


Centre de santé et de services sociaux
de Gatineau



Guide de prise en charge de la clientèle orthopédique de l'Outaouais

ENTRÉE EN VIGUEUR DU GUIDE DE PRISE EN CHARGE : 11 AOÛT 2014

Mise à jour : juillet 2014

Clinique externe d'orthopédie du CSSS de Gatineau
Hôpital de Hull – 1^{er} étage
116 boul. Lionel-Émond
Gatineau, Québec
J8Y 1W7

Téléphone pour questions cliniques : 819-966-6200 poste 3967

Télécopieur pour l'envoi des requêtes: 819-966-6326

portailmed07.rtss.qc.ca/orthopedie

Contenu

Introduction	3
Consignes pour la prise en charge de votre clientèle	4
Consignes générales	5
Cas vus en urgence sans rendez-vous : clinique de fracture / luxation	6
Échelle de priorité	7
Guide de prise en charge par région anatomique	8
Épaule.....	9
Coude	13
Poignet.....	14
Main	15
Hanche.....	16
Genou	19
Pied.....	22
Cheville et pied.....	23
Divers	26

Introduction

Le service d'orthopédie est conscient de la complexité de certaines pathologies musculo-squelettiques. Très souvent le médecin généraliste est confronté à cette situation et a très peu de ressources à sa portée.

La clientèle orthopédique est très vaste et très variée. On retrouve des accidentés de la route, des blessures du sport, des accidentés du travail, des maladies dégénératives, des pathologies tumorales, des anomalies congénitales etc.

Le guide est un outil utile que les médecins doivent utiliser pour traiter efficacement leur patient et savoir quand référer à la clinique d'orthopédie du CSSS de Gatineau.

Idéalement, un patient doit être référé lorsqu'un diagnostic clair est établi, que certains examens ont été effectués et qu'il y a échec suite aux traitements conservateurs.

Consignes pour la prise en charge de votre clientèle

Voici les consignes pour qu'un patient soit vu par un orthopédiste

- 1) Ce guide constitue le document de référence pour la prise en charge de la clientèle orthopédique en Outaouais.
- 2) Pour nous faire parvenir une le document « Demande de consultation – Clinique d'orthopédie ».:
 - a. Utilisez le formulaire à l'adresse suivante :

portailmed07.rtss.qc.ca/orthopedie
 - i. Toute demande incomplète vous sera retournée.
 - ii. Aucun autre formulaire ne sera accepté.
 - b. Envoyer le formulaire par télécopieur à ce numéro : 819-966-6326
- 3) Être référé par un médecin généraliste ou un spécialiste
- 4) Que les examens diagnostiques appropriés soient effectués et que les résultats des examens confirment la pertinence d'une prise en charge en orthopédie.
 - a. Advenant la pertinence de référence, vous devez joindre à votre demande de consultation, tous les tests diagnostiques (films et résultats) et bilans. Il est aussi important d'indiquer les traitements essayés et leurs effets.
- 5) Que des traitements conservateurs adéquats aient été essayés sans succès.

Consignes générales

- 1) Toute consultation est considérée électorive à moins que ne soit indiquées, de façon spécifique et détaillée, les raisons pour lesquelles le patient devrait être vu de façon urgente ou semi-urgente.
- 2) Après un an, ou pour un problème différent de celui pour lequel un patient aura été vu, une nouvelle demande de consultation est généralement exigée.
- 3) Les premiers suivis de prothèse de hanche, d'épaule, de coude ou de genou ne nécessitent pas de nouvelle demande de consultation. Le patient peut donc directement prendre rendez-vous avec son chirurgien à la clinique d'orthopédie. Par la suite, vous serez invités à assurer le suivi radiologique et clinique de ces patients et de nous les retourner qu'en cas de complications.
- 4) Nous n'assurons pas le suivi des patients qui ont subi une arthroplastie effectuée à l'extérieur de la région. Nous recommandons d'adresser votre demande de suivi dans l'établissement ayant pris en charge antérieurement le patient.
- 5) Nous n'assurons plus la prise en charge de patients présentant des problèmes de lombalgie ainsi que les problèmes de rachis post chroniques, de scoliose, et de coccyx. Nous recommandons de suivre le protocole de l'Accueil et orientation clinique (AOC)
- 6) Les problèmes impliquant la colonne (traumatique et non traumatique) sont généralement dirigés vers la neurochirurgie.
- 7) Un corridor de service est en place avec Montréal pour la prise en charge des patients souffrant de tumeurs primaires osseuses malignes. Il faut donc les diriger directement vers le service d'orthopédie de l'Hôpital général de Montréal.
- 8) Le service d'orthopédie retourne les consultations après 2 rendez-vous manqués sans motifs valables.
- 9) Lorsque l'orthopédiste juge que le patient n'a plus besoin de son expertise, il le renvoie à son médecin de famille et ferme le dossier.

