

Fractures des plateaux tibiaux

S Jager

Journée de la SFRRRA
séminaire du 19 septembre 2015
Archamps

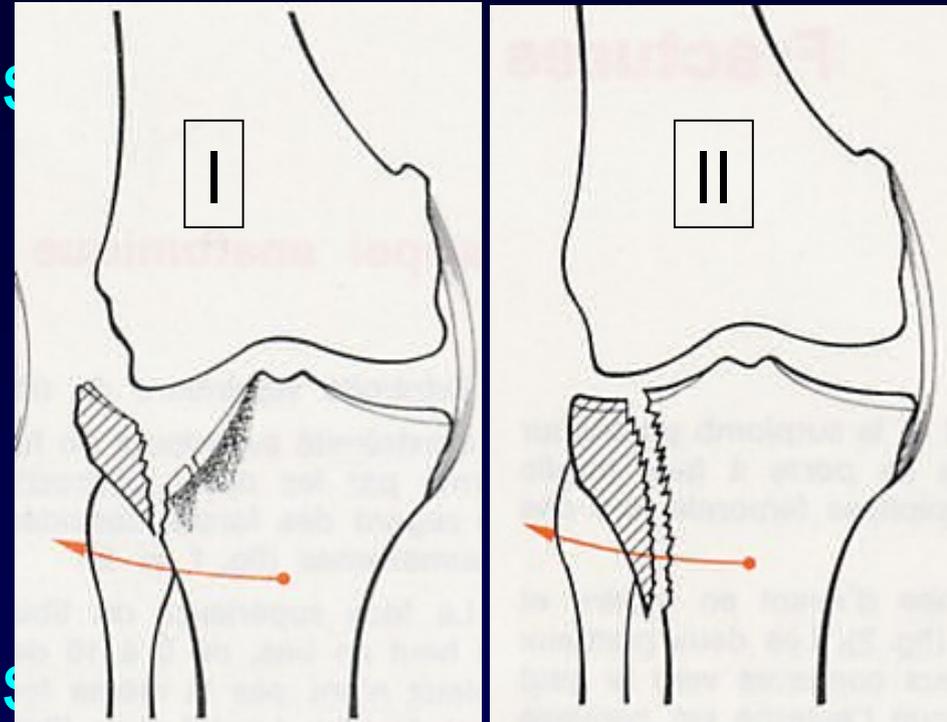
Fractures unitubérositaires (60 %)

- Fractures unitubérositaires
externes (50 %)

fracture mixte

fracture séparation

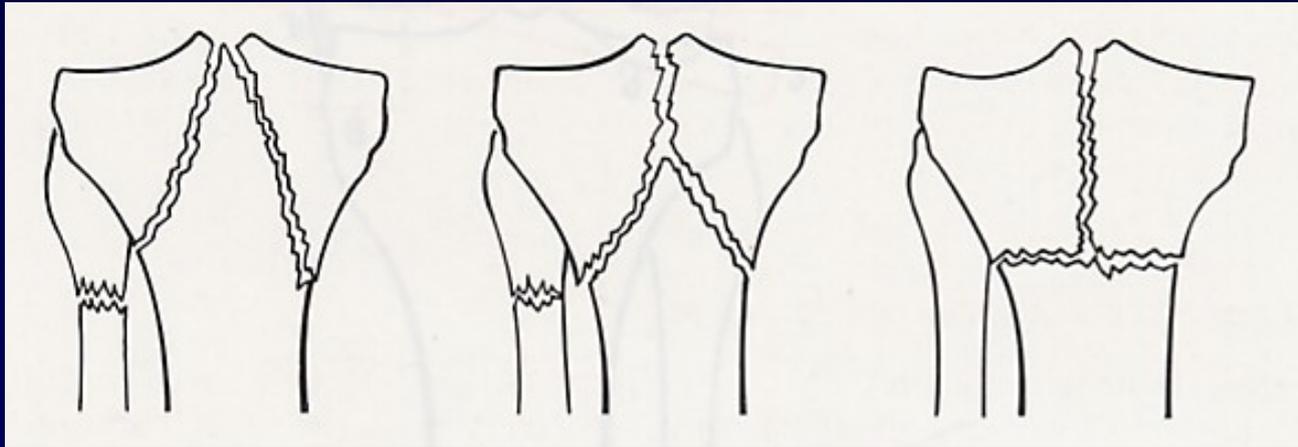
- Fractures unitubérositaires
internes (10 %)



Fractures bitubérositaires

30 %

- Association fracture diaphysaire et épiphysaire

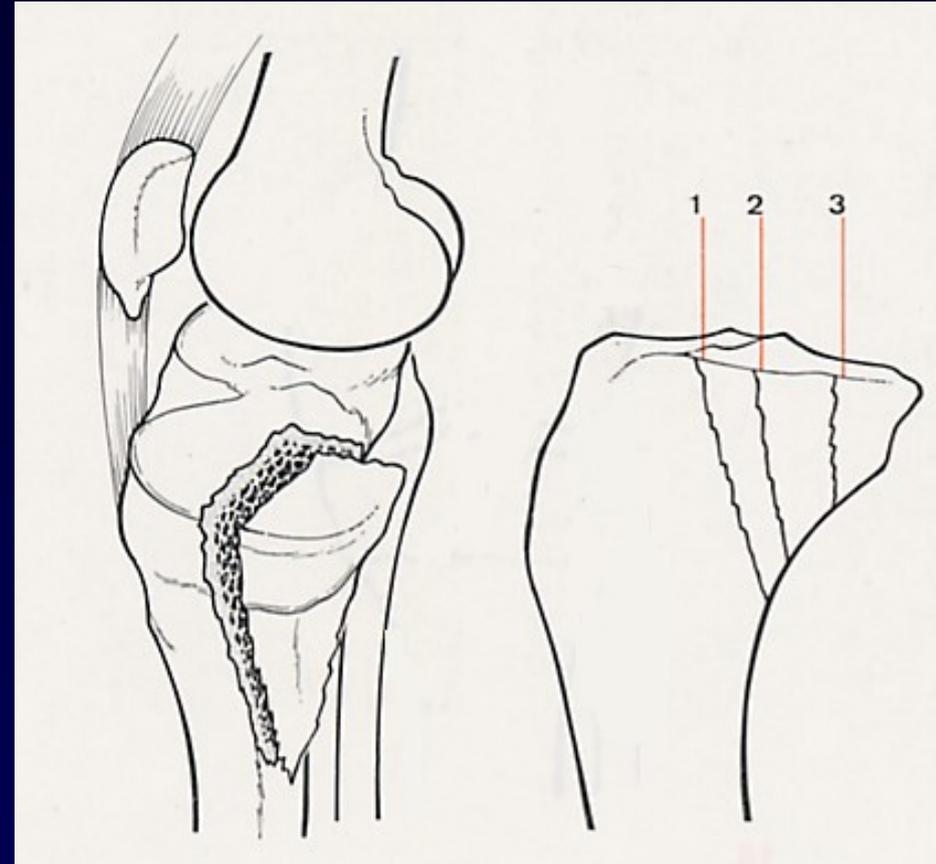


Fractures spino-tubérositaires (5 %)

- Identification indispensable pour le traitement des lésions associées (LCA, ligts latéraux)
- **Fractures spino-tubérositaires interne +++**
= séparation de l'épiphyse en 2 fragments:
 - tubérosité interne + massif des épines
(comminution fréquente \Leftrightarrow désinsertion LCA)
 - reste de l'épiphyse + diaphyse
- **Fractures spino-tubérositaires externes rares**

Fractures postérieures (rares)

- Mécanisme = Flexion + varus ou valgus
- Séparation postérieure et frontale du plateau tibial
- Postéro-interne le + svt
- Arrachement osseux
- LCA svt associé

