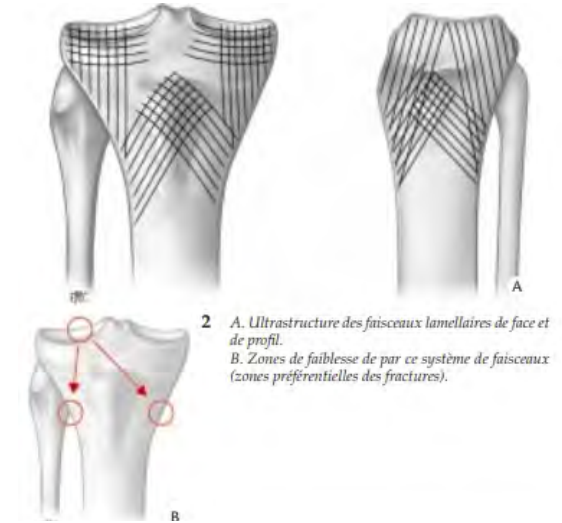
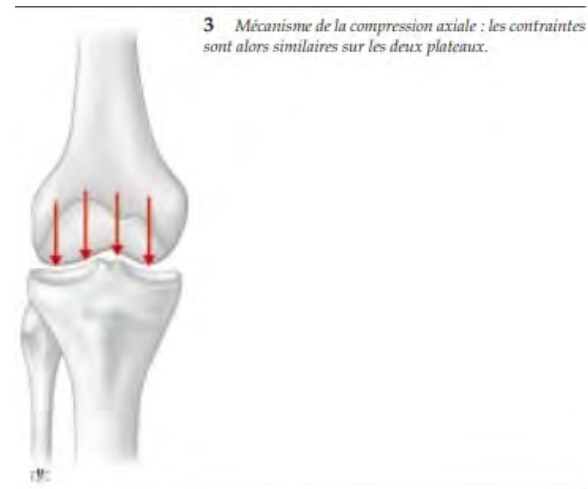
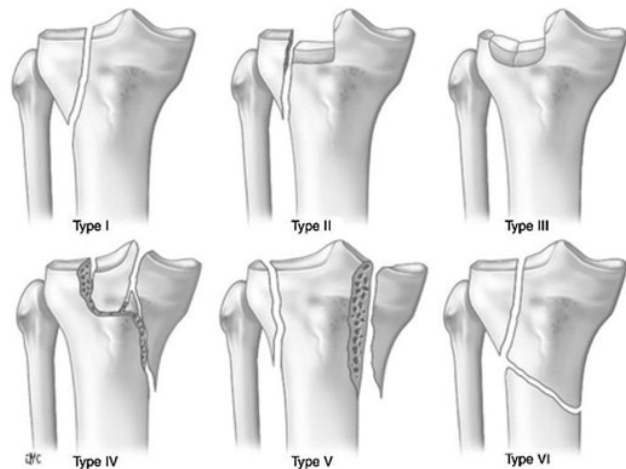


Top 10 piège en traumatologie

Fracture enfouissement
plateau tibial

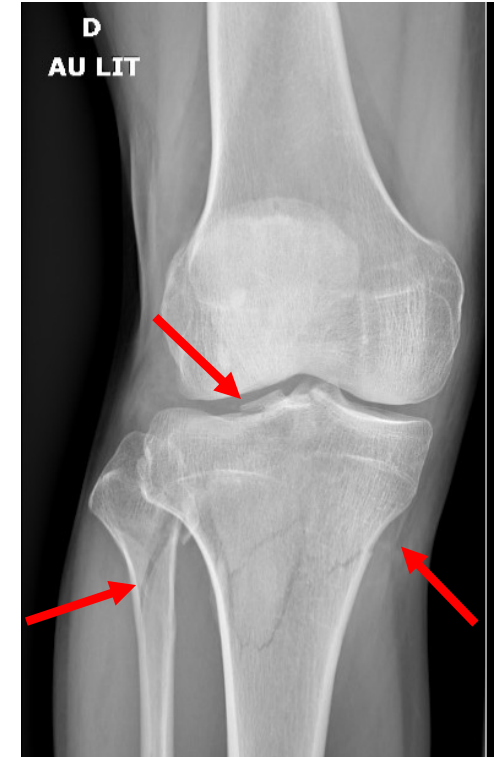
Fracture enfoncement plateau tibial

- Mécanismes :
 - Compression axiale
 - Compression latérale
 - Compression mixte
- Classification Schatzker :

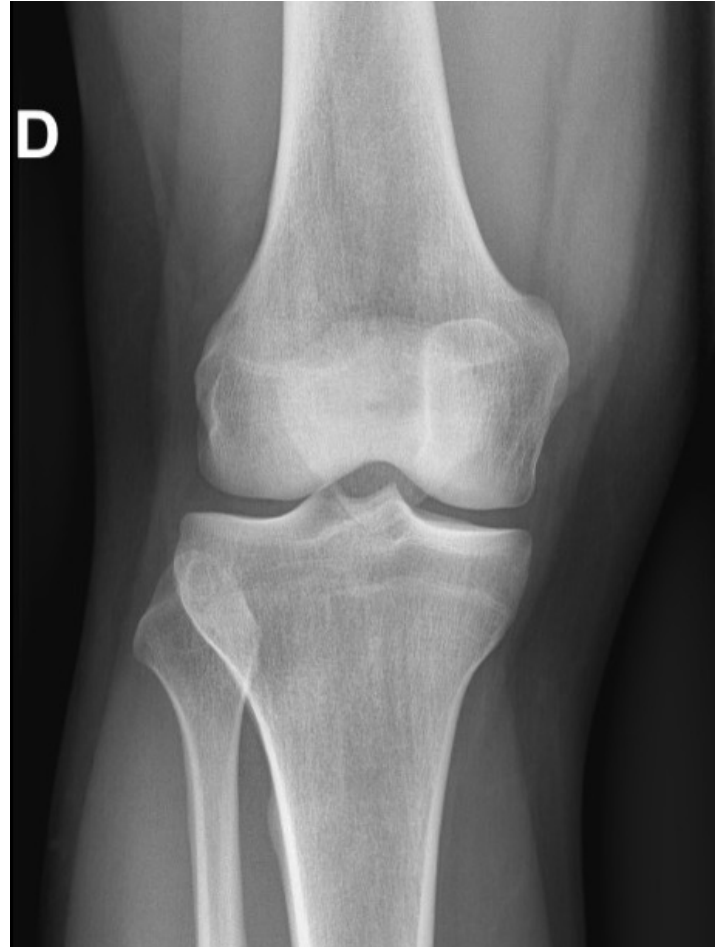
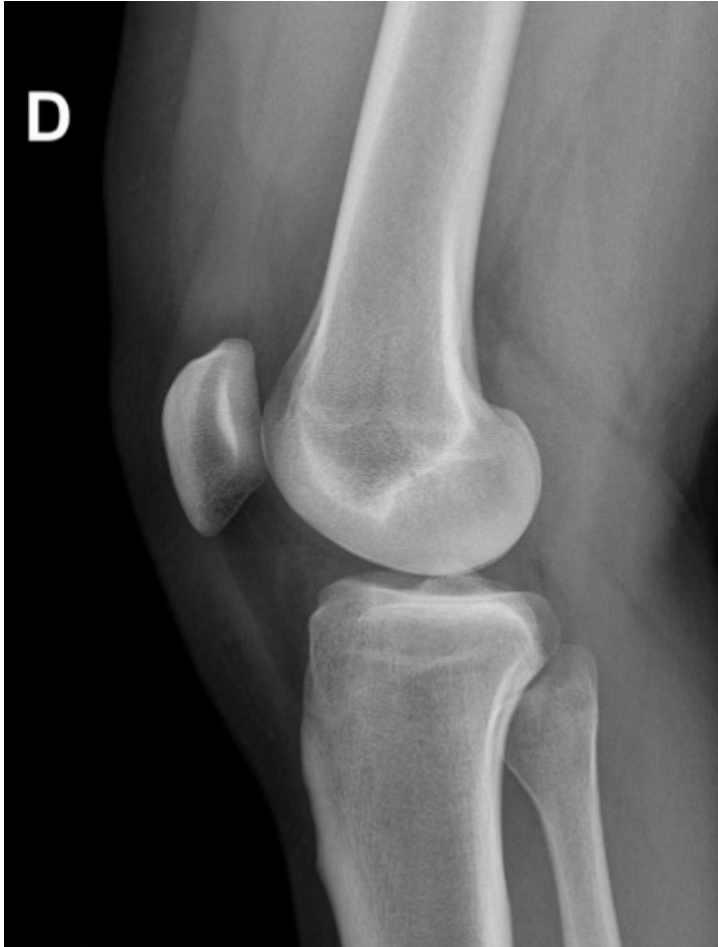


Fracture enfoncement plateau tibial

- Impotence fonctionnelle majeure
- Douleur importante nécessitant prise en charge antalgique pallier 3
- Flexion extension souvent impossible
- Radiologie :
 - Recherche d'un trait de fracture
 - Plateau tibial interne
 - Plateau tibial externe
 - Epine tibial
 - Diaphyse tibial proximal