Cas vus en urgence sans rendez-vous : clinique de fracture / luxation

1. Nous offrons un service d'urgence orthopédique pour la région de l'Outaouais du lundi au vendredi à 7H30. Ce service d'urgence vise à s'assurer que des soins efficaces et efficients sont donnés immédiatement pour des *conditions orthopédiques ou traumatiques aigües, ciblées*.
2. Les samedis, nous voyons les clients dès 7h30 puis la clinique ferme; il est donc important que vous avisiez vos clients de se présenter à la clinique d'orthopédie au plus tard à 7h30.
3. Malheureusement, plusieurs clients nous sont envoyés pour des problèmes qui ne nécessitent aucune prise en charge immédiate (tendinites, bursites, luxation récidivante chronique, entorse ligamentaire il y a 1 mois, fracture depuis 8 mois...). Nous devons alors retourner ces clients sans leur offrir de service d'urgence et placer leur demande de consultation dans la liste d'attente régulière selon le cas.

Nous tenons donc à vous informer que seuls un cas aigu ayant subi un traumatisme impliquant le système musculo squelettique (fracture, luxation, entorse) sera vu en urgence sans rendez-vous

Veillez noter que si vous pensez que votre client doit voir rapidement un orthopédiste, mais pas immédiatement, vous devez bien documenter votre demande de consultation. Les cas pour lesquels nous avons indiqué la lettre A dans le guide de prise en charge ne doivent pas être envoyés à la clinique sans rendez-vous. Vous devez nous acheminer une demande de consultation.

En cas de doute, vous pourriez contacter directement un orthopédiste, pour lui expliquer votre cas. Vous pouvez donc appeler à la réception de l'Hôpital de Hull au 819-966-6200 poste 1000 et demander que l'orthopédiste de garde soit rejoint.

Échelle de priorité

Niveau de priorité	Délai
Urgence	Diriger vers l'urgence ou au service d'urgence orthopédique sans rendez-vous
A	Moins d'un mois
B	Moins de 3 mois
C	Moins de 6 mois
N/A – cas non pris en charge par la clinique d'orthopédie : Peut être pris en charge par le médecin omnipraticien ou un autre professionnel (physiatre, rhumatologue, orthopédiste en cabinet)	
En cas de doute, vous pouvez contacter directement un orthopédiste, pour lui expliquer votre cas. Vous pouvez donc appeler à la réception de l'Hôpital de Hull au 819-966-6200 poste 1000 et demander que l'orthopédiste de garde soit rejoint.	