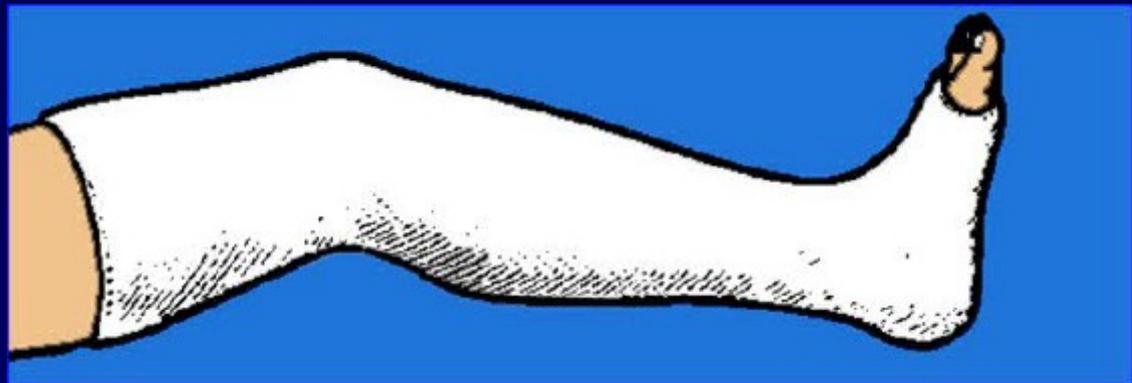


Traitement orthopédique

Décharge : totale 45 jours, partielle 45 jours

Immobilisation : Cruro pédieux , attelle

Rééducation : à partir de 30 jours, précoce en piscine



Traction-Mobilisation

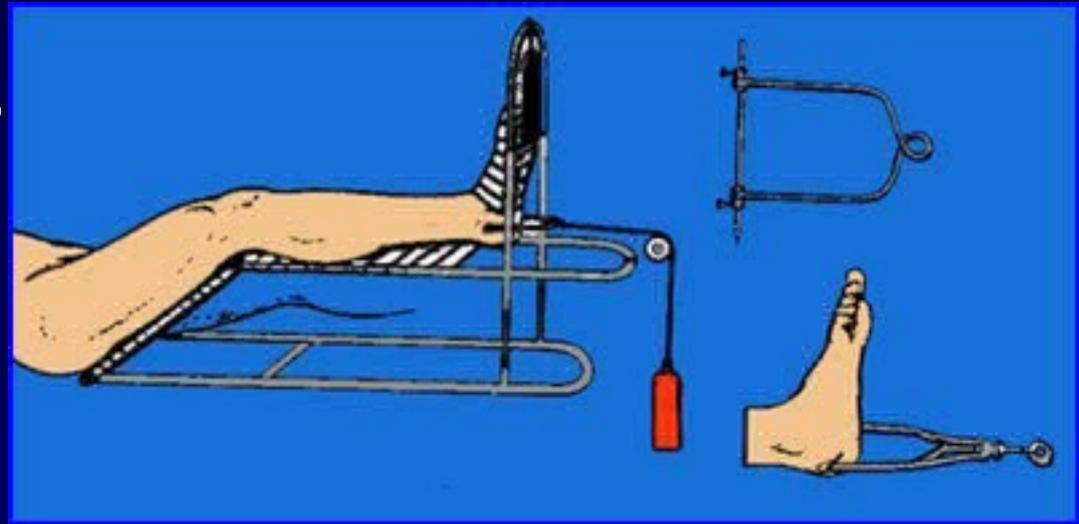
de traction trans calcanéenne :

- 4 à 6 kg
- 30 à 45 jours

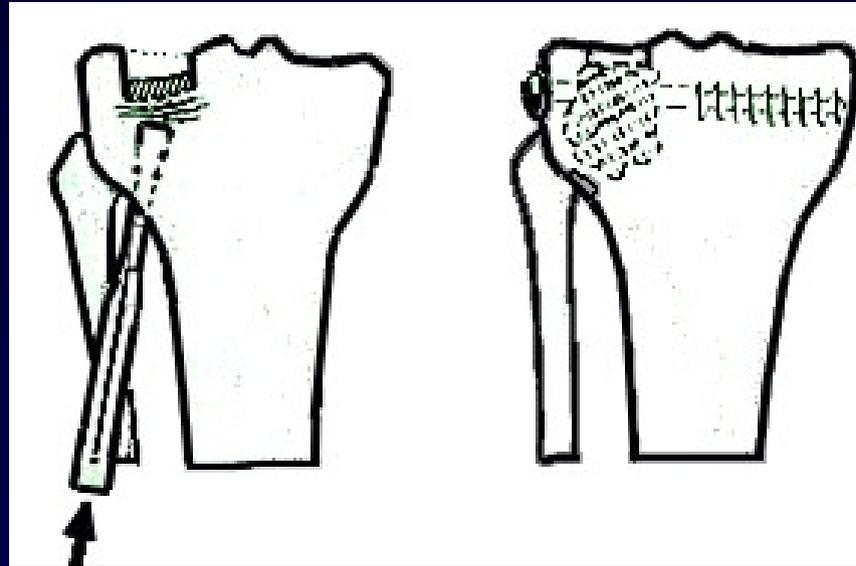
Mobilisation rapide : J15 ?

J 30

de l'appui à J 90



Traitement Chirurgical : ostéosynthèse



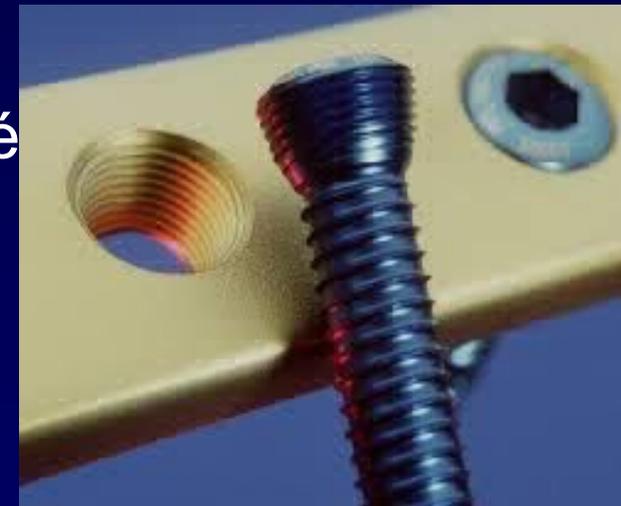
Traitement chirurgical

• Montage stable : rééducation précoce

• Réduction anatomique, greffe spongieuse

• Oosthèse :

- Vis isolées
- Plaques vissées +++ (verrouillé)



Indications

- Traitement orthopédique
 - fractures simples sans déplacement
- Traction-mobilisation
 - fractures complexes non opérables
 - personnes âgées
 - Préparer le terrain à la prothèse
- Traitement chirurgical+++
 - pour tout les autres cas
 - pour éviter la raideur

Indications

- Traitement chirurgical+++

enfouissement sup 4 mm

séparation sup 2 mm

tolérances variables en fonction de

Age

Etat général

Activité

Les attentes du chirurgien

- **Radiographies standards**
 - Face et profil strict de débrouillage
 - $\frac{3}{4}$ si doute diagnostic

Les attentes du chirurgien

- **Scanner** systématique si fracture confirmée
 - Recherche de l'ensemble des traits de fracture : frontal postérieur ??
 - Mesure de l'enfoncement
 - Mesure de la séparation
- **Reconstruction 3D** +++ pour traitement chirurgical

Les attentes du chirurgien

Le compte rendu du radiologue :

Siège des traits de fracture : int ou ext?

description de la fracture : séparation? Enfoncement?

importance du déplacement

lésions associées

Eviter « indication chirurgicale »

