

## REEDUCATION DES FRACTURES DU PLATEAU TIBIAL

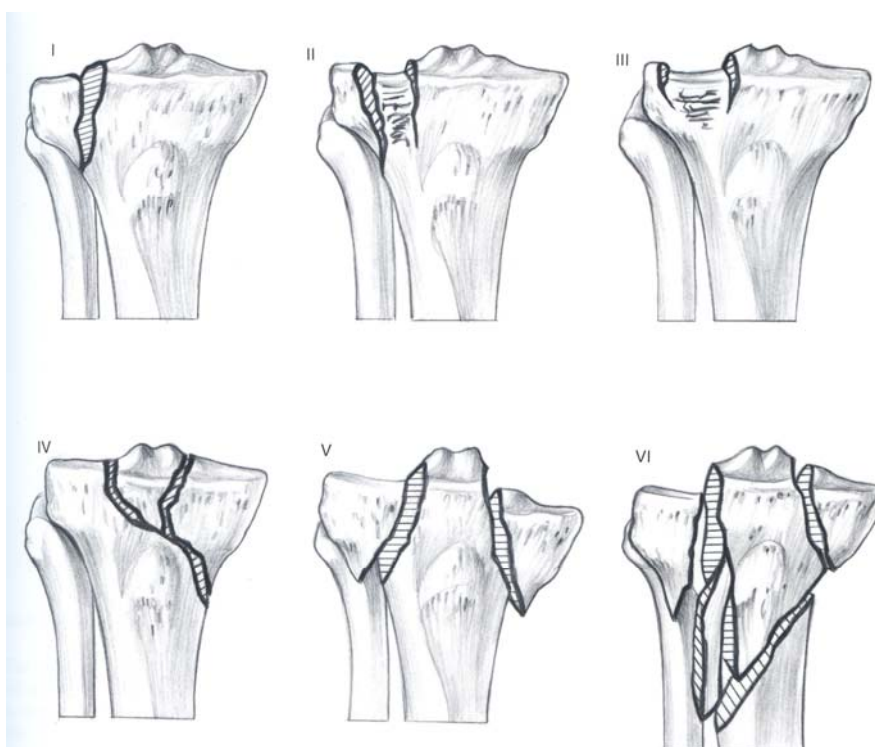
---

### 1. Domaine

Musculo-squelettique

### 2. Définition

Les fractures des plateaux tibiaux résultent de traumatismes axiaux, en torsion ou en flexion sur le genou. Des lésions ligamentaires ou méniscales sont associées fréquemment à ces fractures. Chez les patients ostéopéniques, des tassements du plateau tibial externe sont les formes les plus fréquentes. Chez les jeunes, les traumatismes d'intensité variable peuvent conduire à des lésions d'un seul, voire des deux plateaux tibiaux avec un risque éventuel de syndrome de loges de la jambe ou de lésions vasculaires. La classification la plus souvent utilisée est celle de Schatzger (voir image). Les fractures du plateau tibial entraînent une perte de la congruence de l'articulation du genou et un défaut d'axe.



### 3. Indications

Le traitement est chirurgical lorsqu'existe une instabilité ou un défaut d'axe du genou dépassant quelques degrés. Il sera toujours chirurgical en cas de fracture ouverte. Dans les fractures à haut degré d'instabilité, il est parfois préférable de procéder à une stabilisation provisoire à l'aide d'un fixateur externe et de procéder à la fixation interne dans un second temps.

### 4. Précautions, contre-indications

La mobilisation du genou sera débutée dès que la stabilité du tibia proximal aura été rétablie et que l'état de l'enveloppe cutanée le permettra.

En principe, la charge totale ne sera autorisée qu'après un délai de 12 semaines.

### 5. Risques

- Thrombo-emboliques (phlébite et embolie pulmonaire).
- Infections.
- Raideur du genou.
- Algodystrophies (CRPS).
- Instabilité par lésions ligamentaires méconnues.
- Cal vicieux: décalage articulaire et défaut d'axe du membre inférieur exposant à l'arthrose fémoro-tibiale surtout.
- Syndrome des loges.

### 6. Déroulement du traitement

#### Dès J1:

- Mobilisation:
- 1<sup>er</sup> levé au fauteuil roulant.
  - Attelle motorisée (s'il n'y a pas de redons, sinon débuté dès l'ablation des redons), amplitude selon ordres opératoires.
  - Entretien de la mobilité de la hanche, rotule et cheville.

- Analgésie:
- Glace.
  - Drainage lymphatique manuel.

- Renforcement:
- Programme d'entretien de la musculature des membres supérieurs, du tronc et du membre inférieur sains au lit (theraband®, vélo à bras ...)

#### Dès J2:

- Mobilisation:
- Marche sous couvert de deux cannes anglaises, (charge selon les ordres opératoires)
  - Attelle motorisée (à débiter dès l'ablation des redons), amplitude selon ordres opératoires.
  - Entretien de la mobilité de la hanche, rotule et cheville.

Analgésie: - Glace.  
- Drainage lymphatique manuel.