Guide de prise en charge par région anatomique

Épaule

Région anatomique	Diagnostic présumé	Condition	Signes cliniques	Investigations préalables à la consultation	Traitements additionnels suggérés	Priorité
Épaule	Rupture de la coiffe des rotateurs	Aiguë traumatique	Jeune patient avec faiblesse marquée de rotation externe et d'abduction.	<ul style="list-style-type: none"> - Radiographies simples - IRM 		A
			Patient plus âgé avec faiblesse marquée de rotation externe et d'abduction.	<ul style="list-style-type: none"> - Arthro-IRM - Arthro-Ct 	<ul style="list-style-type: none"> - Infiltrations de cortisone - Anti-inflammatoires - Physiothérapie 	B
		Chronique	Gêne fonctionnelle légère ou modérée avec douleur significative.		<ul style="list-style-type: none"> - Infiltrations de cortisone - Anti-inflammatoires - Physiothérapie 	N/A
			Peu de gêne fonctionnelle et peu de douleur.		<ul style="list-style-type: none"> - Analgésie simple - Anti-inflammatoires PRN 	N/A
	Tendinite de l'épaule	Aiguë ou Sous-aiguë			<ul style="list-style-type: none"> - Anti-inflammatoires - Repos - Glace - Analgésie 	N/A

		Chronique	Symptômes invalidants depuis plus de six mois.	- IRM négatif (Éliminer déchirure)	- Infiltrations de cortisone - Physiothérapie	N/A
	Calcification de la coiffe	Peu symptomatique			- Anti-inflammatoire PRN	N/A
		Symptomatique	- Accrochage. - Douleur à la mobilisation	- Radiographies simples	- Fragmentation (radiologie) - Infiltrations - Physiothérapie	N/A
	Capsulite adhésive	Significative	- Gêne fonctionnelle dans les activités de la vie quotidienne		- Arthrographie distensive (radiographie) - Physiothérapie	N/A
	Déchirure biceps	Proximal		- Arthro-IRM selon l'âge (<40 ans)	- Anti-inflammatoire PRN - Physiothérapie	N/A
		Distal en phase aiguë				Cas pour la clinique d'urgence
		Distal en phase chronique			- Échographie de surface	

	Luxation Glénohumérale	Aiguë traumatique	Luxation primaire déjà réduite	<ul style="list-style-type: none"> - Radiographies simples pré- post réduction - Examen nerfs périphériques 	<ul style="list-style-type: none"> - Immobilisation 2/52 puis physiothérapie. 	Si pas de progrès ou complications : B
		Chronique récurrente	Gêne fonctionnelle légère ou modérée avec douleur significative	<ul style="list-style-type: none"> - IRM - Radiographies simples 	<ul style="list-style-type: none"> - Physiothérapie 	B
	Déchirure Labrum documentée	Aiguë ou sub- aiguë (< 50 ans)		<ul style="list-style-type: none"> - IRM - Radiographies simples 	<ul style="list-style-type: none"> - Anti- inflammatoires - Repos - Glace - Analgésie 	A
		Chronique ou > 50 ans	Symptômes invalidants depuis plus de six mois.	<ul style="list-style-type: none"> - IRM - Radiographies simples 	<ul style="list-style-type: none"> - Physiothérapie 	B
	Bursite ou abutement (impingement)	Symptomatique aiguë	Accrochage. Douleur à la mobilisation.	<ul style="list-style-type: none"> - Radiographies simples 	<ul style="list-style-type: none"> - Référence pour infiltration (radiologiste, physiatre, orthopédiste en cabinet) - Anti- inflammatoire PRN - Repos 	N/A

					- Physiothérapie	
		Symptomatique chronique	Acromion avec éperon osseux, ostéophytes	- Radiographies simples - IRM négatif (Éliminer déchirure)		- B - C
	Fracture clavicule	Symptomatique (séquelle)	Gêne fonctionnelle dans les activités de la vie quotidienne.	- Radiographies simples		- A : Fractures proximales ou distales et fractures déplacées - B
	Arthrose	Acromio-claviculaire			- Infiltrations de cortisone - Anti-inflammatoires	N/A
		Gléno-humérale sévère		- Radiographies simples	- Anti-inflammatoire PRN - Physiothérapie	- B - C

