

# La prise en charge des fractures fermées de la cheville



**Contexte et justification :** Les fractures de la cheville sont fréquentes et l'objectif du traitement est de restaurer et de maintenir la stabilité et l'alignement de l'articulation, avec une anatomie normale de la mortaise de la cheville. Cela devrait optimiser la récupération fonctionnelle et réduire le risque de développer une arthrite post-traumatique.

**Inclusions :** Patients ayant des blessures fermées à la malléole et au syndesmosse de la cheville et qui sont matures sur le plan squelettique. **Exclusions :** Les patients souffrant de fractures du pilon et de fractures ouvertes de la cheville.

## Normes de soins

1. La réduction et la mise en place d'une attelle pour les chevilles cliniquement déformées doivent être effectuées en urgence dans les deux heures suivant la présentation, après une analgésie appropriée.
2. Le mécanisme de la lésion, les résultats cliniques, y compris l'intégrité de la peau, l'évaluation de la circulation et de la sensibilité, et les comorbidités susceptibles d'influencer le choix du traitement et le résultat doivent être consignés dans le dossier du patient. Il s'agit notamment de la mobilité réduite préexistante, du diabète sucré, de la séropositivité, de la neuropathie périphérique, de la maladie vasculaire périphérique, de l'ostéoporose, de l'utilisation de crèmes de blanchiment topiques, du tabagisme et de l'abus d'alcool.
3. Les fractures ouvertes ou celles qui présentent des lésions vasculaires doivent être référées d'urgence pour un traitement définitif.
4. Des radiographies de la cheville doivent être réalisées chez les personnes suspectées d'avoir subi une fracture, y compris chez les patients présentant une sensibilité osseuse à moins de 6 cm de l'extrémité de la malléole latérale ou médiale, ou si le patient est incapable de porter un poids (règles de la cheville d'Ottawa). Des radiographies doivent être obtenues rapidement après la présentation et après toute manœuvre de réduction, avec une vue AP latérale vraie et une vue de la mortaise. Si l'accès à la radiographie n'est pas immédiat, l'imagerie doit être réalisée dans les 24 heures suivant la consultation. Des radiographies supplémentaires du tibia entier sont nécessaires lorsque l'examen clinique suggère une fracture plus proximale du péroné.
5. L'examen des radiographies doit confirmer une réduction adéquate, l'astragale étant positionné sous le tibia, sur les clichés de face et de profil, sans signe de subluxation ; si ce n'est pas le cas, une intervention supplémentaire est nécessaire.
6. Les patients qui se présentent pour la première fois 6 semaines ou plus après une fracture déplacée de la cheville doivent être orientés vers un spécialiste.
7. Les patients doivent recevoir une explication de leur blessure, y compris le plan de traitement et le résultat attendu.
8. Les patients dont les fractures sont considérées comme stables, y compris les fractures du péroné en dessous de la syndesmosse, doivent être pris en charge de manière non opératoire avec une analgésie, une attelle si nécessaire et une mise en charge si elle est tolérée. Un suivi ultérieur peut ne pas être nécessaire.
9. Chez les patients présentant des fractures dont la stabilité est incertaine, comme les fractures isolées du péroné au niveau de la syndesmosse, la cheville doit être mise sous attelle et réexaminée dans les deux semaines, avec d'autres radiographies en appui, si possible, pour confirmer que l'astragale reste en position.
10. Chez les patients présentant une fracture instable de la cheville, qui comprend les fractures déplacées de la malléole médiale et les fractures du péroné au-dessus de la syndesmosse, une fixation chirurgicale précoce est recommandée dès que possible et dans les 7 jours suivant la blessure, ou la décision d'opérer si la stabilité est remise en question.
11. La liste de contrôle de sécurité chirurgicale de l'OMS doit être remplie et une dose unique d'antibiotiques prophylactiques doit être administrée au début de l'opération.
12. L'intervention chirurgicale doit permettre de réduire et de stabiliser la mortaise de la cheville. La syndesmosse doit ensuite être évaluée et stabilisée si elle est instable. Des images fluoroscopiques peropératoires ou des radiographies postopératoires doivent être obtenues dans les 48 heures et conservées dans le dossier du patient.
13. Les patients doivent être autorisés à porter leur poids de manière tolérée dans une attelle ou un plâtre deux semaines après la fixation, sauf en cas de problèmes spécifiques concernant la stabilité de la fixation ou de contreindications, telles qu'une neuropathie périphérique, ou de problèmes spécifiques concernant l'état des tissus mous.
14. Le risque de TEV doit être évalué conformément aux directives locales. Si une chimioprophylaxie est nécessaire, l'aspirine à faible dose est recommandée.
15. Les patients doivent recevoir des informations sur la récupération fonctionnelle attendue, les complications possibles et la rééducation, y compris des conseils sur la reprise des activités normales. Ces informations doivent être rédigées dans la langue du patient et/ou sous forme d'illustrations et doivent être disponibles sous forme imprimée et numérique.
16. Un suivi à 2 semaines est nécessaire pour les patients qui ont des doutes sur la stabilité ou qui ont subi une intervention chirurgicale. Les radiographies doivent confirmer le maintien de la réduction de la mortaise de la cheville. Le suivi ultérieur doit être conforme à la politique locale, mais doit garantir une bonne cicatrisation de la plaie. Les patients doivent être en mesure d'obtenir des conseils ou un suivi auprès de l'hôpital traitant en cas de complications.
17. Tous les cas doivent faire l'objet d'un audit avec une documentation sur les normes susmentionnées, y compris la réduction de la fracture et les complications signalées. L'audit doit être présenté lors de la réunion du service. Cet audit doit être réalisé tous les trimestres, puis tous les ans une fois qu'il a été mis en place.