

Physiothérapie		
Procédure:	M. Maechler, I. Griveaud, J.-P. Gallice, Dr Axel Gamulin	
DS:	mai 2016	
Validation:	A. Laubscher, Directeur des soins HUG	Visa:
	Pr A. Perrier, Directeur médical HUG	Visa:
Classement sous:	Secteur Locomoteur	
N°:	1.18	

FRACTURES DIAPHYSAIRES DES MEMBRES INFÉRIEURS

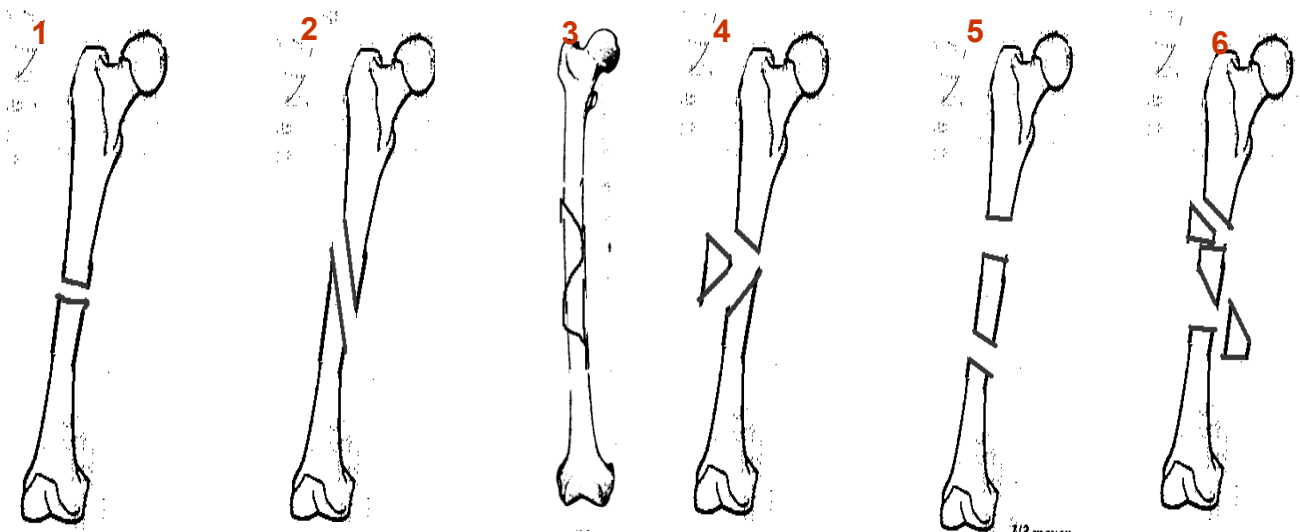
Domaine

Musculo-squelettique

Définition

Les fractures de la diaphyse du membre inférieur sont définies comme une solution de continuité de la diaphyse du fémur ou du tibia.

Généralement, elles sont d'origine traumatique, soit par choc direct, torsion ou combinaison des deux, mais peuvent aussi être spontanées dans les cas de fractures pathologiques (néoplasie, ostéopénie ou prise de bisphosphonates pour le fémur).