Coude

Région anatomique	Diagnostic présumé	Condition	Signes cliniques	Investigations préalables à la consultation	Traitements additionnels suggérés	Priorité
Coude	Épicondylite	Symptomatologie modérée	Symptômes depuis moins de six mois.		<ul style="list-style-type: none"> - Repos - Physiothérapie - Infiltrations de cortisone - Attelle spécifique 	N/A
	Épicondylite réfractaire	Symptomatologie persistante	Symptômes présents depuis plus de six mois et traités sans amélioration.	- IRM	<ul style="list-style-type: none"> - Repos - Physiothérapie - Infiltrations de cortisone - Attelle spécifique 	C
	Bursite olécranienne				<ul style="list-style-type: none"> - Anti-inflammatoires - Infiltrations de cortisone 	N/A

Poignet

Région anatomique	Diagnostic présumé	Condition	Signes cliniques	Investigations préalables à la consultation	Traitements additionnels suggérés	Priorité
Poignet	Canal carpien	Compression légère ou modérée	Patient peu symptomatique		<ul style="list-style-type: none"> - Orthèse de repos (port nocturne) - Consultations en plastie ou en neuro-chirurgie possibles 	N/A
		Compression modérée ou sévère prouvée	Patient avec symptômes modérés ou sévères	- EMG	<ul style="list-style-type: none"> - Orthèses de repos - Analgésie simple - Consultation en plastie ou neurochirurgie 	B
	Lésion fibro-cartilage	Symptomatologie persistante	Symptômes présents depuis plus de 6 mois et traités sans amélioration	<ul style="list-style-type: none"> - Arthro-Scan - IRM - Radiographies simples 		B
	Séquelle fracture scaphoïde	Symptomatologie persistance	Symptômes depuis plus de trois mois	<ul style="list-style-type: none"> - Arthro-Scan - IRM - Radiographies simples 		<ul style="list-style-type: none"> - A - B
	Kyste synovial					N/A
	Instabilité ligamentaire				- Arthro-Scan pour éliminer lésion fibrocartilage	N/A

Main

Région anatomique	Diagnostic présumé	Condition	Signes cliniques	Investigations préalables à la consultation	Traitements additionnels suggérés	Priorité
Main	Ténosynovite	Tendons passant par le poignet vers la main (extenseurs ou fléchisseurs)	Patient peu symptomatique		<ul style="list-style-type: none"> - Anti-inflammatoires pour une courte période - Infiltration - Physiothérapie 	C
	Doigt à gâchette	Symptomatologie persistance	Phénomène de blocage douloureux depuis plus de 6 semaines		<ul style="list-style-type: none"> - Anti-inflammatoires pour une courte période - Infiltration - (consultation possible en plastie) 	C
	Dupuytren	Symptomatologie marquée	Patient avec signes et symptômes modérés ou sévères		<ul style="list-style-type: none"> - Consultation possible en plastie 	C
	Rupture tendons	Symptomatologie marquée	Patient avec impossibilité de mouvements actifs		Consultation en plastie	
	Masse osseuse ou tendineuse	Symptomatologie marquée		<ul style="list-style-type: none"> - IRM - Radiographies simples 		<ul style="list-style-type: none"> - A - B

Hanche

Région anatomique	Diagnostic présumé	Condition	Signes cliniques	Investigations préalables à la consultation	Traitements additionnels suggérés	Priorité
Hanche	Coxarthrose	Légère ou modérée	Peu symptomatique ou symptômes lors de certaines activités.	- Radiographies simples incluant une vue de bassin.	- Infiltrations de cortisone - Anti-inflammatoires - Physiothérapie	N/A
		Modérée	Limite plusieurs activités, douleur importance	- Radiographies simples incluant une vue de bassin.	- Infiltrations de cortisone - Anti-inflammatoires - Physiothérapie	C
		Sévère	Invalidante: Périmètre de marche diminué à moins de cinq minutes, la condition nécessite des analgésiques narcotiques à longue action ou la perte d'autonomie est significative.	- Radiographies simples incluant une vue de bassin.		A
	Nécrose avasculaire	Asymptomatique		- Radiographies simples incluant une vue de bassin.	- Infiltrations de cortisone - Anti-inflammatoires Physiothérapie	N/A