Classifications peu utiles car sans conséquences thérapeutiques

Cas clinique 1

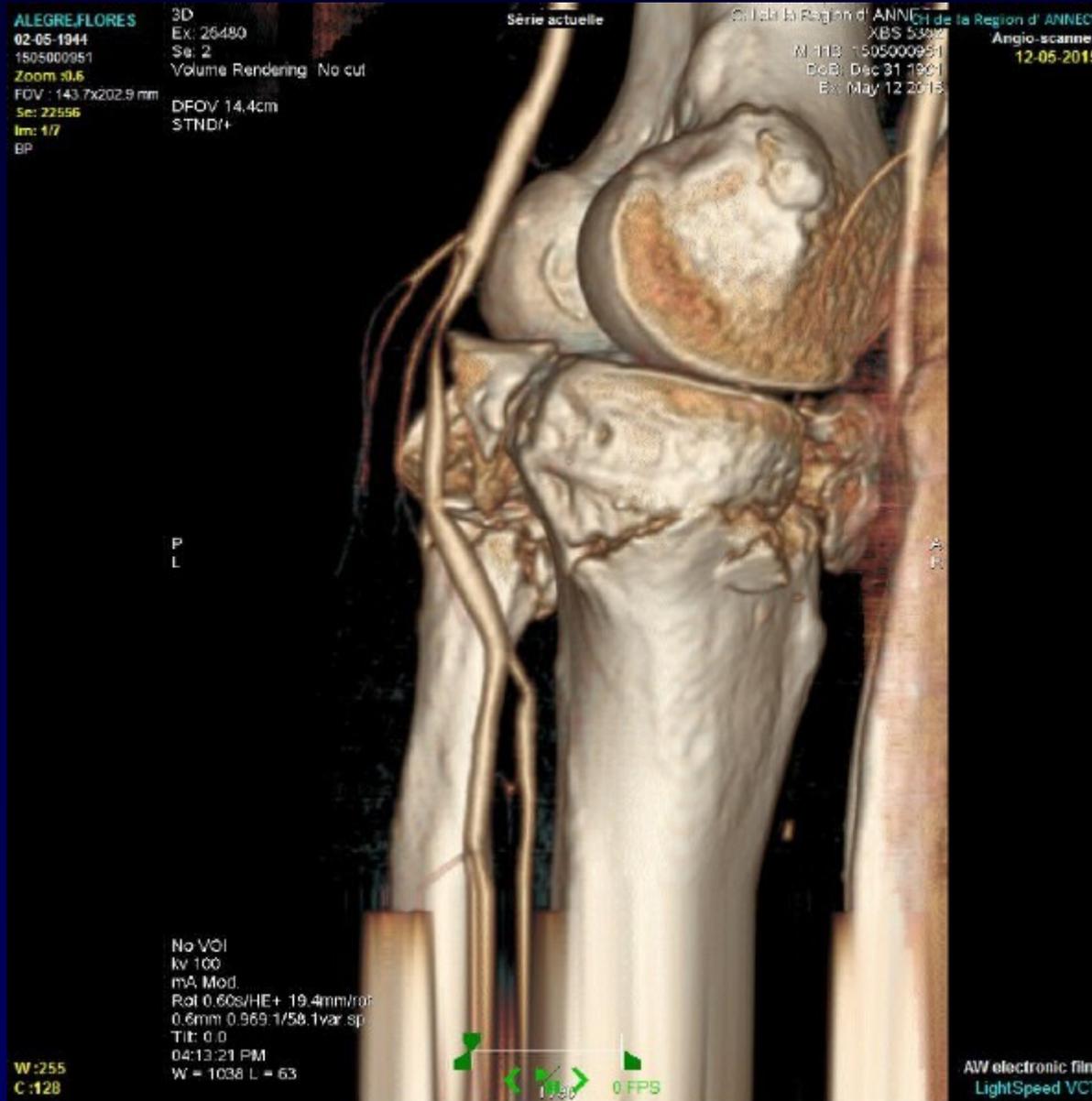
71 ans

Chute escalade

Polytraumatisme : L4, L5 déficitaire



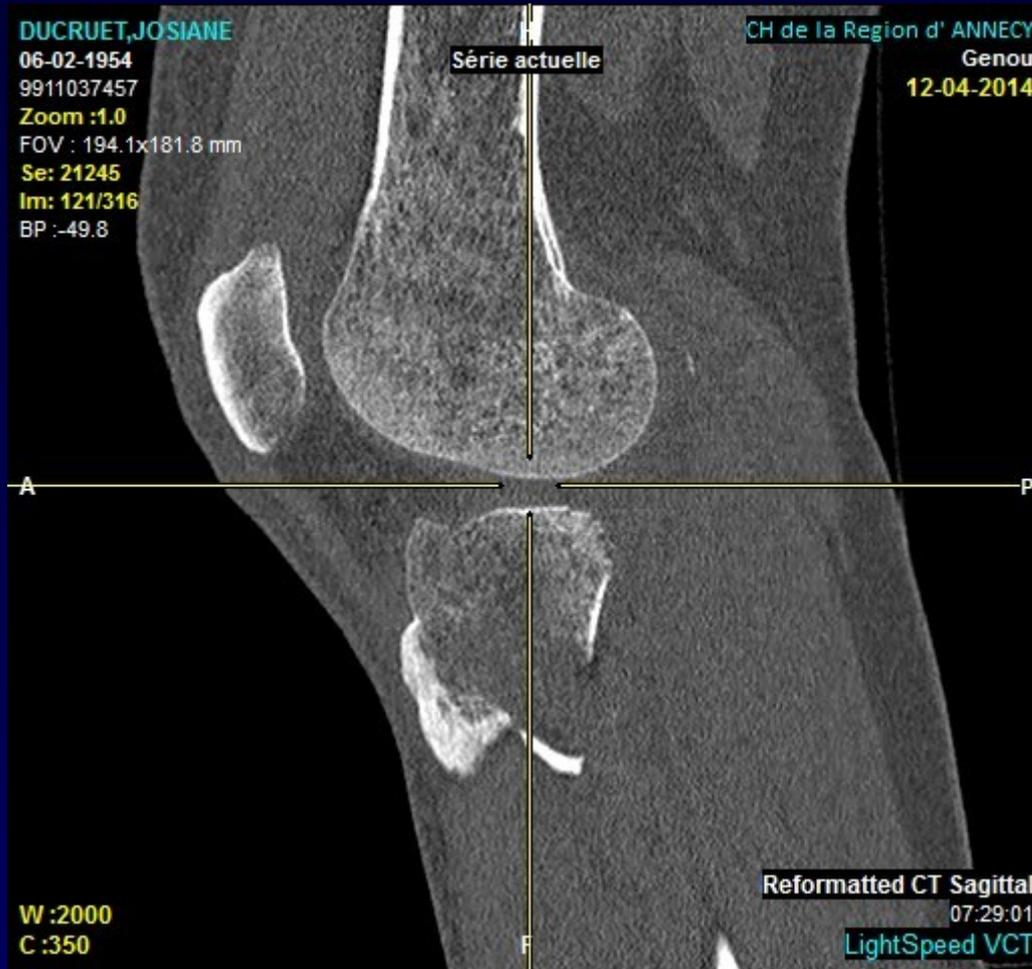
Cas clinique



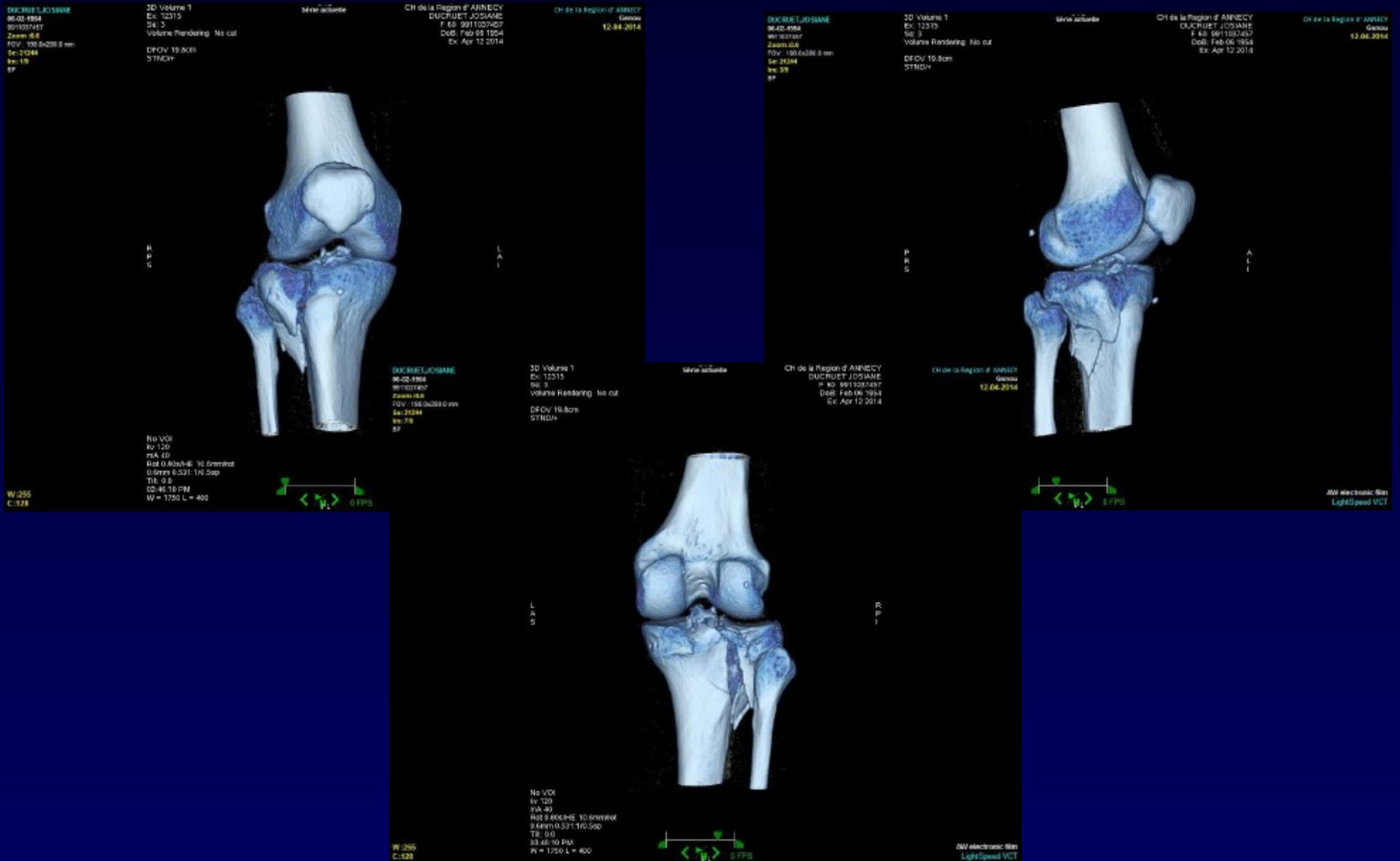
Cas clinique 2



Cas clinique



Cas clinique



Cas clinique



Fractures de la rotule

S Jager

Journée de la SFRRRA
séminaire du 19 septembre 2015
Archamps

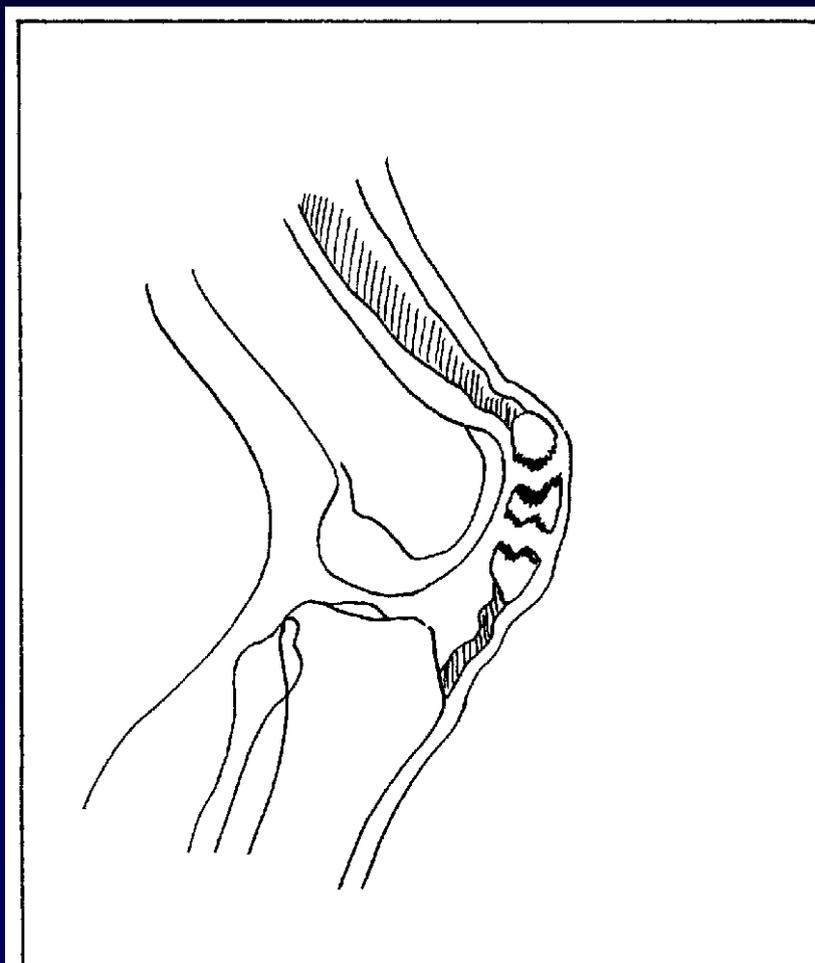
Les fractures de la rotule

- 1% des fractures du squelette
- Toute fracture déplacée (le + svt avec rupture de la continuité de l'appareil extenseur) => sanction chirurgicale
- La chirurgie doit impérativement assurer un montage solide (mobilisation rapide du genou)

Mécanisme

Direct sur genou fléchi

- Agent vulnérant (syndrome du tableau de bord)
- Contact avec le sol



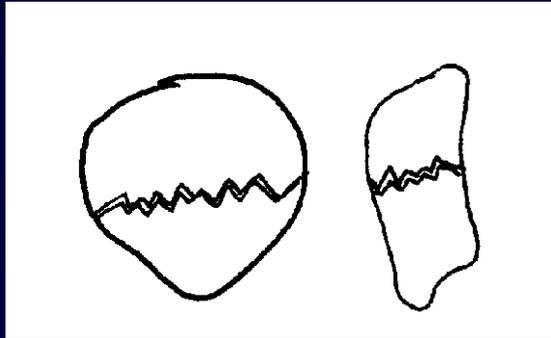
Indirect

- Exceptionnel
- Violente contraction du quadriceps genou fléchi (fragilisation préalable)
- association possible

