

Item 357 – Fractures bi-malléolaires chez l'adulte

Epidémiologie		Physiopathologie	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fréquentes : 3^{ème} position ▪ 2 pics de fréquence : > 60ans + chute de hauteur, sujet jeune + haute énergie ▪ Peu fréquentes chez l'enfant => fractures-décollements épiphysaires de cheville 		Traumatisme indirect ++ : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Abduction avant-pied (valgus) + éversion ▪ RE avant-pied + éversion ▪ Adduction avant-pied (varus) + inversion Traumatisme direct (rarement) : haute cinétique, traumatisme violent	
Fractures	<u>Sus-tuberculaires</u>	<u>Inter-tuberculaires</u>	<u>Sous-tuberculaires</u>
Mécanisme	Abduction +/- rotation lat	Rotation latérale +/- adduction	Adduction / inversion
Trait de fracture malléole latérale	3) Horizontale ou oblique courte	Spiroïde ou oblique / longitudinale	1) Transversale ou avulsion de insertion ligamentaire ou rupture LLE
Trait de fracture malléole médiale	1) Horizontale ou par avulsion insertion ligamentaire ou rupture LLI	Transversale	2) Oblique / verticale / longitudinale (voire fracture-enfoncement du pillon tibial)
Rupture membrane osseuse	2) Rompue	+/-	Saine
Diastasis tibio-fibulaire distal	Oui	+/-	Non
Radio	Type C de Danis-Weber	Type B de Danis-Weber	Equivalent type A de Danis-Weber
Fractures particulières	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fracture unimalléolaire : malléole lat ++ ▪ Fractures équivalents bimalléolaires : <ul style="list-style-type: none"> - Fracture malléole lat (supra-tuberculaire ++) + entorse grave du LCM - + déchirure membrane osseuse - Mécanisme en rotation lat-éversion 		

	<ul style="list-style-type: none"> - Complication aigüe : incarceration du ligament talomalléolaire => impossibilité de réduction <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fracture de Maisonneuve : <ul style="list-style-type: none"> - Fracture malléole médiale + fracture du col de la fibula - Rupture du ligament tibio-fibulaire ant et de toute la membrane interosseuse ▪ Fractures trimalléolaires : <ul style="list-style-type: none"> - Fracture des 2 malléoles + de la malléole postérieure de Destot (fracture marginale post du pilon tibial) - + luxation post de cheville 	
Examen clinique	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Douleur du cou-de-pied <ul style="list-style-type: none"> - Hématome des 2 malléoles ▪ Impotence fonctionnelle totale immédiate=> pas d'appui au sol <ul style="list-style-type: none"> - Subluxation post du pied + saillie antérieure du pilon tibial ▪ Si fracture par abduction, RE, éversion : <ul style="list-style-type: none"> - Raccourcissement de avant-pied - Accentuation concavité du tendon achilléen - Equinisme modéré ▪ Si fracture en adduction : signes inversés - Coup de hache lat - Elargissement transversal du cou-de-pied - Saillie médiale du fragment tibial proximal => menace la peau - Translation latérale 	
Lésions associées	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cutanées : fréquentes +++, face médiale ++, ecchymoses, signes de souffrance cutanée (phlyctènes, décollement cutané), ouverture cutanée => facteurs de mauvais pronostic (risque de nécrose) ▪ Ostéo-articulaires : luxation ou subluxation (surtout si fracture marginale post), fractures du toit de la mortaise (fractures tri-malléolaires : fracture du tubercule de Tillaux, fractures marginales post ++), lésions ostéo-chondrales du dôme talien et du toit de la mortaise, fracture enfoncement du pilon tibial (=> TDM) ▪ Vasculo-nerveuses : exceptionnelles, lésion nerf fibulaire commun (fractures de Maisonneuve), pouls périphériques 	
Imagerie	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Radios ▪ TDM : si fractures du dôme du talus ou du pilon tibial ▪ Artériographie des membres inférieurs +/- 	
Evolution	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Facteurs de mauvais pronostic : fractures sus-tuberculaires, lésions associées, mauvaise réduction anatomique, échec du Tt ▪ Favorable ++, consolidation en 3 mois 	
Complications	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cutanées ++ : phlyctènes, désunions, nécrose 2aire, escarre ▪ Déplacement secondaire ▪ Ostéo-arthrite de cheville ▪ Enraidissement ++ ▪ SDRC ▪ Pseudarthrose ▪ Cals vicieux du cou-de-pied, Arthrose talo-crurale post-traumatique 	
Traitement	Principe	Indications
	Tt orthopédique : réduction (+/- arrache-botte), immobilisation 6 semaines plâtre cruropédieux puis botte plâtrée de marche 6 semaines	<ul style="list-style-type: none"> - Fractures non déplacées - CI cutanée au tt chirurgical - Ostéoporose sévère
	Tt chirurgical : Ostéosynthèse à foyer ouvert puis immobilisation botte plâtrée 4 semaines, rééducation , appui libre à M2	<ul style="list-style-type: none"> - Fractures déplacées - Fractures ouvertes Cauchoix I ou II (<6h) - Fracture marginale post associée - Echec du Tt orthopédique
Tt chirurgical : Ostéosynthèse à foyer fermé : fixateur externe 6 semaines puis botte plâtrée ou ostéosynthèse à foyer ouvert	<ul style="list-style-type: none"> - Fractures ouvertes Cauchoix III ou I ou II (>6h) - Fractures complexes du pilon tibial 	