		Symptomatique		<ul style="list-style-type: none"> - Radiographies simples incluant une vue de bassin. - IRM 		B
	Porteur d'une prothèse	Suivi simple	En l'absence de complication, il est suggéré de faire des suivis annuels ou bi-annuels.	<ul style="list-style-type: none"> - Radiographies simples incluant une vue de bassin. 		C
		Complications	Épanchement significatif, rougeur ou douleur marquée. Buts : éliminer descellement, infection, fracture, phlébite, etc.	<ul style="list-style-type: none"> - Radiographies simples incluant une vue de bassin. - Scintigraphie (scan osseux) - Bilan sanguin: Sédimentation, Protéine C réactive 		A Contacter chirurgien
	Bursite trochantérienne	Chronique			<ul style="list-style-type: none"> - Infiltrations de cortisone - Anti-inflammatoires Physiothérapie 	N/A
	Syndrome d'accrochage, lésion labrum	Si investigation démontre une lésion péri-articulaire		<ul style="list-style-type: none"> - Arthro-IRM - Arthro-Ct 		B

	Déchirure musculaire (ischio-jambiers)	Aiguë				A
		Chronique				N/A
	Fracture de stress					A

Genou

Région anatomique	Diagnostic présumé	Condition	Signes cliniques	Investigations préalables à la consultation	Traitements additionnels suggérés	Priorité
Genou	Gonarthrose	Légère	Peu symptomatique ou symptômes lors de certaines activités.	- IRM négatif (Éliminer déchirure méniscale)		N/A
		Modérée	Limite plusieurs activités	- Radiographies simples en position debout	- Infiltration de cortisone ou visco-suppléance - Anti-inflammatoires - Physiothérapie	C
		Sévère	Invalidante: Le périmètre de marche est diminué à moins de cinq minutes, la condition nécessite des analgésiques narcotiques à longue action ou la perte d'autonomie est significative.	- Radiographies simples en position debout		- A - B
	Porteur d'une prothèse	Suivi simple	En l'absence de complication, il est suggéré de faire des suivis annuels ou bi-annuels, selon la discrétion du	- Radiographies simples en position debout.		C

			chirurgical.			
		Complications	Épanchement significatif, rougeur ou douleur marquée. Buts : éliminer descellement, infection, fracture, phlébite, etc.	<ul style="list-style-type: none"> - Radiographies simples en position debout. - Scintigraphie (scan osseux) - Bilan sanguin : Sédimentation, Protéine C réactive 		A Contacter chirurgien
Entorse ligamentaire	Légère	Sans épanchement ni instabilité		-		N/A
	Modérée	Épanchement, instabilité et douleur marquée		<ul style="list-style-type: none"> - Radiographies simples - IRM 	<ul style="list-style-type: none"> - Immobilisation et béquilles - Physiothérapie 	<ul style="list-style-type: none"> - C - D
	Sévère (une entorse sévère du ligament collatéral latéral est une indication pour une chirurgie)	Épanchement, instabilité et douleur marquée.		<ul style="list-style-type: none"> - Radiographies simples - IRM 	<ul style="list-style-type: none"> - Immobilisation et béquilles (en aigu) (suite dépend de l'âge, intervention <50 Ans)	<ul style="list-style-type: none"> - A - B
Déchirure méniscale (sans OA)	Peu symptomatique	Symptômes ne limitant pas les activités.				N/A
	Modérément symptomatique	Blocage occasionnel et inconfort lors d'activités		<ul style="list-style-type: none"> - IRM 	<ul style="list-style-type: none"> - Anti-inflammatoires 	C

			spécifiques.		- Physiothérapie	
	Symptomatologie marquée		Genou bloqué ou douleur marquée ou épanchement persistant.	- IRM	- Immobilisation - Analgésiques	- A - B
Luxation rotule	Aiguë			- Radiographies simples + rotule	- Immobilisation plâtrée - Analgésiques	B
	Chronique récidivante			- Radiographies simples	- Physiothérapie	B
Syndrome patello-fémoral				- Radiographies	- Physiothérapie	N/A
Bursite					- Infiltration de cortisone - Anti-inflammatoires	N/A
Kyste de Baker			(sans arthrose ou déchirure méniscale)	- IRM si patient jeune		N/A
Plica				- IRM	- Infiltration de cortisone - Anti-inflammatoires	N/A
Ostéochondrite disséquante				- IRM	- Infiltration de cortisone - Anti-inflammatoires	B