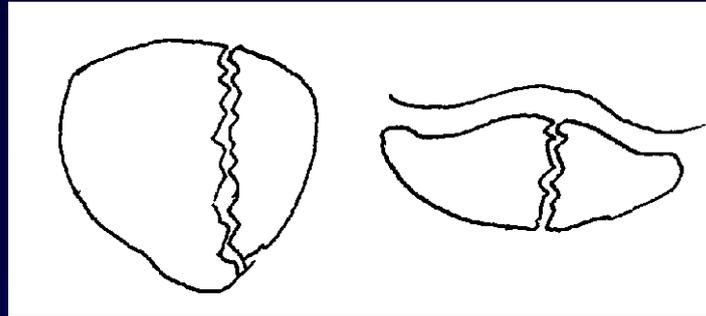
Classification

Selon critères morphologiques

Transversales

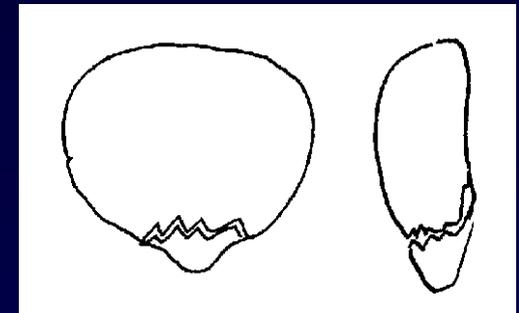


Verticales



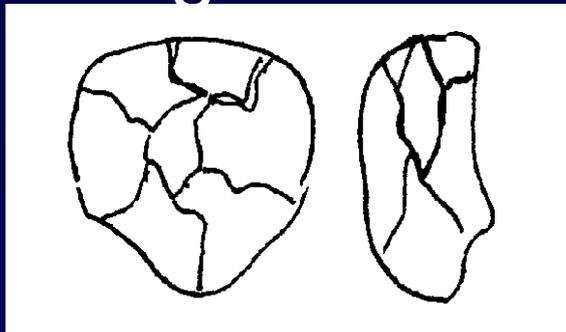
Parcellaires

(pointe, base, angulaire)

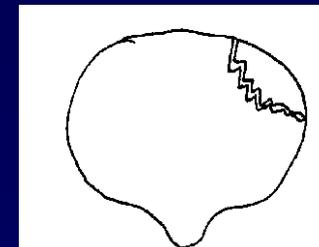
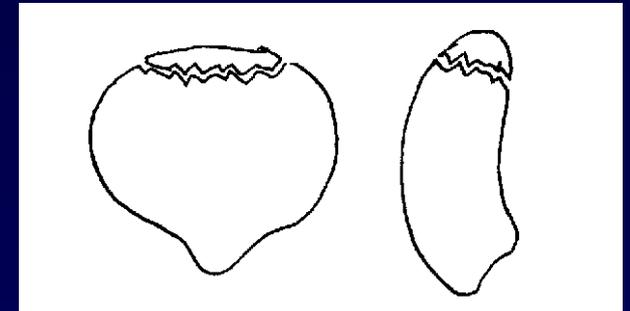
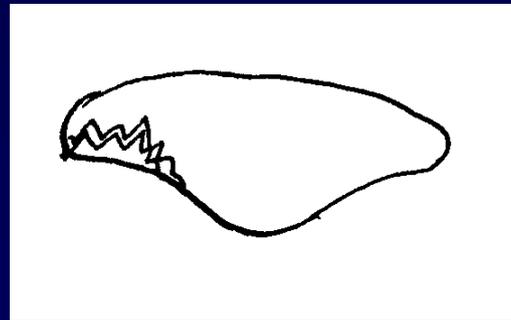


Comminutives

s



Ostéochondrales

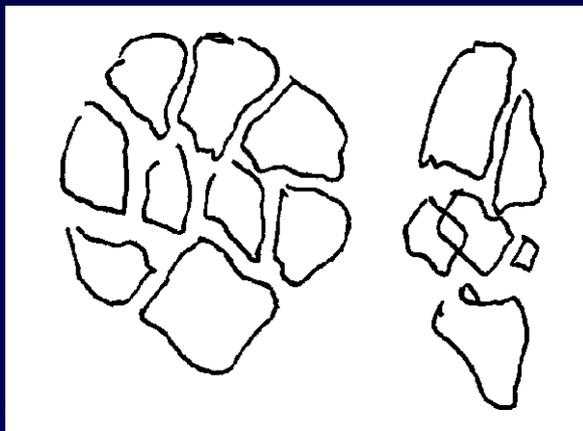
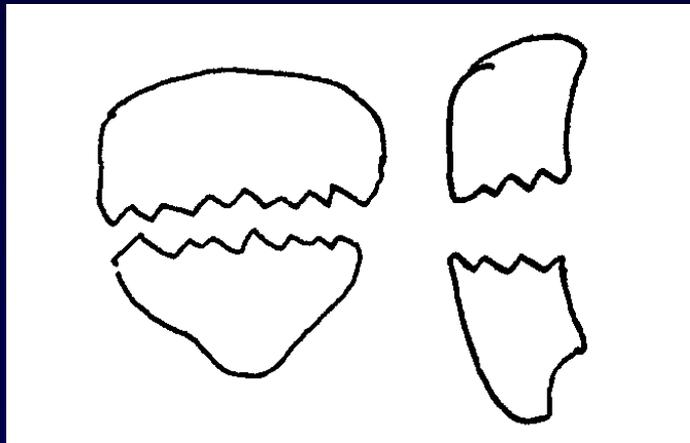