Critère de qualité d'une radio de genou

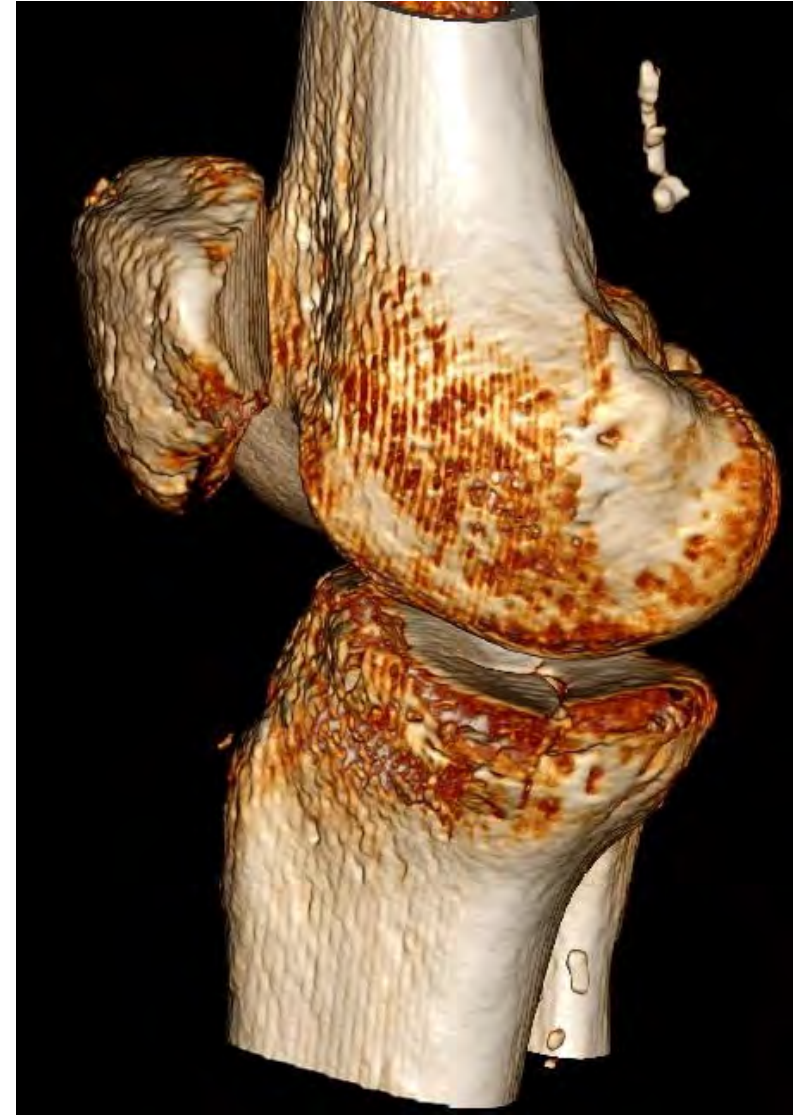
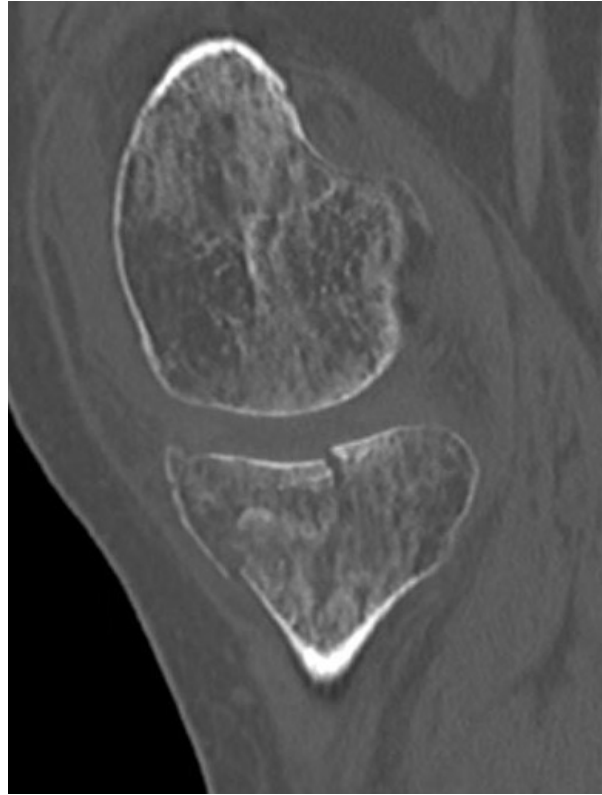


- Face décubitus en extension
 - Rayon tangent aux condyles tibiaux
 - Epines tibiale centré
 - Tête de la fibula en partie superposé
- Profil décubitus en flexion 15°
 - Superposition des condyles fémoraux
 - Distinction condyles tibiaux médial et latéral
 - Ligne de Blumensaat
 - Berge trochlée fémorale

Fracture enfoncement plateau tibial

- Cas clinique n°1 :
 - Patiente 82ans, chute de sa hauteur
 - Douleur genou, impotence fonctionnelle
 - Cliniquement :
 - Douleur palpation face interne et antérieur tibia proximal
 - Pas de douleur à la mob rotulienne
 - Autonomie : marche avec aide, sort peu de chez elle





- Prise en charge :
 - Traitement orthopédique aux vues de l'âge et de son autonomie.
 - A 6 mois :



- Cas clinique n°2
 - Patiente de 51a, traumatisme en randonnée
 - Craquement audible
 - Marche difficile
- Cliniquement :
 - Douleur à la palpation
 - Douleur lors de la mobilisation du genou

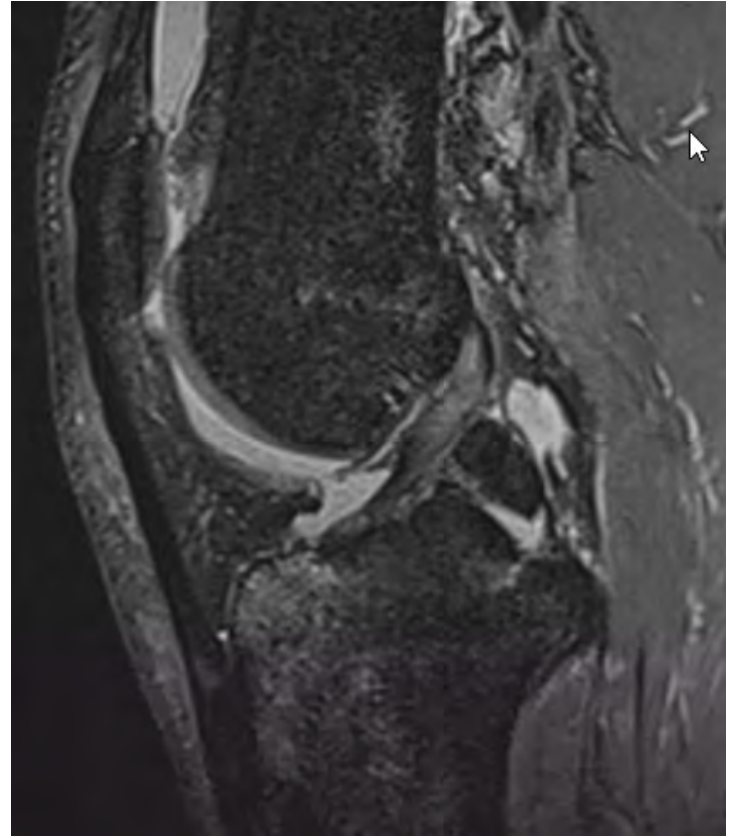




Fracture enfouissement plateau tibial

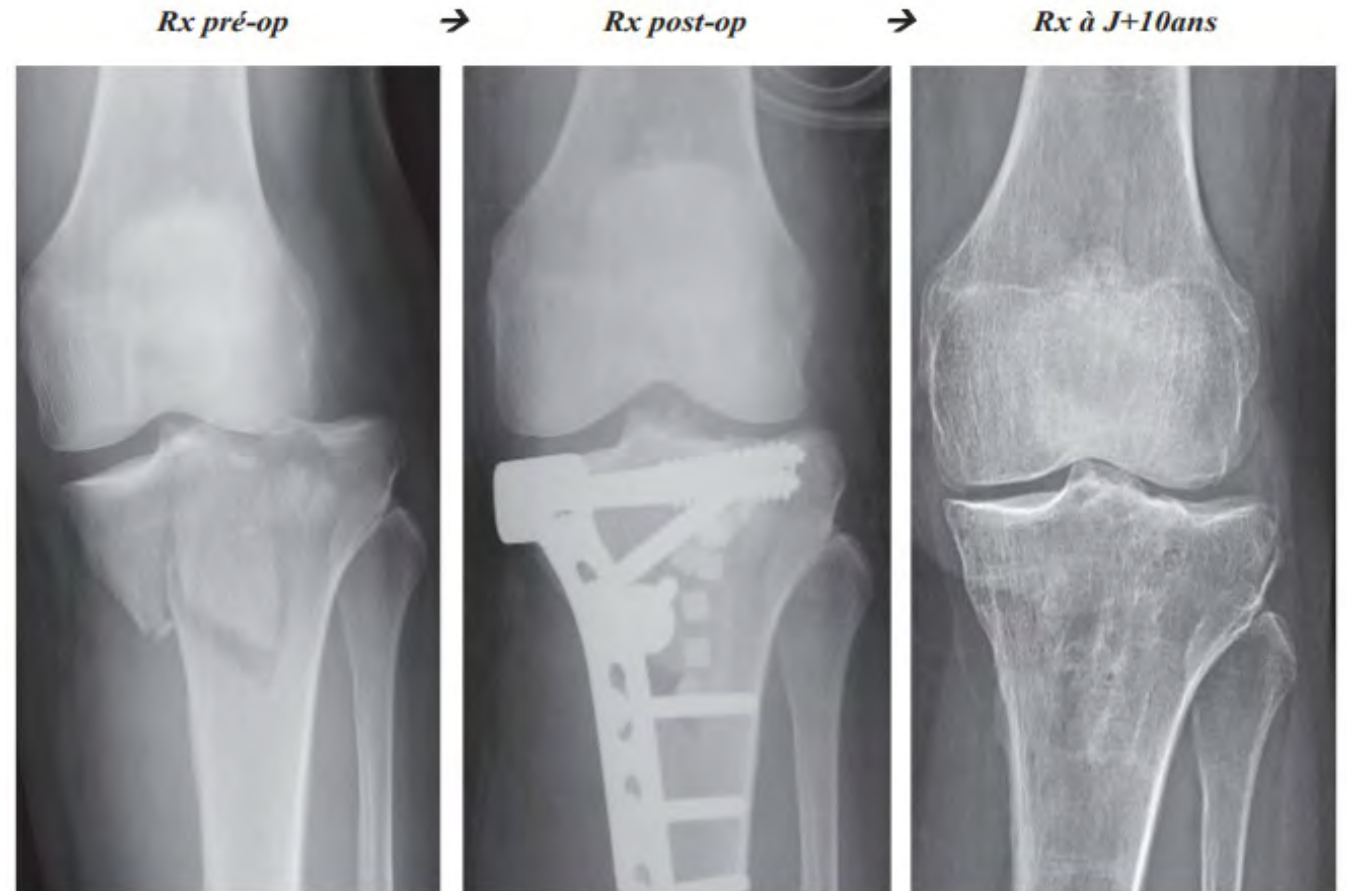
- Cas clinique n°3
 - Patient 25ans
 - Trauma : accident travail, écrasement par une poutre en bois
 - Cliniquement :
 - Epanchement
 - Douleur palpation
 - Impotence légère





