sage-femme, ☐ Manipulateur en électroradiologie, ☐ Masseurs kinésithérapeutes

A administrer : ☐ IDE, ☐ IADE, ☐ Sage-femme, ☐ Manipulateur en électroradiologie, ☐ Masseurs kinésithérapeutes

IV-DOCUMENT(S) DE REFERENCE :

V-DOCUMENTS ASSOCIES :

VI – DEFINITIONS ET ABREVIATIONS :

HISTORIQUE DES MODIFICATIONS		
N°version	Date	Nature des modifications

ANNEE PREVISIONNELLE DE REVISION :
2013

Rédigé par : DR LECOULES

Vérifié par : PR MANSAT – PR BONNEVIALLE – DR LECOULES

Approuvé par : DR FERNANDEZ