

# Conduite à tenir devant une fracture malléolaire

## Epidémiologie – Mécanisme

- Fractures très fréquentes : 3<sup>ème</sup> rang après fractures extrémité inférieure du radius et extrémité supérieure du fémur.

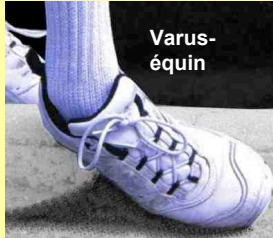
- **Le mécanisme** est indirect: force appliquée à la cheville, pied bloqué au sol.

Varus, valgus, rotation, pied en équin.

Souvent double composante:

Varus-rotation interne.

Valgus-rotation externe.



Varus-  
équin



Valgus-rotation  
externe

## Clinique

- Le patient se présente avec une impotence fonctionnelle total, l'appui est impossible.

- Faire préciser le mécanisme.

- L'inspection de la cheville oriente vers le diagnostic montrant un œdème de la cheville ainsi qu'une déformation.

- La palpation est réveille une zone hyperalgique au niveau de la cheville, parfois impossible.



## Imagerie

Deux incidences suffisent: face et profil de cheville permettent le diagnostic, le type de fracture et la présence d'une déplacement ou pas.



## Classification

Plusieurs classification qui se fondent soit sur le mécanisme lésionnel, soit sur la hauteur du trait fibulaire:

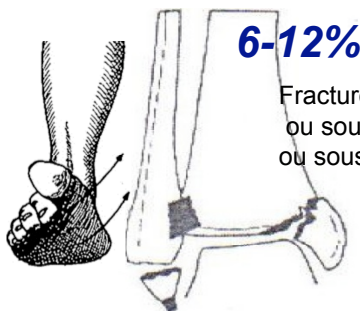
- Classification de Lauge-Hansen: 4 types définis par 2 termes: la position du pied lors du traumatisme et le sens de rotation pathologique du talus.

- Classification se référant à la hauteur du trait fibulaire:

classification de Danis (hauteur du trait/ligaments syndesmo) et classification de Weber.

- Classification de Duparc et Alnot utilisée en France: elle relie mécanisme et hauteur du trait sur la fibula/aux tubercules fibulaires.

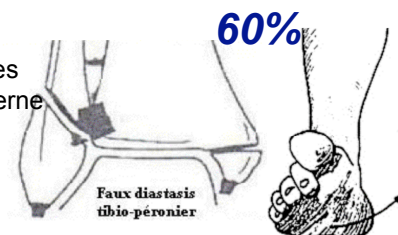
## Classification de Duparc et Alnot



**6-12%**

Fractures par ADDUCTION  
ou sous-ligamentaires  
ou sous-tuberculaires

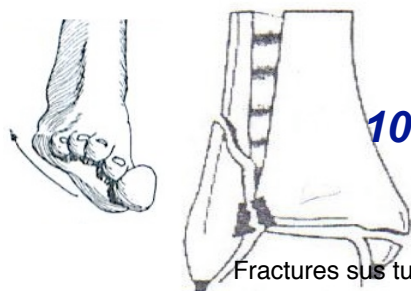
Fractures  
intertuberculaires  
par rotation externe



**60%**

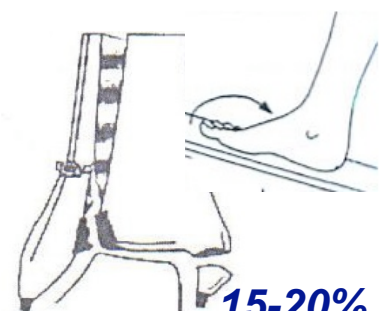
Faux diastasis  
tibio-péronier

**Elle relie le  
mécanisme et la  
hauteur du trait sur le  
péroné par rapport  
aux tubercules  
fibulaires.**



**10-15%**

Fractures sus tuberculaire  
Par rotation externe



**15-20%**

Fractures par  
ABDUCTION  
PURE : sus-  
ligamentaires ou  
sus-tuberculaires  
hautes

## Imagerie selon la classification de Duparc et Alnot

Fractures par  
ADDUCTION  
ou sous-ligamentaire  
ou sous-tuberculaire



Fractures par  
ABDUCTION PURE :  
sus-ligamentaires ou  
sus-tuberculaires  
hautes



Fractures  
intertuberculaires  
par rotation  
externe



Fractures  
sous-ligamentaire  
ou sous-tuberculaire  
Non déplacée

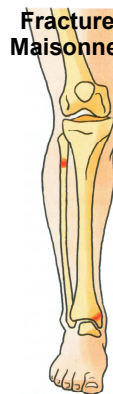


### Fracture équivalent bimalléolaire



Fracture fibula  
interligamentaire  
avec entorse  
grave du ligament  
collatéral médial  
de la cheville (LLI).

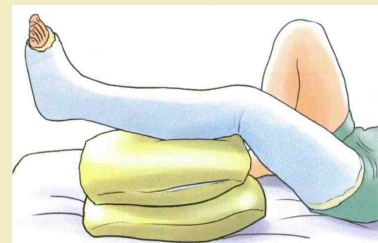
### Fracture de Maisonneuve



### Traitement des fractures bi- malléolaires

- Elles sont dans la grande majorité des cas chirurgicale: plaque, vis et/ou broches.

- Le traitement orthopédique est indiqué si fracture non déplacée sans enfoncement ostéochondral, si contre-indication opératoire, si réduction satisfaisant patient âgé, si atteinte cutanée (pansements impossibles sous-plâtre).
- Immobilisation rigide cruro-pédieuse durant 45 jours puis relais par botte en résine, appui partiel à partir du 45ème jour.



### Traitement des fractures de la malléole externe

- Fracture déplacée: chirurgie, ostéosynthèse, vis, plaque.



- Fracture non déplacée: traitement orthopédique, immobilisation par botte plâtrée ou botte de marche durant 2 mois, sans appui durant 1 mois.

A revoir en consultation avec radiographie de contrôle à J8, J15 et J30 puis à orthèse stabilisatrice de cheville durant 4 semaines puis rééducation.

Pour certains si non déplacé orthèse stabilisatrice de cheville durant 4 semaines dès le départ.



### Complications tardives

- Troubles trophiques : oedème, raideur.
- Cals vicieux liés à un déplacement secondaire ou à un défaut de réduction.
- Arthrose tibio-talienne : fréquente, de 25 à 50 % des cas selon les séries.
- Pseudarthrose.



### Complications précoces

- Cutanées : fréquentes surtout en cas d'ostéosynthèse à foyer ouvert, elles augmentent le risque d'arthrose à long terme (50 %).
- Déplacement secondaire : apanage du traitement orthopédique mais pas impossible dans les traitements chirurgicaux mal conduits.
- Infection arthrite ou ostéo-arthrite, rare, le plus souvent secondaire à des lésions cutanées initiales.
- Algodystrophie.