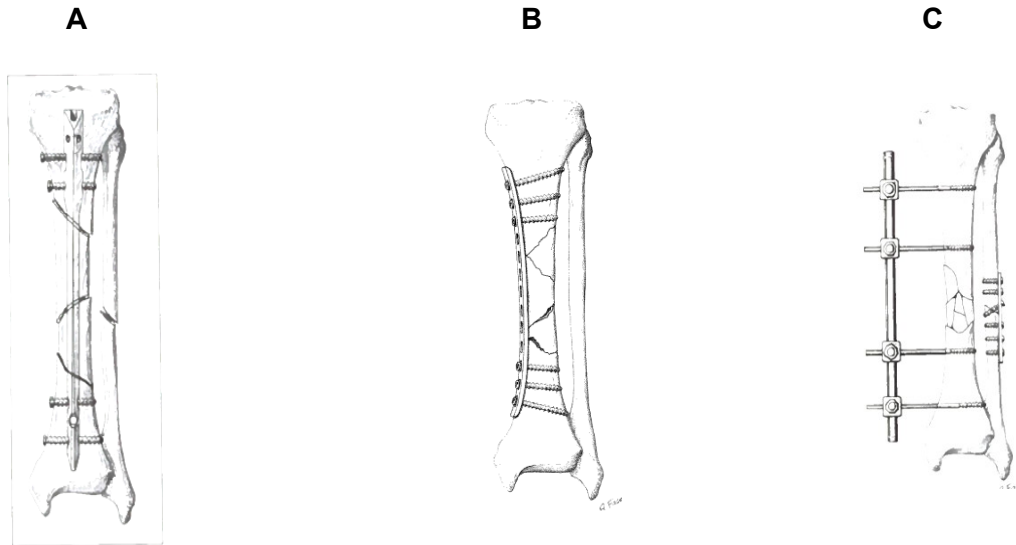


Indication

Le traitement est généralement chirurgical par:

- enclouage centromédullaire antérograde (ouverture par l'extrémité proximale du fémur ou du tibia) ou rétrograde (ouverture par l'extrémité distale du fémur),
- plaque et vis,
- parfois cerclage associé,
- fixateur externe dans certains cas de fractures ouvertes ou de polytraumatismes.

Le traitement conservateur est peu fréquent



Risques

- Urgence chirurgicale
- Complications:
 - hémorragie,
 - infection,
 - embolie graisseuse,
 - maladie thrombo-embolique,
 - malunion, retard de consolidation et non-union,
 - syndrome des loges,
 - lésions vasculaires, neurologiques, musculaires, tendineuses,
 - douleur prépatellaire après la pose d'un clou centromédullaire.

Précautions

- Charge selon consignes de l'opérateur
- Eviter les rotations du membre inférieur
- Douleur lors de la flexion de genou, adhérence du quadriceps, hématome.

Déroulement du traitement

Dès J1:

- 1^{er} levé au fauteuil,
- mobilisation active assistée du membre inférieur selon possibilité.

- Analgésie:
 - glace,
 - drainage.

Dès J2:

- Rééducation à la marche en charge selon prescription de l'opérateur (adaptation des moyens auxiliaires par rapport aux possibilités du patient.
- Apprentissage des transferts et de la montée/descente des escaliers.
- Mobilisation active assistée du membre inférieur, gain des amplitudes articulaires, attelle motorisée si amplitude insuffisante.
- Renforcement musculaire isométrique du membre inférieur.
- Electrostimulation si nécessaire.
- Programme d'entretien de la musculature des membres supérieurs, du tronc et du membre inférieur sain et enseignement d'exercices à faire seul.
- Traitement en piscine (après ablation des fils).

Dès consolidation:

- Rééducation à la marche en charge totale de façon progressive.
- Renforcement musculaire contre résistance du membre inférieur (isocinétique, excentrique en accord avec le médecin traitant).
- Récupération complète des amplitudes articulaires.
- Travail de la proprioception du membre inférieur.

Arrêt ou espacement du traitement

- Travail de week-end:
 - rééducation à la marche et escaliers en vue d'un retour à domicile,
 - drainage si œdème important.
- Fin de traitement à l'hôpital:
 - patient autonome avec ses cannes et amplitude articulaire fonctionnelle,
 - douleur contrôlée.
- Fréquence/intensité du traitement:
 - 1 fois par jour minimum en semaine (2 fois selon état général du patient et possibilité du service) et le week-end en fonction de l'état général du patient et de la convalescence prévue.

Situations spéciales:

- lésions associées (polytraumatisme)
- plaies (fractures ouvertes).

Bibliographie

- Bonnomet.F,Clavert.P,Cognet J-M.Fracture de la diaphyse fémorale de l'adulte.Elsevier Masson.2006
- Chanzy Nicolas.Chirurgie orthopédique et traumatologique .Fractures du fémur.Paris
- Kohlprath R, Assal M, Uckay U, Holzer N, Suva D, Hoffmeyer P.2011 N° 322.Fracture ouverte de la diaphyse
- Peter R bisphosphonate.Revue médicale suisse.2012 n°344
- Rüfenacht M :chirurgie orthopédique et traumatologie osteo-articulaire de l'adulte et de l'enfant. Médecine et hygiène 2004
- Schemistsch Emil.H ,Michael D.Mc Kee.Operative technique.Sanders Elsevier
- Wiss Donald A .Fractures.Master techniques Orthopedic Surgery.Lippincott Williams Wilkins