Fracture enfoncement plateau tibial

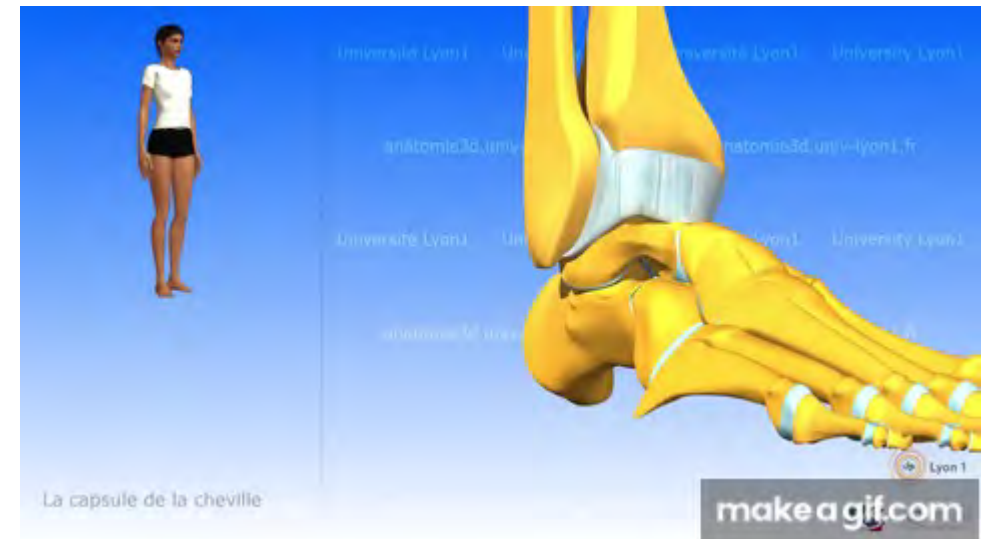
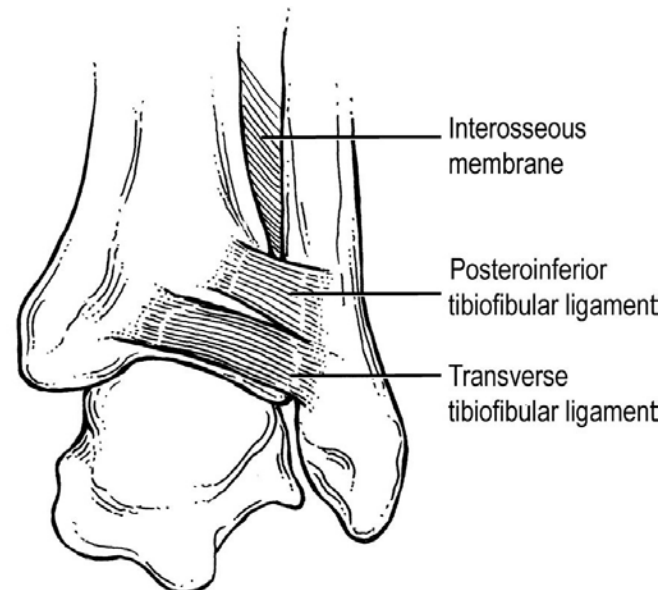
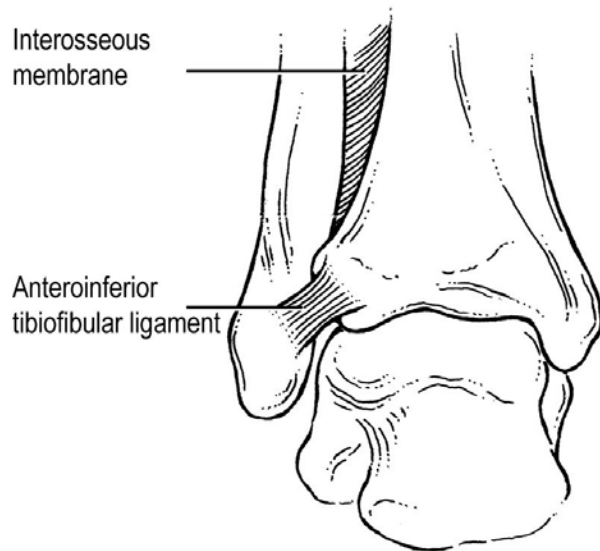
- Risques évolutifs :
 - Arthrose post traumatique
 - Raideur
 - -> Nécessité PTG



Fracture marginale
postérieure du pilon tibial

Fracture marginale postérieure du pilon tibial

- Pourquoi s'intéresser à ce type de fracture ?
- -> Risque de lésion de la syndesmose tibio-fibulaire



Fracture marginale postérieure pilon tibial

- Cas clinique n°1
 - Femme 25ans randonné
 - Traumatisme en varus
 - Pas de notion de craquement
 - Impotence fonctionnelle
- Cliniquement :
 - Œdème malléole externe
 - Pas d'ecchymose
 - Palpation :
 - Douleur rétromalléolaire
 - Douleur LTFAI
 - Absence douleur col fibulla





- Elimine une fracture de Maisonneuve

- La patiente est donc plâtrée et sera revu avec le chirurgien orthopédique avec une IRM



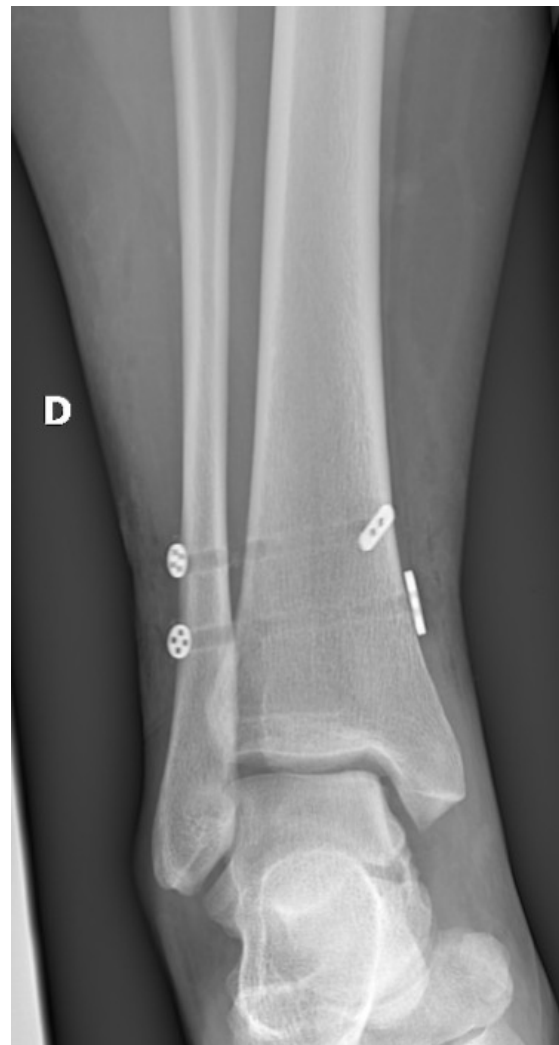
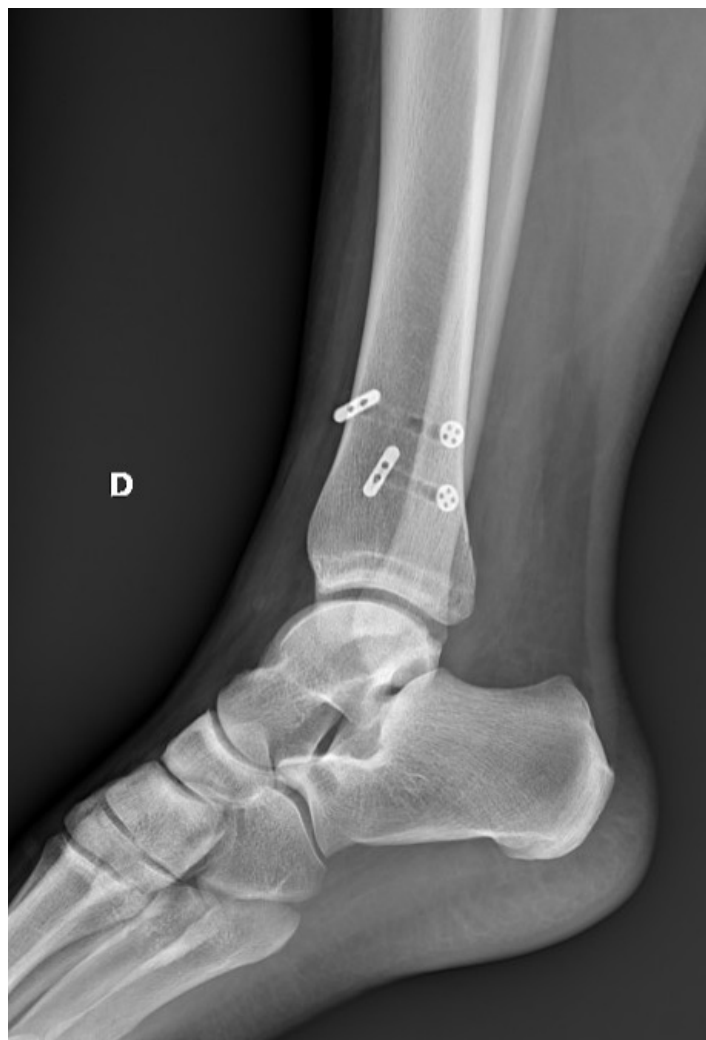
Résultats IRM :