Renforcement: - Contraction isométrique du quadriceps et des ischios-jambiers puis en concentrique en chaîne ouverte dans les amplitudes indiquées par le chirurgien.  
- Electrostimulation du quadriceps (intensité de la stimulation à discuter en fonction de la stabilité de la fracture).  
- Poursuite du programme d'entretien de la musculature des membres supérieurs, du tronc et du membre inférieur sains au lit (theraband®, vélo à bras ...), ou sur machine de fitness en fonction de la mobilité du patient et des comorbidités.

Evolution:

24h00 après l'ablation des fils (entre J10 et J15) : Le traitement en piscine peut débuter avec une marche en charge à 5 kilos sauf contre indication médicale.

Si les cicatrices et/ou les tissus mous sont adhérents le crochetage peut être débuté (Contre-indication si l'état cutané est trop fragile).

Dès la 8<sup>ème</sup> semaine:

- Selon l'évolution radiologique, une augmentation de la charge durant la marche peut être permise par le chirurgien.

Dès la 12<sup>ème</sup> semaine:

- Selon l'évolution radiologique, début de la marche en charge totale de façon progressive.

Renforcement:

Le renforcement sur la machine isocinétique peut être débuté de façon progressive (isocinétique, excentrique), en accord avec le médecin traitant.

Entre ces différentes périodes, poursuite de l'amélioration des différents paramètres tels que l'amélioration de la fonction articulaire, neuro-musculaire, proprioceptive selon les ordres médicaux. Continuité des techniques analgésiques en fonction des besoins du patient.

## **7. Situations spéciales**

Syndromes des loges

Lésions vasculaires, plaies peuvent être associées aux lésions à haute énergie.

## **8. Matériel utilisé – entretien**

---

## 9. Bibliographie

- 1- Boisrenoult P, Bricteux S, Beaufiles P, Hardy P et la Société Française d'arthroscopie: Vis plaque vissée dans les fractures séparation enfoncement du plateau tibial latéral. Rev. Chir. Orthop., 86 : 707-711, 2000.
- 2- Burri C, Barzke G, Coldewey J, Muggler E : Fractures of the tibial plateau. Clin. Orthop., 138 : 84-93, 1979.
- 3- Decoux J, Capron JC: Traitement chirurgical à foyer fermé de certaines fractures de l'extrémité supérieure du tibia. Rev. Chir. Orthop., 60, suppl 2: 324-330,1974.
- 4- De Mourgues G, Chaix D: Traitement des fractures des plateaux tibiaux. Rev. Chir. Orthop., 50 (1): 103-122,1964.
- 5- Duparc J, Ficat P: Fractures articulaires de l'extrémité supérieure du tibia. Rev. Chir. Orthop., 46 : 399-486, 1960.
- 6- Duparc J, Filipe G : Fractures spino-tubérositaires. Rev. Chir. Orthop., 61: 705-716, 1975.
- 7- Hutten D, Duparc J, Cavagna R: Fractures récentes des plateaux tibiaux de l'adulte. Editions techniques, Enc Med Chir (Paris-France), Appareil Locomoteur, 14082 A10, 12-1990, 12p.
- 8- Le Huec JC: Fractures articulaires récentes de l'extrémité supérieure du tibia. Conférence d'Enseignement. Cah. Ens. S.O.F.C.O.T. n°55 : 97-117, 1996.
- 9- Müller ME, Nazarians S, Koch P: Classification AO des fractures. Berlin, Springer-Verlag, p 71-76, 1987.
- 10- Perry CR, Evans LG, Rice S, Fogarty J, Burdge RE: A new surgical approach to fractures of the lateral plateau. J. Bone Joint Surg., 66-A (8) : 1236-1240, 1984.
- 11- POSTEL M, MAZAS F, DE LA CAFFINIÈRE JY: Fractures separation postérieure des plateaux tibiaux, 48ème Réunion annuelle de la S.O.F.C.O.T., Rev. Chir. Orthop., suppl 2, 60 : 317-323, 1974.
- 12- RASSMUSSEN PS : Tibial condylar fracture: impairment of knee joint stability as an indication for surgical treatment. J. Bone Joint Surg., 55-A: 1331, 1973.
- 13- Schatzker J, MC Broom R, Bruce D: The tibial plateau fracture. The Toronto experience 1968-1975. Clin. Orthop., 138 : 94-104, 1979.
- 14- Thomine JM, DE Knoop D : Le traitement orthopédique des fractures bitubérositaires complexes et comminutives. Rev. Chir. Orthop., 75 : 140-143, 1987.
- 15- Trojani CH, Lemaire M, Jacquot N, DE Peretti F, Boileau P: Lésions ménisco-ligamentaires associées aux fractures du genou: revue de la littérature. Dans "Fractures du genou : une approche pratique", Springer-Verlag, à paraître.

## 10. Validation

<b>Origine</b> : N. Dousse, J.P. Gallice, Pr R. Peter, Secteur locomoteur	
<b>Avalisation</b> :	
M. J.-P. Gallice, physio resp. secteur locomoteur	Visa :
M. D. Monnin, resp. Recherche/Qualité physio	Visa :
Pr R. Peter, service orthopedie & traumatologie	Visa :
<b>Approbation</b> :	Direction des Soins:
	Direction médicale:
<b>Diffusée le</b> :	
<b>Annule et remplace la procédure du</b> :	
<b>Référence</b> : Appareil locomoteur, traumatologie	
<b>Numéro</b> :	1.01