

Entorses du coude

Elles existent (bien que rares), même sans luxation !

Médiales > latérales, bénigne / grave (+/- rupture musculaire associée)

Testing clinique (quand possible)

- ◆ Plan médial : recherche laxité en valgus à 30° de flexion
- ◆ Plan latéral : recherche ressaut postéro-latéral à 90° de flexion

Prise en charge → Ambulatoire

- ❖ **Entorse bénigne** → Idem contusion
- ❖ **Suspicion entorse grave**
 - ◆ Immobilisation par coude au corps
 - ◆ CPU J8 – J15
 - ◆ ATi 2 semaines

Ruptures du biceps

- ◆ Rares, contexte de mouvement forcé brutal avec coude à 90° de flexion.
- ◆ Désinsertion tendineuse au niveau de la **tubérosité bicipitale**
- ◆ Testing comparatif : déficit de la supination active
- ◆ Imagerie : **IRM**
 - Immobilisation par coude au corps avec CPU à J8

Bursites olécrâniennes post-traumatiques

Traumatisme direct / microtraumatismes répétés.

Bursite inflammatoire (stade initial) → PEC ambulatoire

- ◆ **Traitement médical ambulatoire** par :
 - Immobilisation par écharpe
 - Antalgique + glaçage
 - Pas d'antibiothérapie, pas d'AINS
- ◆ **Consultation du médecin traitant à J5 – J7**
- ◆ ATi 7 jours

Consultation en urgence si aggravation locale ou apparition de signes généraux (fièvre, syndrome septique)

Bursite infectieuse (évolution défavorable) → Avis / Hospit.

- ◆ Signes locaux marqués, fièvre...
- ◆ Paraclinique : NFS – CRP (pas de ponction)
- ◆ Prise en charge :
 - **Hospitalisation pour drainage chirurgical**
 - Initier une **antibiothérapie IV** par AUGMENTIN
 - Immobilisation par écharpe, antalgie

Toutes les bursites ne sont pas post-traumatiques (microcristalline / rhumatismale / tumorale)