- Rupture LTFAI
- Fracture marginale postérieure
- Infiltration de la membrane interosseuse distale

=> Lésion de la syndesmose stade 3 selon Sikka

Sikka classification*	
Grade I	Isolated injuries to the AITFL
Grade II	Injury to the AITFL, interosseous ligaments and interosseous membrane
Grade III	Injury to the AITFL, interosseous ligament, interosseous membrane and PITFL
Grade IV	Injury to the AITFL, interosseous ligament, interosseous membrane, PITFL and deltoid ligament.

*Ligamentous injury was defined as partial or complete tear of the respective ligament.
 AITFL, anteroinferior tibiofibular ligament; PITFL, posteroinferior tibiofibular ligament.



- Traitement chirurgical (Stade 3 et 4)
- Système « suture-bouton »
- Botte de marche et reprise de la marche à 6 semaines

- 2^{ème} cas clinique

- Patiente de 48ans
- Chute en glissant
- Mécanisme en torsion
- Craquement audible
- Douleur calmée en position immobile

- Cliniquement :

- Douleur palpation malléole interne
- Douleur LTFAI - LTFP
- Pas de douleur malléole externe
- Douleur palpation fibula sur toute sa hauteur
- Absence de douleur dans l'avant pied





- Fracture col fibula + Douleur malléole interne
- /!\ Fracture de Maisonneuve
- Associé ici à une fracture marginale postérieure
- = Lésion syndesmose

- -> Traitement chirurgical

Fracture marginale postérieure pilon tibial

- Risques à long terme en l'absence de diagnostic et de traitement adapté
 - Répétition des épisodes traumatiques
 - Instabilité en rotation
 - Arthrose cheville post traumatique





Orthopaedics & Traumatology: Surgery & Research

Volume 105, Issue 8, Supplement, December 2019, Pages S275-S286



Review article

Diagnosis and treatment of tibiofibular syndesmosis lesions

[Yves Tourné](#)^a  , [François Molinier](#)^b, [Michael Andrieu](#)^c, [Julieta Porta](#)^a, [Geoffroy Barbier](#)^d

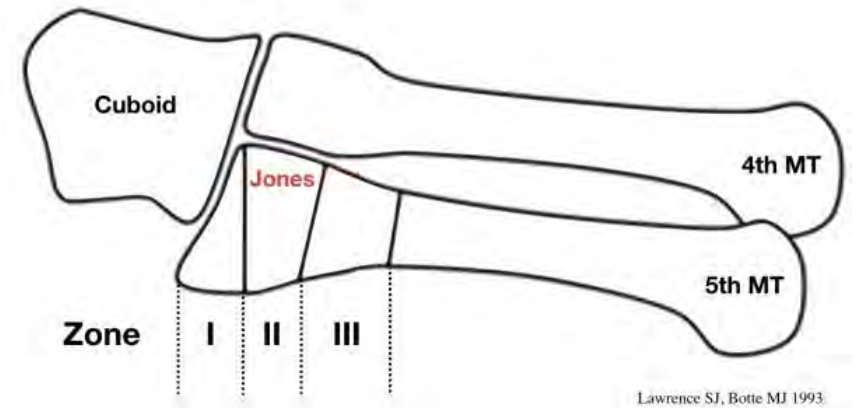
Fracture marginale postérieure pilon tibial

- Take home message :
 - Fracture marginale postérieure : Rechercher une lésion de la syndesmose
 - Compléter le bilan par une imagerie (IRM) : classer la lésion
 - Prise en charge adapté :
 - Grade 1 et 2 : Immobilisation (attelle botte de marche ou plâtre 45 jours sans appui)
 - Grade 3 et 4 : Traitement chirurgicale (vis de syndesmose ou suture bouton)
 - Risques : instabilité et arthrose cheville

Fracture base du 5^{ème}
métatarsien

Fracture base du 5^{ème} métatarsien

- Souvent appelé Fracture de Jones
- Dépend principalement de la zone atteinte
- Mécanisme :
 - Appui en varus equin ++++
- Fracture avulsion : la plus commune
- Fracture de Jones : récupération longue et tendance à la pseudarthrose si traitement non adéquat
- Fracture fatigue : Trait plus distal (après l'articulation proximal avec le 4^{ème} métatarsien)



Fracture base du 5^{ème} métatarsien

- Cas clinique n°1 :
 - Enfant de 11ans
 - Trauma : trampoline, torsion de cheville
 - Cliniquement :
 - Douleur palpation ME et base 5^{ème}
 - Hématome en regard de M5



- A 6 semaines



Fracture base du 5^{ème} métatarsien

- Cas clinique n°2
 - Patient 46 ans
 - Trauma en vélo
 - Craquement
 - Douleur immédiate
 - Pas d'impotence
- Cliniquement :
 - Oedeme ME et bord latéral du pied
 - Douleur palpation ME, base M5
 - Pas de douleur MI, Chopart et Lisfranc



- Clichés complémentaires



Fracture base du 5^{ème} métatarsien

- Cas clinique n°3
 - Patient 11 ans
 - Trauma boxe, hyperflexion dorsale
 - Pas Craquement
 - Pas d'impotence
- Cliniquement :
 - Marche avec boiterie
 - Pas œdème, ni ecchymose
 - Pas de douleur palpation M5



Diag différentiel : ostéochondrite 5^{ème} métatarsien (Maladie d'Iselin)



Fracture base du 5^{ème} métatarsien

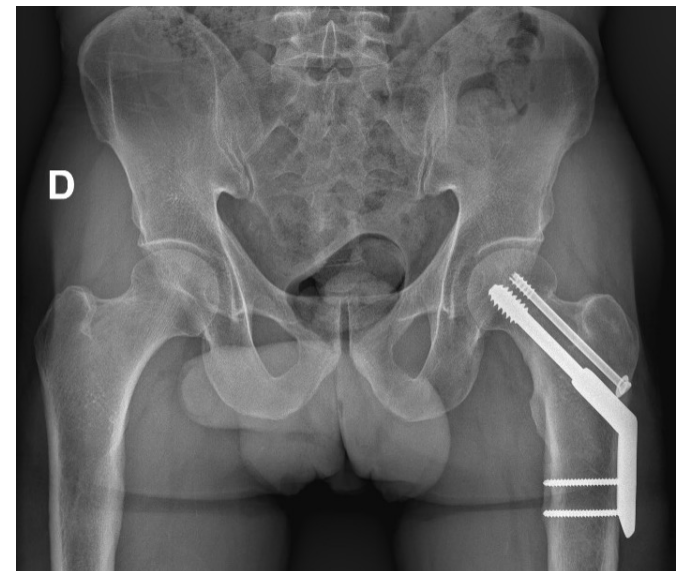
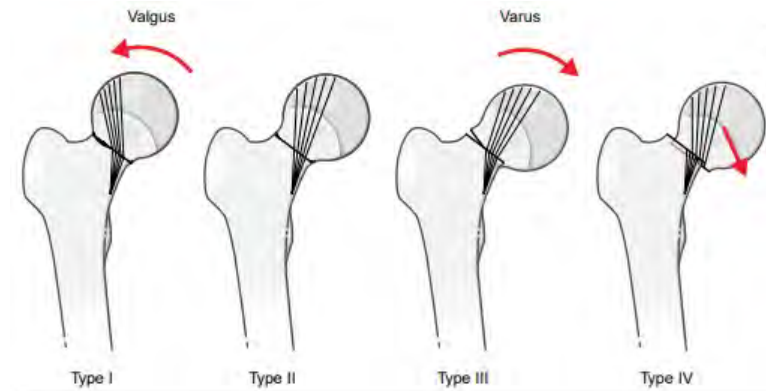
- Risques : pseudarthrose avec douleur chronique
- Traitement :
 - Ortho : immobilisation BP ou attelle botte de marche
 - Chirurgical :
 - Vis
 - Hauban
 - Ancre