Pied

Région anatomique	Diagnostic présumé	Condition	Signes cliniques	Investigations préalables à la consultation	Traitements additionnels suggérés	Priorité
Pied	Fracture de stress documentée	Aiguë		- Radiographie	- Immobilisation plâtrée	A
		Chronique		- Scan osseux (scintigraphie)		B
	Ostéochondrite dissécante	Jeune patient		- Radiographies simples - IRM		B

Cheville et pied

Région anatomique	Diagnostic présumé	Condition	Signes cliniques	Investigations préalables à la consultation	Traitements additionnels suggérés	Priorité
Cheville et pied	Ostéoarthrite	Modérée ou sévère		<ul style="list-style-type: none"> - Radiographies simples - IRM 	<ul style="list-style-type: none"> - Anti-inflammatoires - Infiltrations - Physiothérapie 	C
	Névrose avasculaire			<ul style="list-style-type: none"> - Radiographies simples - IRM 	<ul style="list-style-type: none"> - Anti-inflammatoires - Infiltrations - Physiothérapie 	C
	Hallux valgus	Asymptomatique ou peu symptomatique	L'aspect cosmétique seul contre-indique la chirurgie.		<ul style="list-style-type: none"> - Orthèse de type « Toe-Flex » (la nuit) - Physiothérapie - Orthèse plantaire 	N/A
		Symptomatique	Douleur modérée à sévère Gène à se chausser	<ul style="list-style-type: none"> - Radiographies des deux pieds en position debout 	<ul style="list-style-type: none"> - Orthèse de type « Toe-Flex » (la nuit) - Orthèse plantaire - Consultation possible en podiatrie 	C
	Fasciite plantaire	Peu symptomatique ou symptômes récents			<ul style="list-style-type: none"> - Anti-inflammatoires - Infiltrations 	N/A

					- Orthèses plantaires simples	
		Symptomatique et réfractaire	Symptômes persistants depuis plus de six mois.	- Radiographies simples	- Anti-inflammatoires - Infiltrations - Orthèses plantaires - Physiothérapie	C
	Arrachement osseux	Symptomatologie marquée		- Radiographies simples - IRM		B
	Besoin d'orthèse plantaire					N/A
	Tendon d'Achille	Rupture aiguë			Cas pour la clinique d'urgence	
		Rupture chronique ou séquelle			- Physiothérapie	B
		Tendinite			- Anti-inflammatoires - Orthèses plantaires - Physiothérapie	C
		Excroissance			- Anti-inflammatoires - Orthèses plantaires	C

					- Physiothérapie	
	Orteils marteaux					C
	Névrome de Morton				- Anti- inflammatoires - Infiltrations - Orthèses plantaires - Physiothérapie	C
	Exostose / kyste					C
	Entorse cheville	Aiguë		- Radiographies simples	- Immobilisation	A
		Chronique		- Radiographies simples	- Anti- inflammatoires - Orthèse de cheville - Physiothérapie	C

Divers

Région anatomique	Diagnostic présumé	Condition	Signes cliniques	Investigations préalables à la consultation	Traitements additionnels suggérés	Priorité
Divers	Séquelles post opératoires					A ou à discuter avec l'orthopédiste concerné
	Deuxième avis					Contacté directement un orthopédiste
	CSST ou SAAQ	Patient sera vu selon son diagnostic, aucune priorité particulière accordée				
	Toute tendinite ou ténosynovite	Chronique et rebelle aux traitements conservateurs			<ul style="list-style-type: none"> - Anti-inflammatoires - Infiltrations - Physiothérapie 	C

