**BASES TRAUMATO PÉD**

(Dr Ramseyer)

Rx toujours avec 2 incidences

Rx contrôle toujours post chgt de plâtre ( médico-légal)

Riesser= calcification bassin et arrêt croissance pour suivi scoliose

Durée immobilisation classique:

Motte de beurre --> 3 semaines

Fracture diaphysaire --> 6 semaines

Fracture métaphysaires --> 8 semaines

L'arrêt de sport est le même que celui d'immobilisation (ex 3 sem. pour une motte de beurre)

Décalage et raccourcissements sur les membres tolérés car le cal va réaligner et l'hyperhémie post fracture va entraîner un hyper allongement=> récupération de la longueur

Pas de rotation tolérée dans les membres !

Motte de beurre = 1 seule des2 corticales cassée => reste solide => immobilisation 3 semaine suffit et Rx contrôle pas indispensable

Fracture en bois vert doit être bien réaligné car sinon comme le périoste persiste sur 1 des 2 côtés la fracture va continuer à s'anguler si le plâtre ne la tient pas suffisamment=> si on arrive pas à aligner = tout casser au bloc et réaligner.

La tête du radius doit être en face du condyle.

Attention aux fractures articulaires des doigts et orteils qui doivent être bien soignées surtout en cas d'arrachements.

Saleté III et IV nécessite une réduction PARFAITE pour ne pas avoir de problème articulaires ensuite => OPÉRATION!

Saleté V=> risque de soudure lors du contrôle à 6 mois

Ligaments/tendon de l'enfant plus solide que l'os=> ARRACHEMENTS => les classiques d'arrachements : au coude: arrachements au niveau des épicondyles/épitrochlée, bassin: épine iliaque, ischion-pubis (football- shoot contrarié) , genou: arrachement épine tibiale.

S'AIDER DES RABKES DE NOYAUX D'OSSIFICATION POUR RECONNAÎTRE CE QUI EST ANORMAL!

NE JAMAIS TOLERER UNE DOULEUR DOZS PLÂTRE=> ON OUVRE TOUT (PLÂTRE, COTON ET JERSEY)

Enclouage centro-medullaire:broche en place 4-6 mois mais permet charge plus rapide et laisse le canal centre-médullaire ouvert => évite les refacturée sur un canal comblé comme c'est le cas en cas de plâtre traditionnel.

Fracture triplane (cheville/fémur) de torsion : se reconnaît si on note 2 classification de Salter DIFFERENTS sur Rx face et profil=> CT pour comprendre anatomie

Fendre un plâtre ou attelle au début pour éviter Sd des loges (sauf pour mottes de beurre que l'on peut circulariser d'emblée) et on ne charge pas sur une attelle!

Mesurer la longueur des membres chez pédiatres post fractures surtout pour coude, cartilage atteints, déformation en fin de traitement, etc

Repère:

Ligne humerale antérieure qui croise toujours le condyle et idem pour ligne du radius dans tous les plans sinon = fracture Montegia

CAVE: "Fat pad" antérieur pas toujours visible sur coude en flexion

Épitrochlée: ligne du coude ext (de face) avec épitrochlée qui doit être juste sous cette ligne et si ce n'est pas le cas c'est qu'elle est déplacée et si on le rate et qu'on plâtre , le coude sera bloqué et devra être réopéré

Ligne graisseuse au dos du poignet (hématome du carré pronateur)

Ligne de Klein de face qui croise le 1/4 sup de la tête fémorale.

Fracture de Tillaut: tibia inf entraîné par le péroné qui y reste soudé=> classique de rotation au foot et skate= doit être opéré!

Toujours palper voir faire une Rx des articulations au-dessus et dessous chez l'enfant car les douleurs sont souvent référée!