Fracture engrainée du col
fémoral

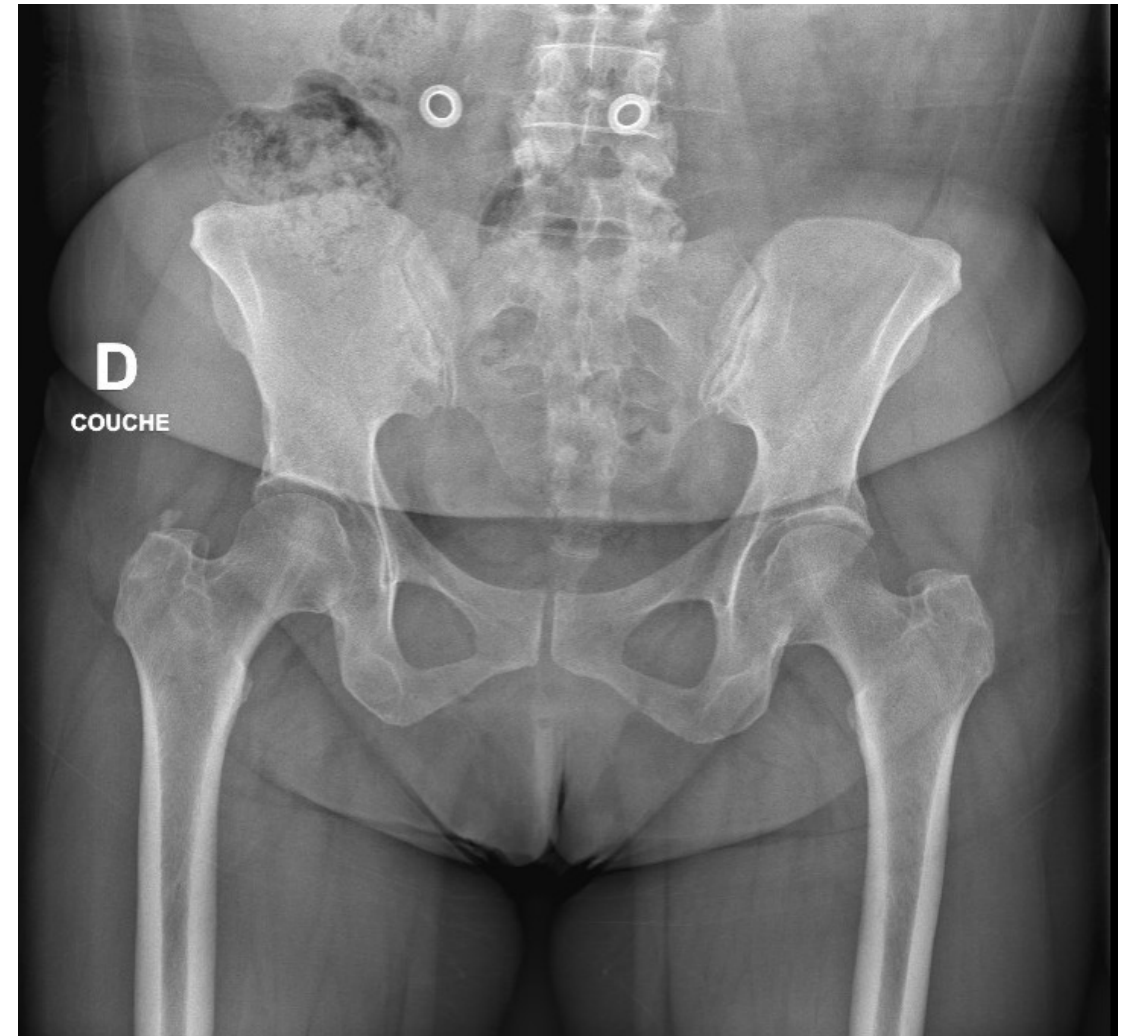
Fracture engrainée du col fémoral

- Fracture du col fémoral est fréquente
- Garden 1 et 2 : « Stable et peu déplacé »
- Traitement :
 - Conservateur : Rarement
 - Ostéosynthèse (DHS; Triple vissage)
- Risques :
 - Déplacement secondaire (42%)
 - Nécrose tête fémorale (11%)



Fracture engrainée du col fémoral

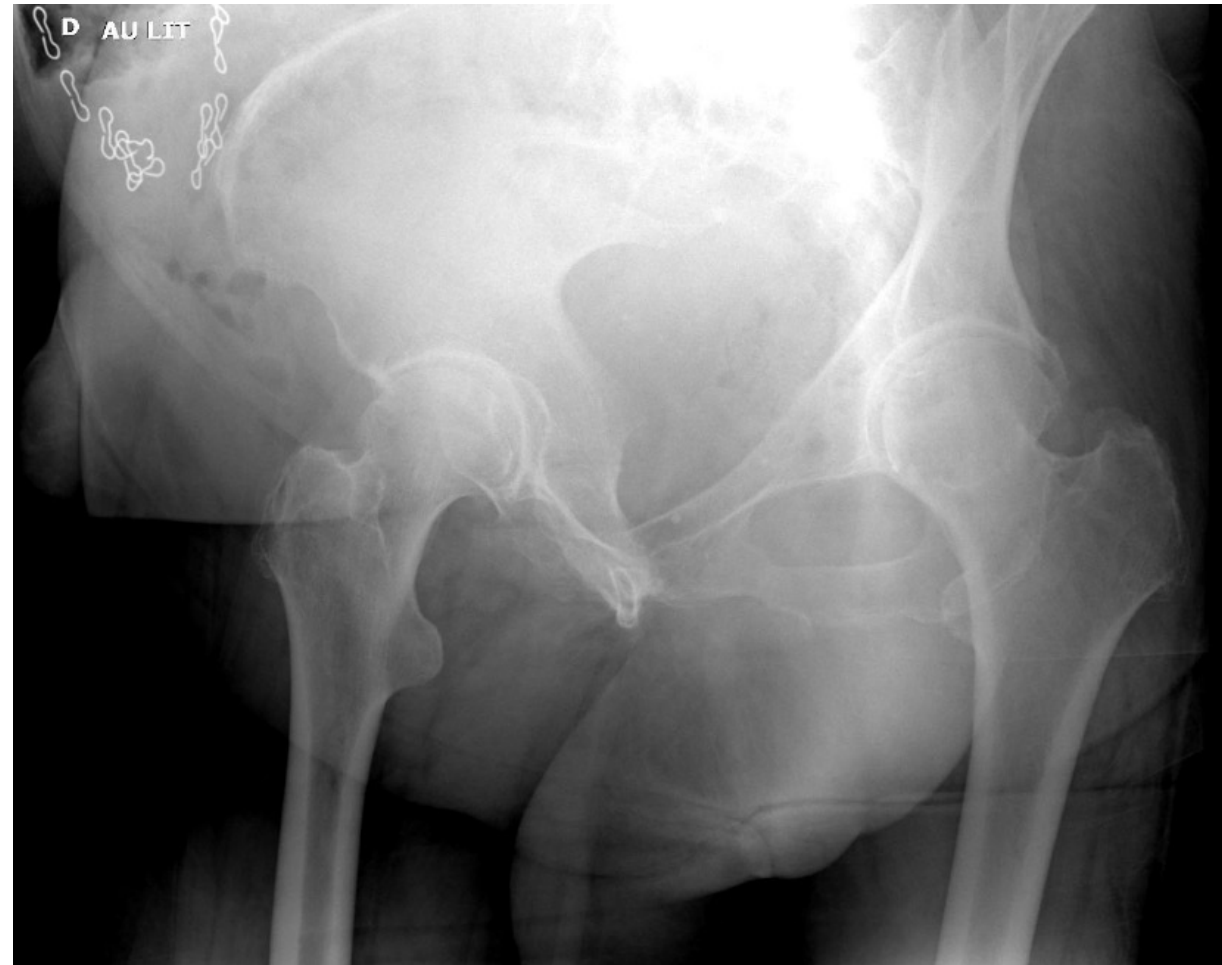
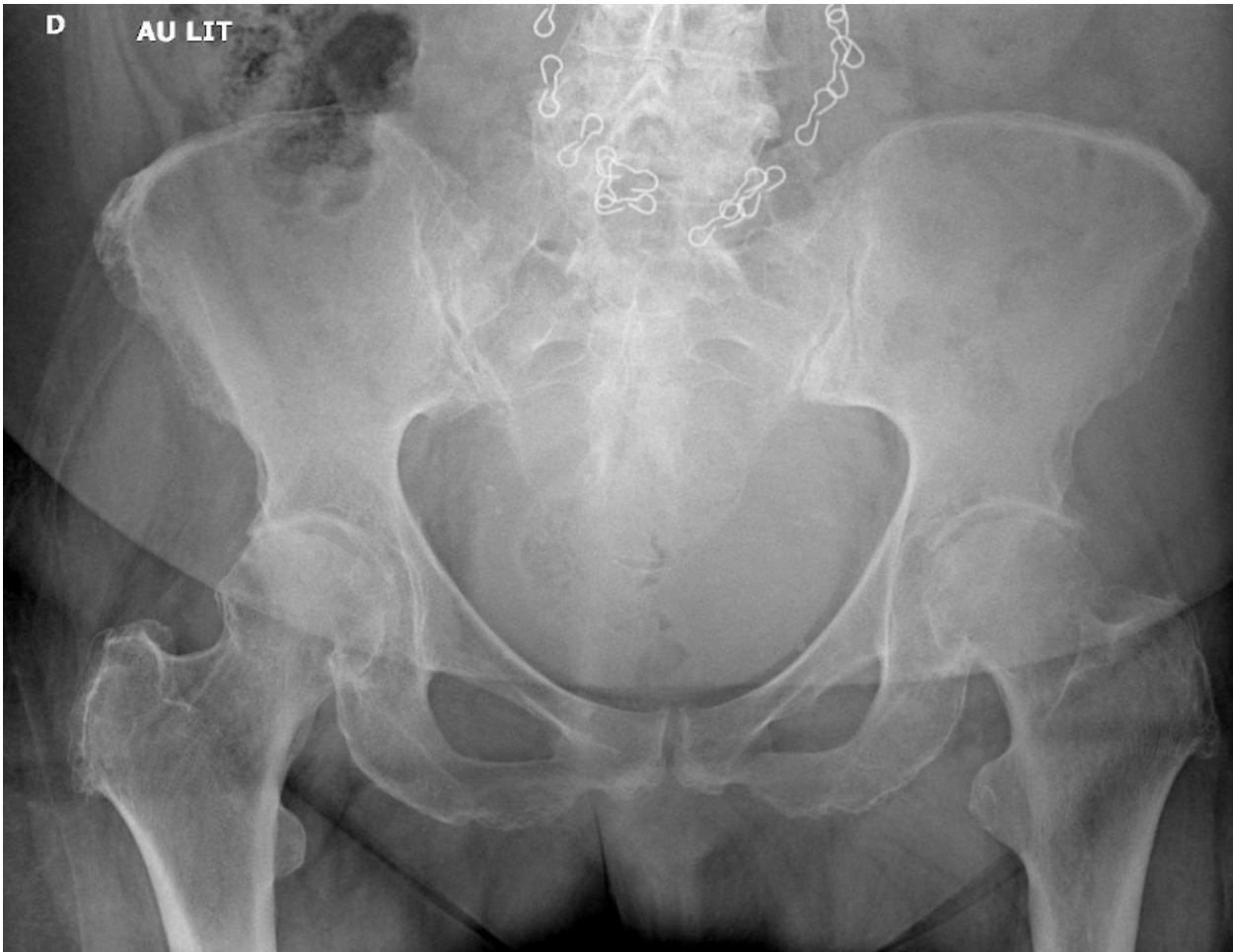
- Critères radiologiques :
- Bassin de face
 - Champs :
 - Proximal : Crêtes iliaques
 - Distal : 15 premiers centimètres du fémur
 - Latéralement : grand trochanter
 - Symétrie
 - Ligne passant par les épineuses passe également par la symphyse pubienne
 - Rotation des membres
 - Col déroulé, PT effacé par la corticale
 - Tubercules du GT superposé
 - Tête fémorale ronde