Classification

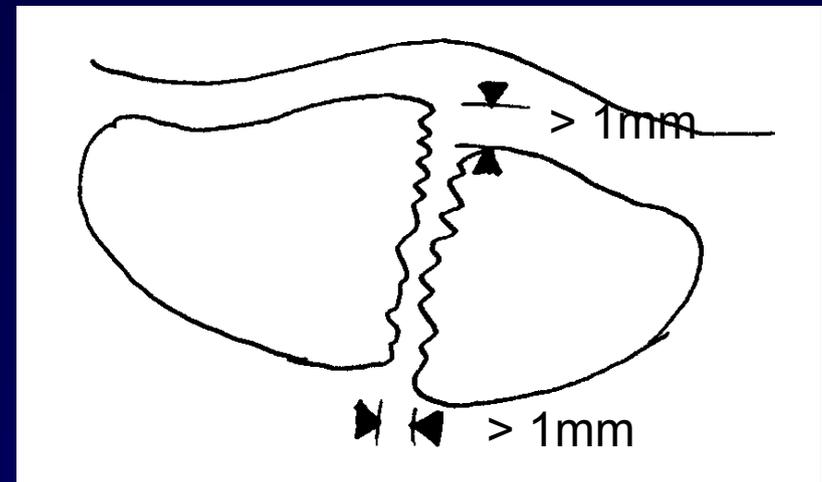
Selon le déplacement



Rupture de l'appareil extenseur



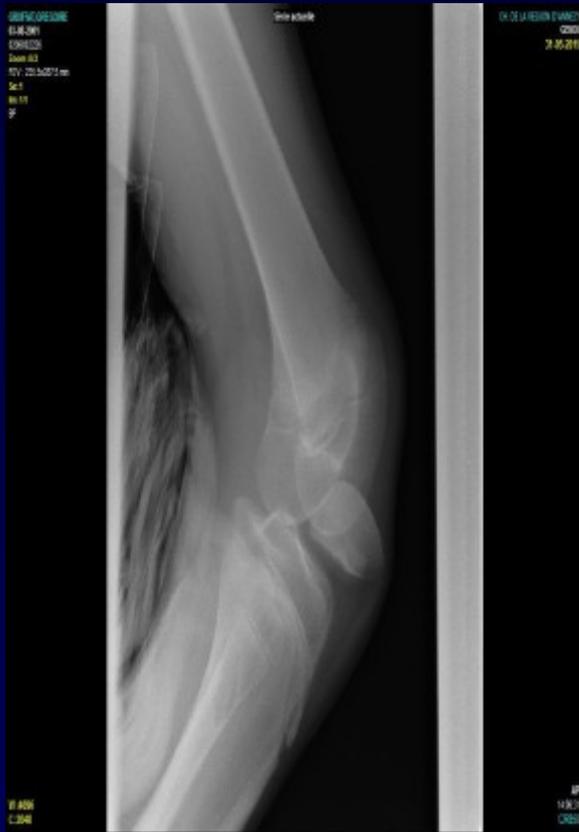
Déplacement latéral, antéro-postérieur



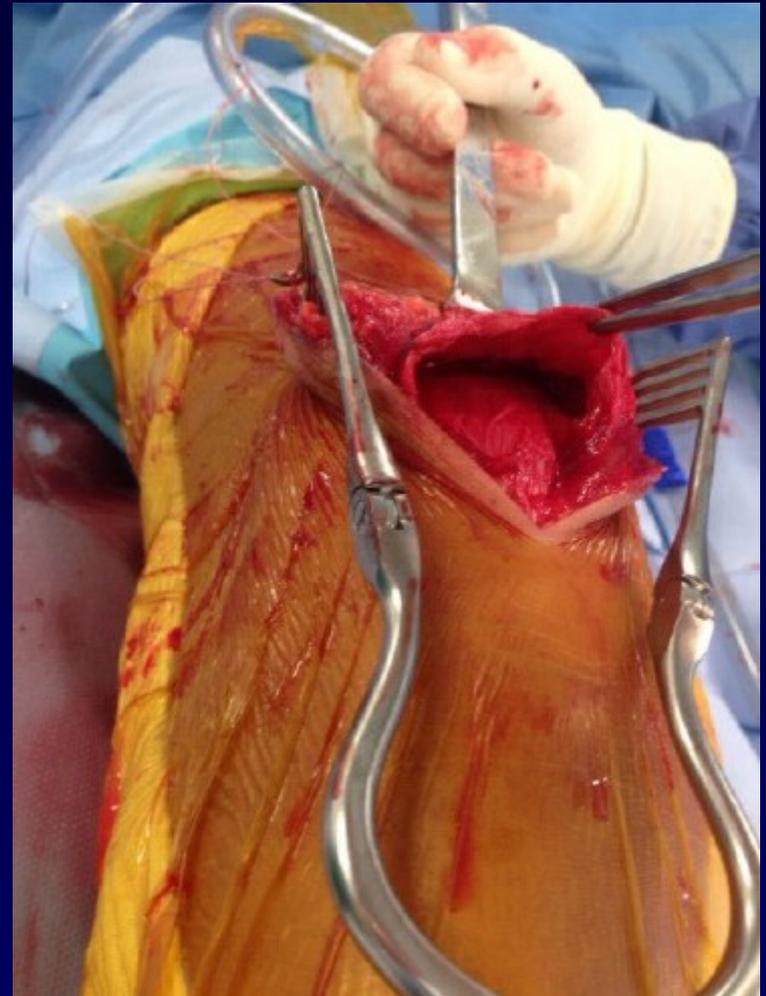
Diagnostic différentiel

- Autres ruptures de l'appareil extenseur
- Patella bipartita
 - trait régulier
 - surface articulaire normale
 - supéro-externe (bilatérale le plus souvent)
- Ostéochondrite de rotule
 - (pas de dysplasie de la trochlée)
- Luxation intra-articulaire de la rotule

Diagnostic différentiel



Diagnostic différentiel



Fondement de l'indication opératoire

- Existe-t-il une rupture de l'appareil extenseur ?
- Existe-t-il une répercussion sur l'articulation fémoro-patellaire? (marche d'escalier articulaire, lésion ostéochondrale fémorale)
- Terrain, état cutané (ouverture?) , demande fonctionnelle du patient? Lésions étagées?

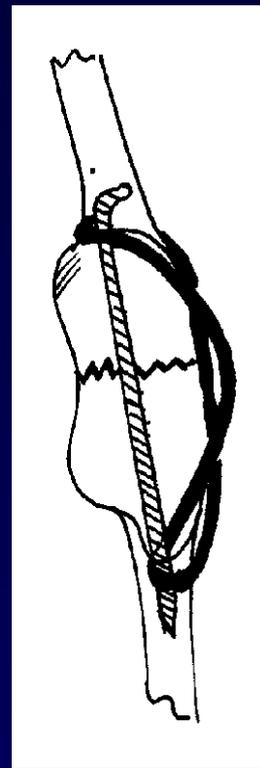
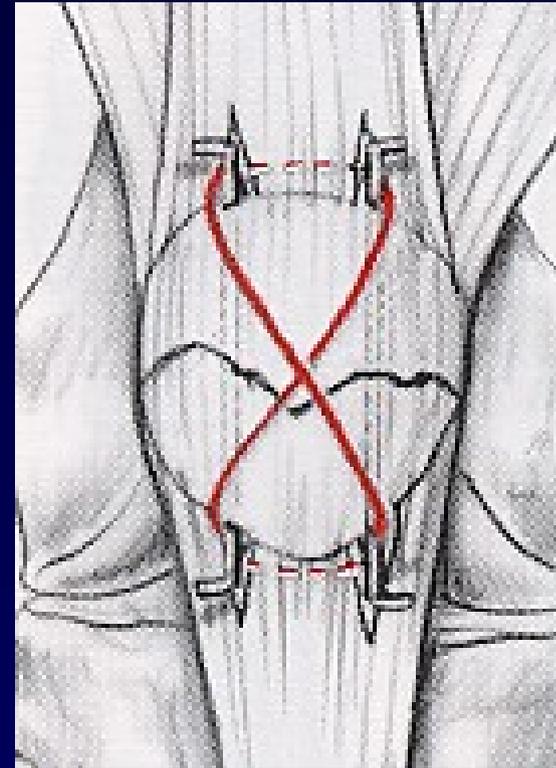
Les critères de traitement orthopédique = fractures à faible déplacement

- fractures verticales sans incongruence articulaire (marque $<$ à 1mm) et déplacement latéral $<$ à 1 mm
- fractures extra-articulaires transversales non déplacées
- fractures transversales articulaires à déplacement et incongruence articulaire $<$ à 1mm

Principe de la compression dynamique par hauban

Le cerclage + broches

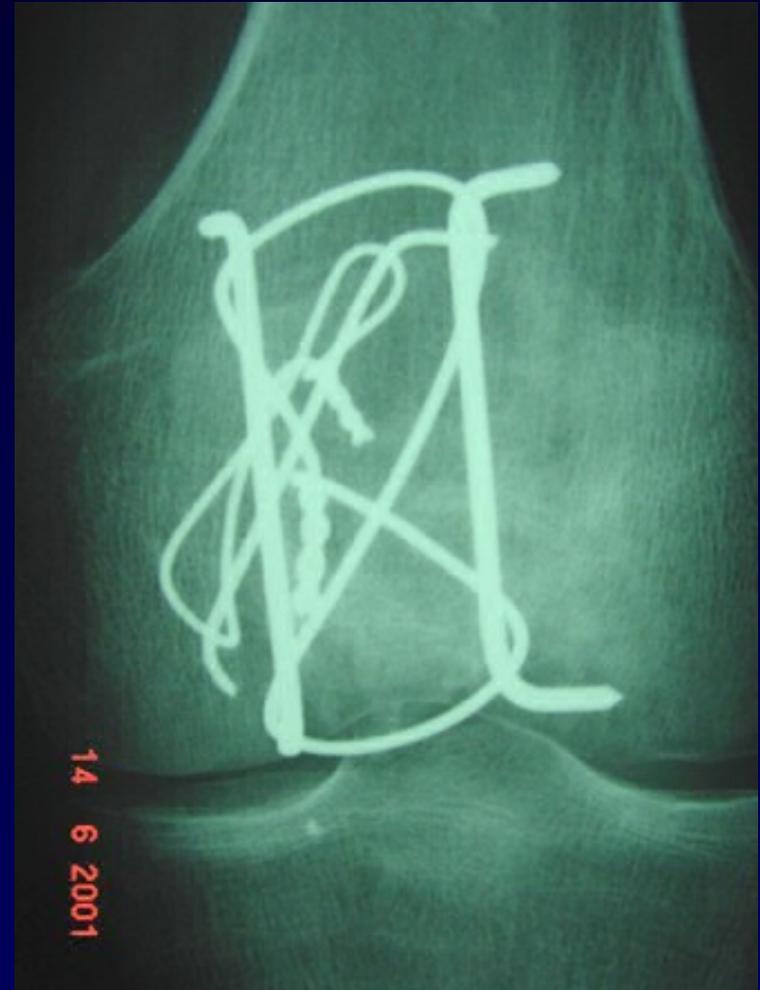
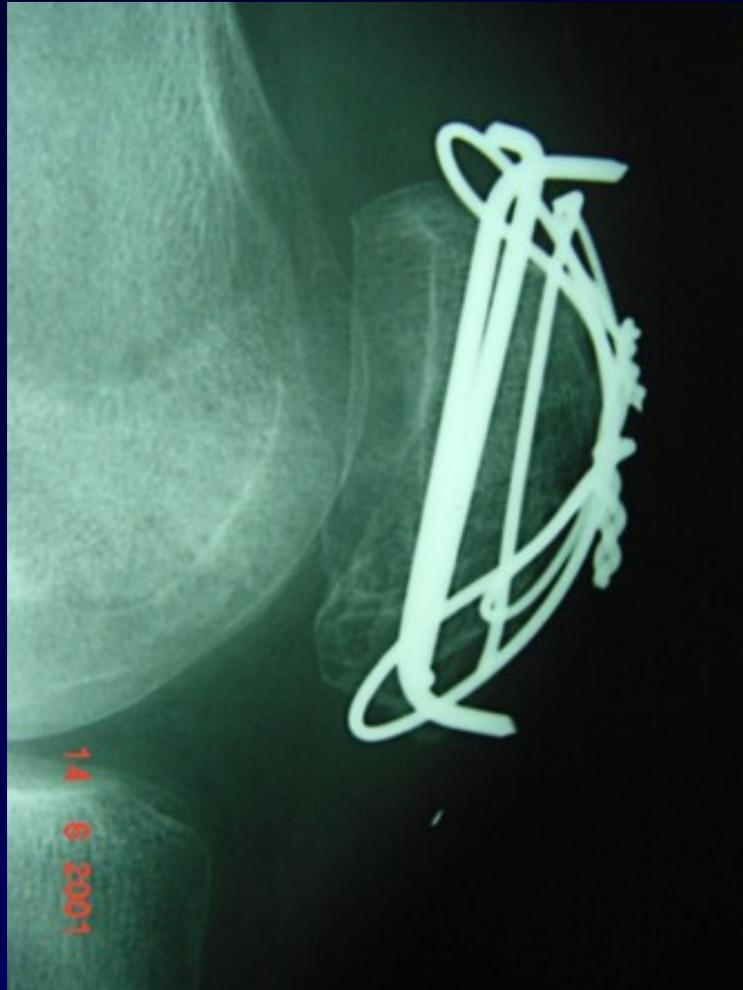
- Elles augmentent la stabilité en rotation (+ point d'ancrage du cerclage)
- Doivent être parallèles entre elles (sinon elles empêchent la compression interfragmentaire et ne procurent aucune stabilité en rotation)



Techniques opératoires

Objectifs de l'ostéosynthèse =
avoir une réduction anatomique et
obtenir un **montage solide**
autorisant une mobilisation rapide
du genou

Haubanage sur broches technique de référence



Les attentes du chirurgien

Le compte rendu du radiologue :

Trait de fracture : vertical ou transversal

Déplacement : > 1mm

Atteinte articulaire

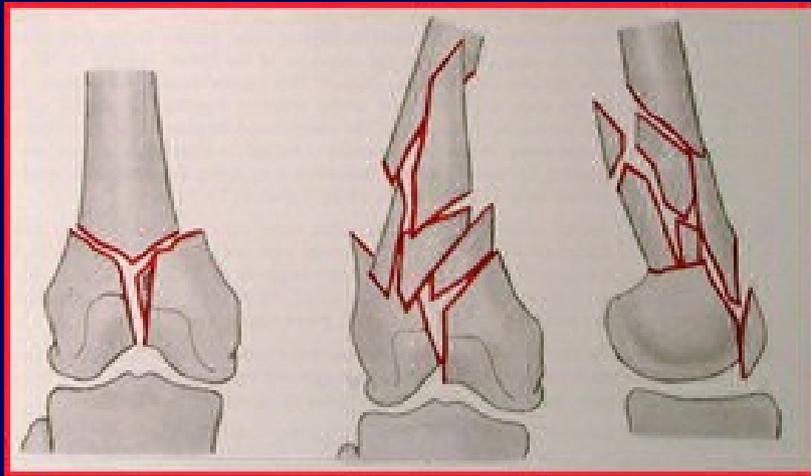
Fractures du fémur distal

S Jager

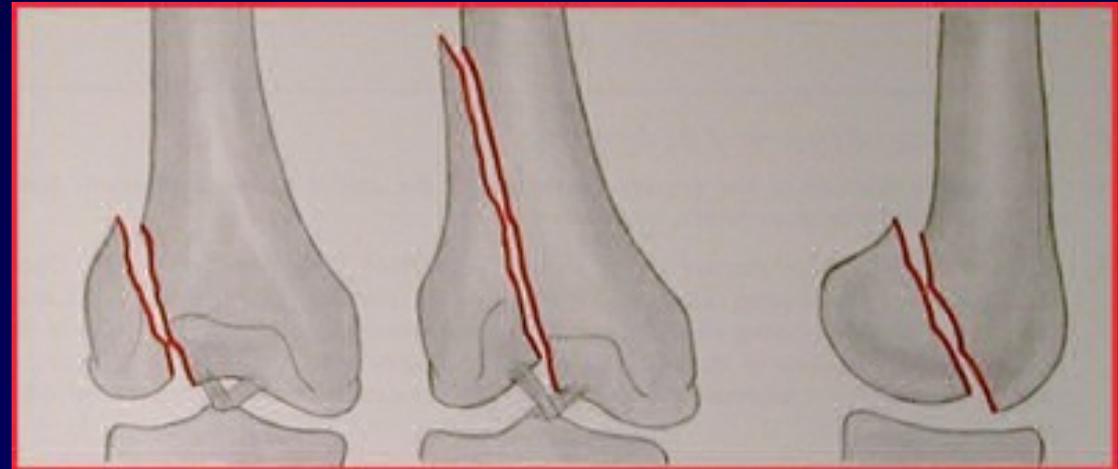
Journée de la SFRRRA
séminaire du 19 septembre 2015
Archamps

Classification des fractures de L'extrémité distale du fémur

Supra condyliennes
45 %



Supra et intercondyliennes
35 %

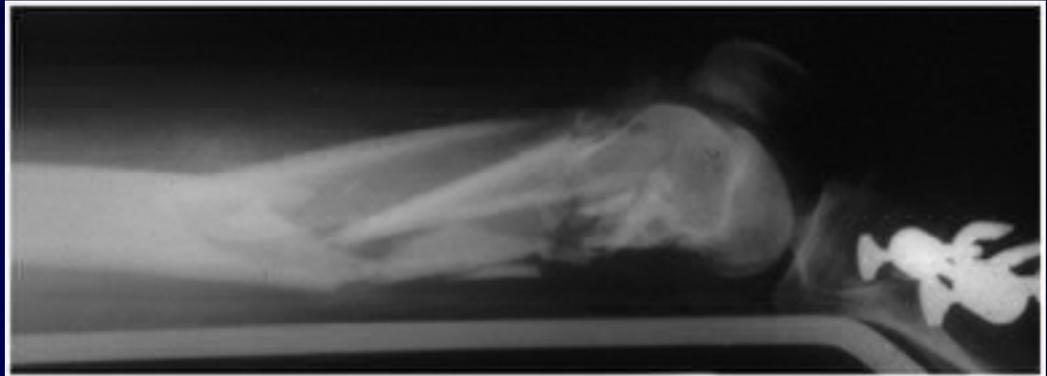
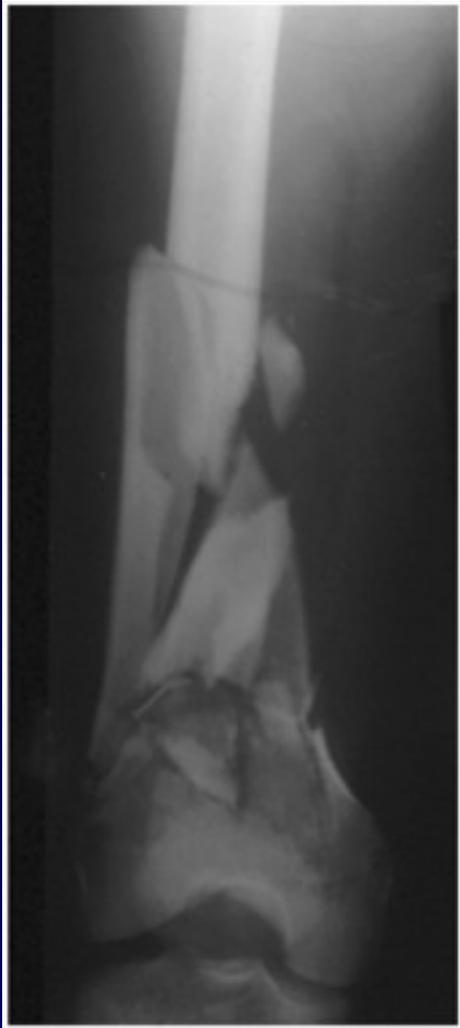