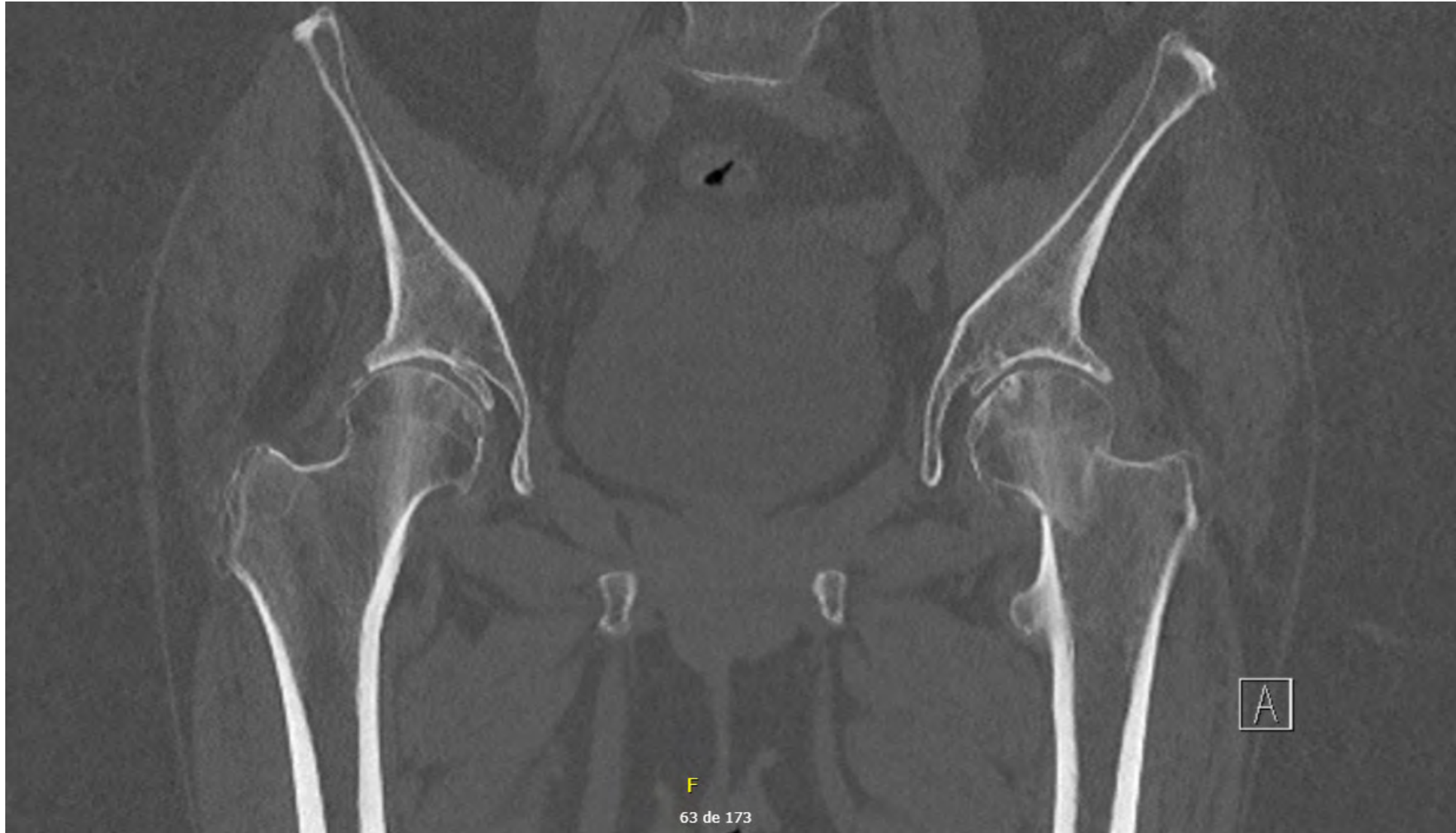
Fracture engrainée du col fémoral

- Cas clinique n°1 :
 - Patiente de 75a
 - Chute d'un escabeau
 - Verticalisé par les pompiers
 - Impotence fonctionnelle
- Cliniquement :
 - Pas de déformation MI
 - Clinostatisme
 - Pas de douleur palpation pli de l'aîne, grand trochanter

Fracture engrainée du col fémoral



Fracture engrainée du col fémoral

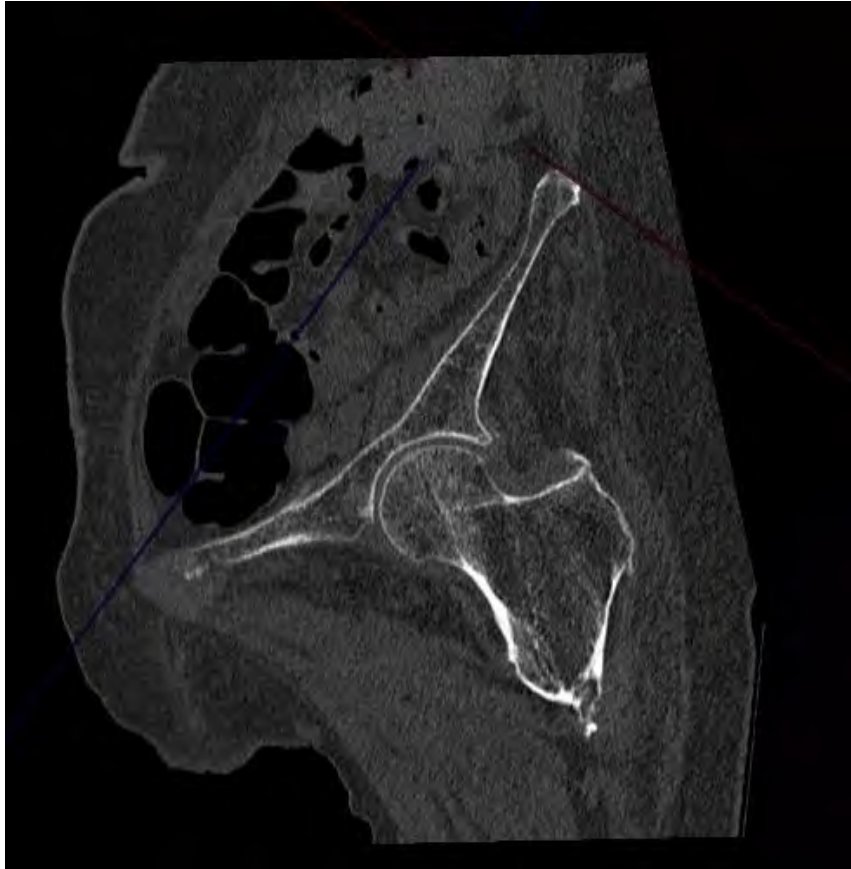


Fracture engrainée du col fémoral

- Patiente chuteuse à répétition
- Transfert d'un autre hôpital pour suspicion fracture col fémoral gauche
- Douleur hanche gauche
- Communication impossible