Unicondyliennes verticales horizontales
20 %

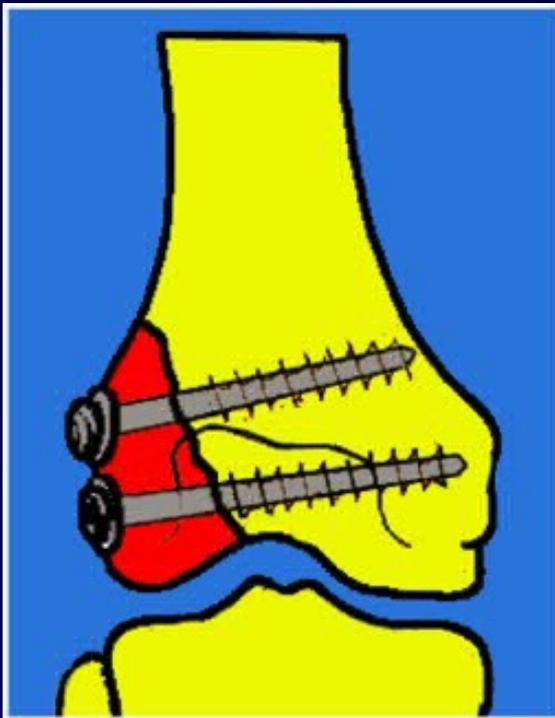
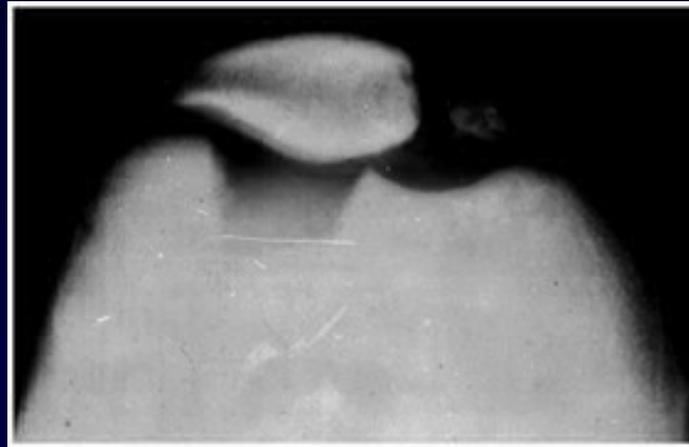
Fractures sus et intercondylienne



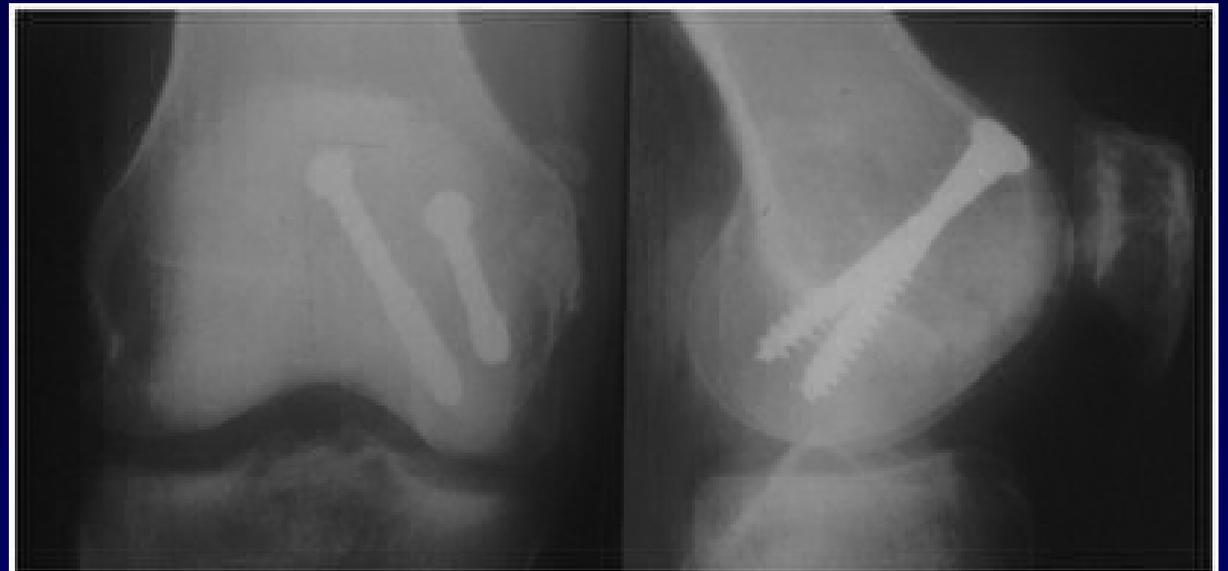
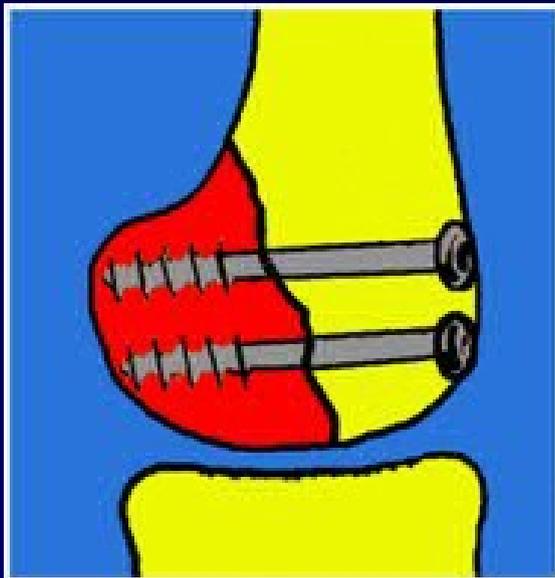
Fractures sus et intercondylienne



Fractures unicondyliennes de Trélat



Fractures unicondyliennes de Hoffa



Cas Clinique 3



Cas Clinique

CHATRON, SERGE

08-12-1960

1103001289

Zoom : 0.1

FOV : 408.6x1271.8 mm

Se: 1

Im: 1/1

BP

Série actuelle CH. DE LA REGION D'ANNECY

Gonométrie

23-07-2013



W : 4096
C : 2048



AP
10:24:33
CR850

CHATRON, SERGE

08-12-1960

1103001289

Zoom : 0.1

FOV : 408.6x1271.8 mm

Se: 1

Im: 1/1

BP

Série actuelle CH. DE LA REGION D'ANNECY

Gonométrie

23-07-2013

W : 4096
C : 2048

AP
10:24:33
CR850

Arthrodèse





MERCI