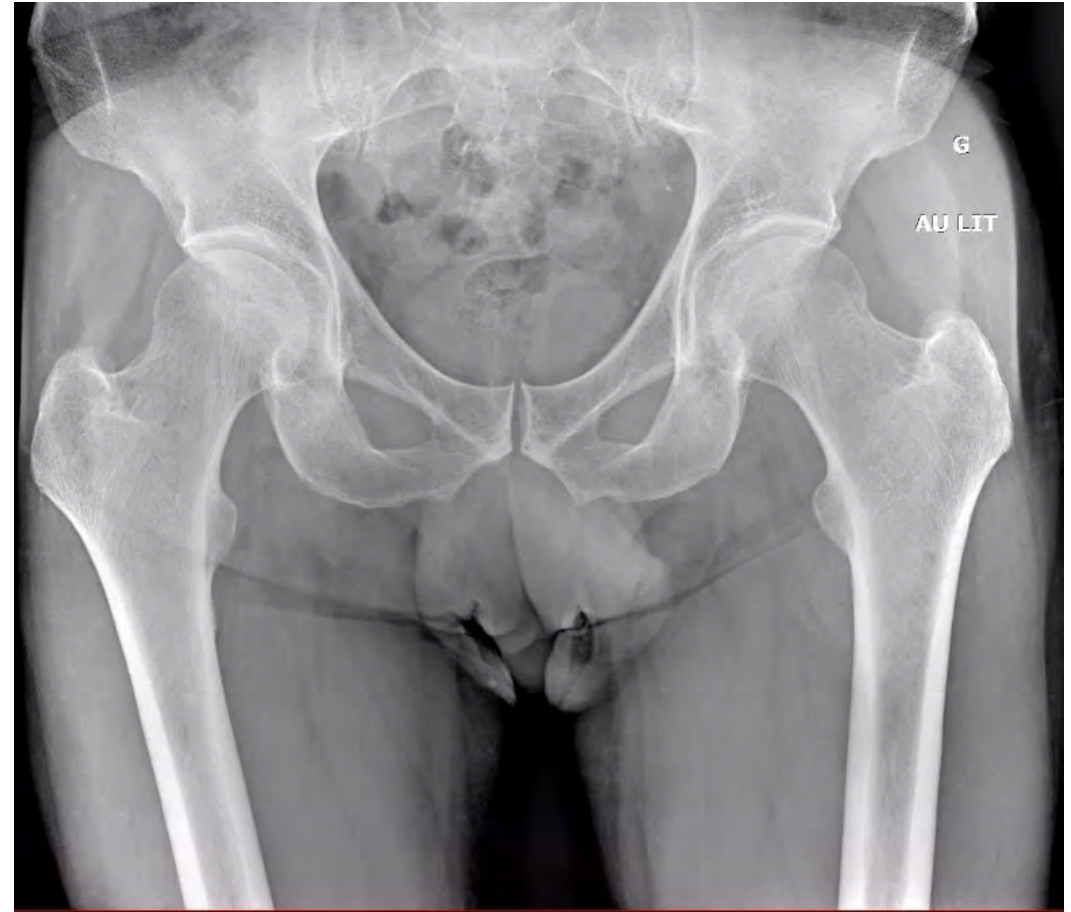


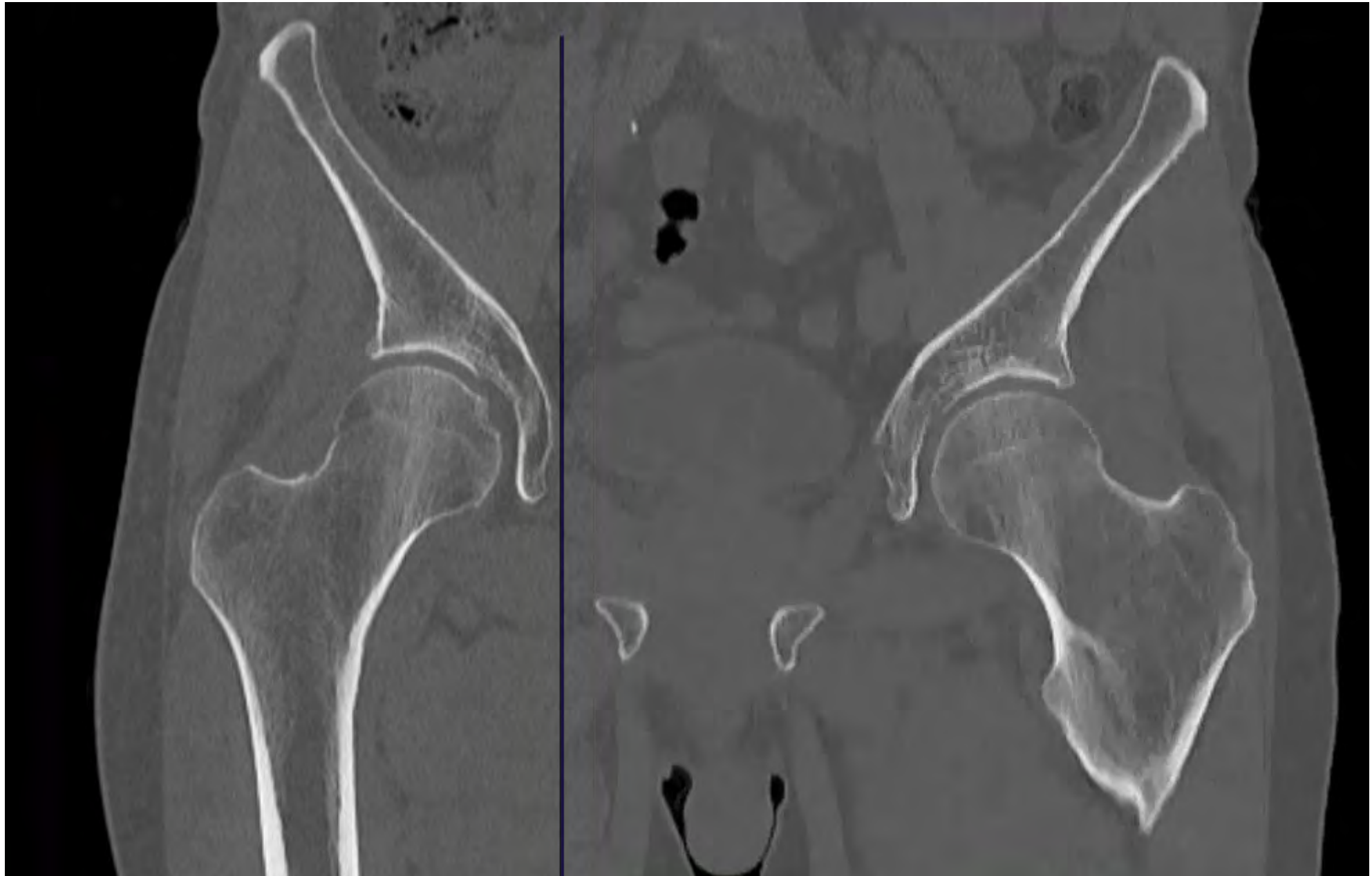
Fracture engrainée du col fémoral

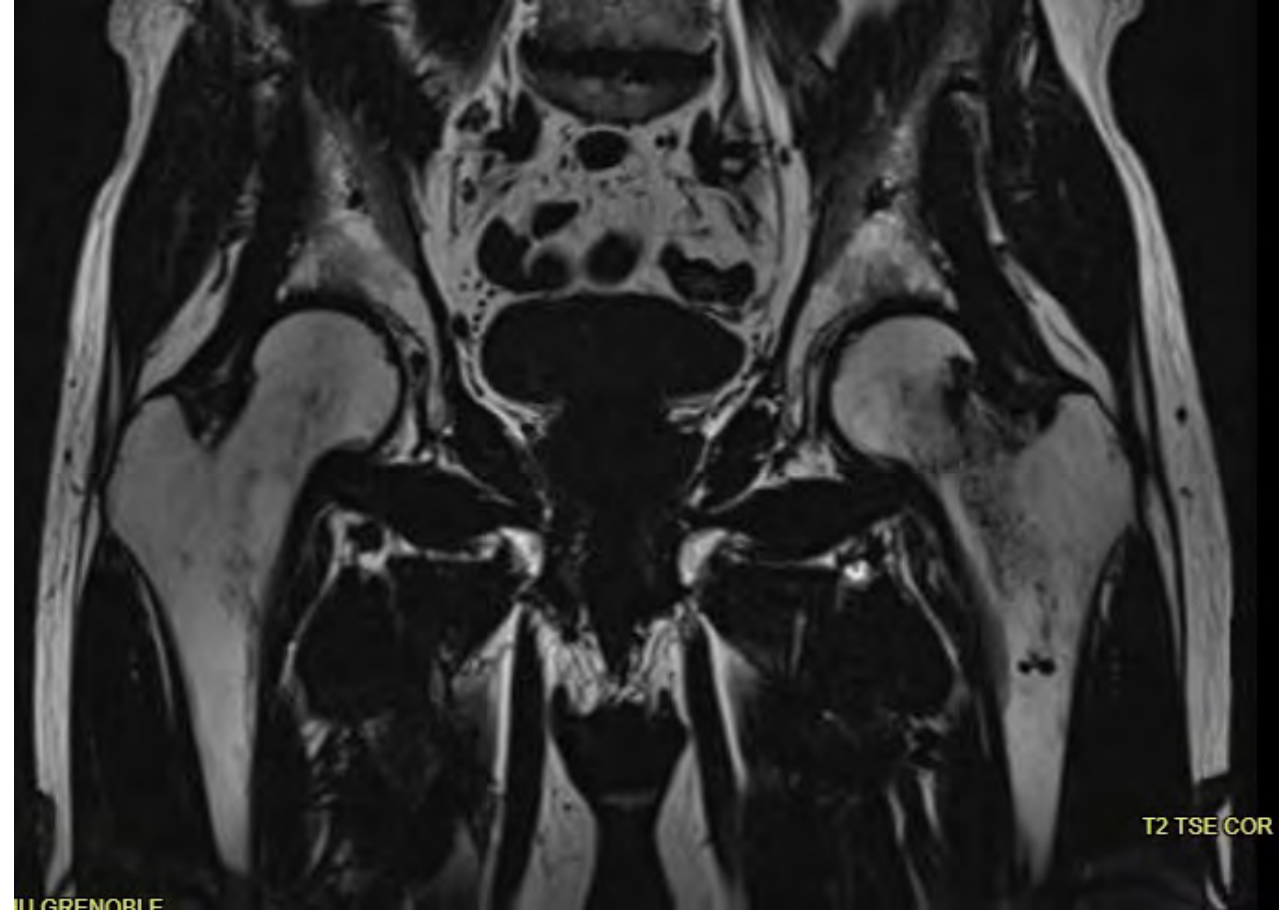
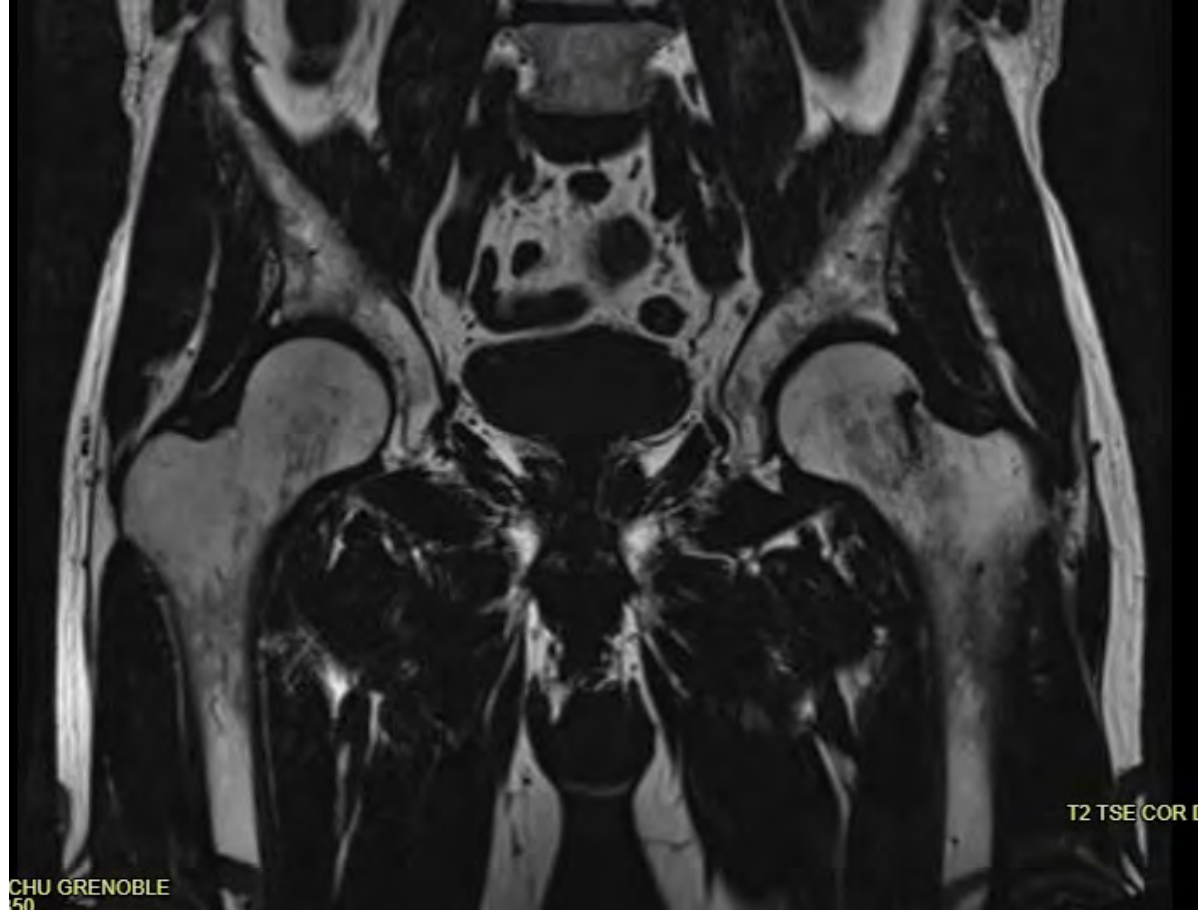


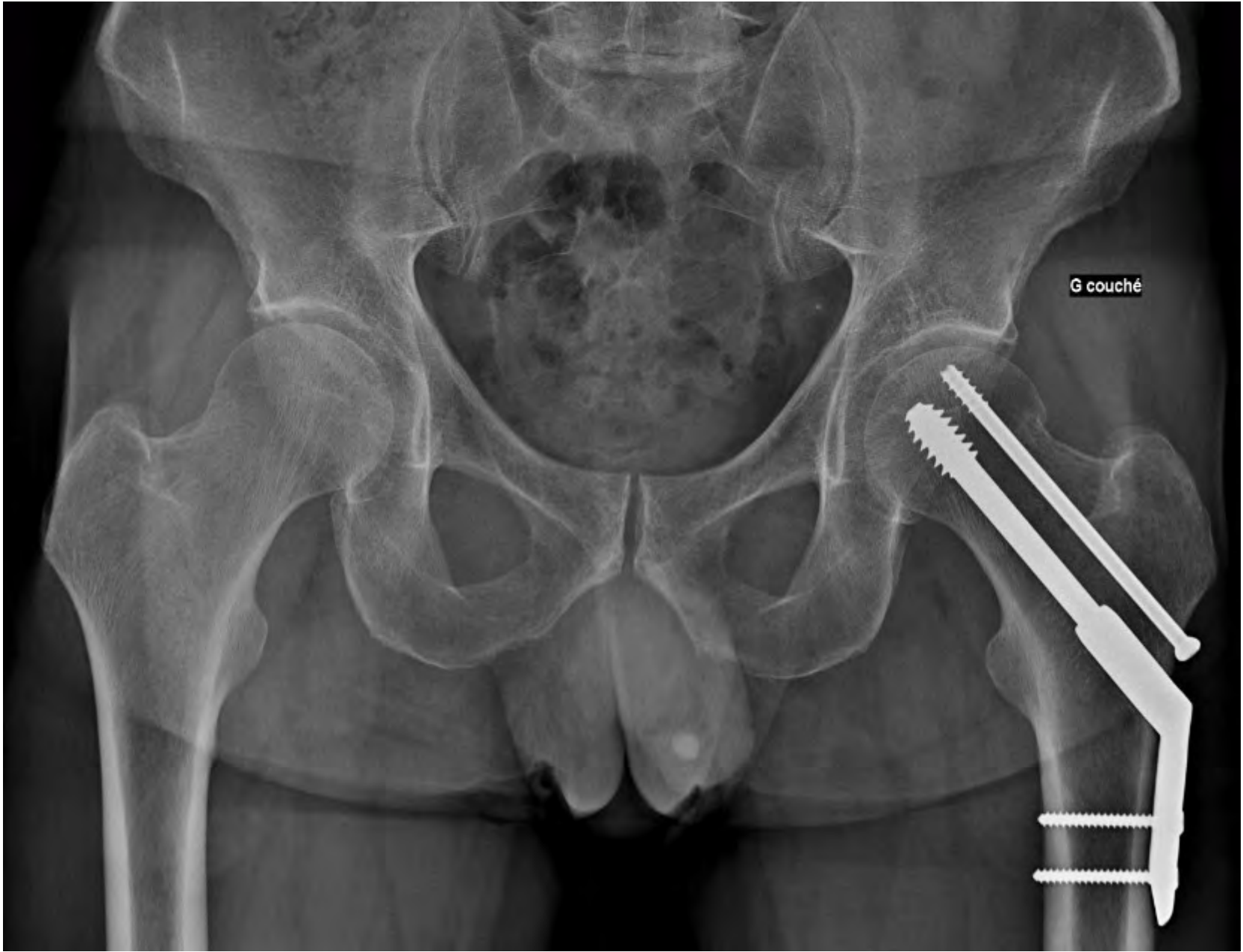
Fracture engrainée du col fémoral

- Patient 76ans
- Trauma hanche gauche en ski
- Poursuite du ski
- Augmentation douleur crescendo surtout à la marche
- Cliniquement :
 - Clinostatisme isolé









G couché



