



CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET TRAUMATOLOGIE DU SPORT

Dr Victor PACORET

Chirurgie genou – hanche
Chirurgie du sport – Arthroscopie



N° RPPS : 10101442522

N° FINES : 051014777

Protocole de rééducation

Fracture bi- ou tri-malléolaire supra-ligamentaire opérée

(Plaques malléolaires latérale ± vissage malléole médiale/postérieure ± syndesmodèse)

Principes généraux

Rééducation conduite selon un protocole progressif visant à :

- Consolidation osseuse prioritaire → **absence d'appui 6 semaines**
- Prévention de la raideur → **mobilisation précoce protégée**
- Protection de la syndesmodèse si présente
- Récupération progressive mobilité → renforcement → reprise fonctionnelle

⚠ Si vis trans-syndesmodésaire : prudence particulière en dorsiflexion.

⚙ Phase 0 — J0 → S6 : Protection et prévention des complications

Objectifs :

- Cicatrisation cutanée et osseuse sans complication
- Limiter l'œdème et la douleur
- Préserver mobilité proximale (genou, hanche)
- Prévenir l'amyotrophie et les raideurs distales

Consignes :

- **Immobilisation** : orthèse type **ORTHOBOTTE**.
 - A porter jour et nuit
 - Retrait uniquement pour douche & réfection du pansement, puis pour kinésithérapie à partir de J15
- **Appui** : **AUCUN APPUI** pendant **6 semaines**.
- **Mobilisation précoce** protégée (**à partir de J15**) :
 - Mobilisation **passive douce** de **cheville** à partir de **J15** :
 - flexion plantaire
 - inversion/éversion douce & contrôlée
 - dorsiflexion **limitée au neutre**
 - Pas de mobilisation forcée
 - Pas d'étirement du triceps sural
 - À partir de **J21** :
 - Mobilisation **active aidée** progressive
 - Toujours sans appui
 - Toujours sans dépasser la position neutre en dorsiflexion si syndesmodèse
 - Mobilisation active des orteils dès J1.
 - Mobilisation douce des genoux et hanches dès J1.
- **Physiothérapie** : **GLAÇAGE**, drainage, électrostimulation triceps sural et fibulaires si œdème.
- **Exercices** : contractions isométriques des quadriceps, ischios, fessiers, muscles de la jambe non opérée.
- **Surveillance** : contrôle cutané, œdème, douleur, sensibilité, signes thrombo-emboliques.

⚠ **Précautions :**

- Ne pas forcer la dorsiflexion (risque sur la syndesmodèse).
 - Vérifier la cicatrisation avant toute immersion dans l'eau (>3semaines)
-

Phase 1 — S6 → S10 : Reprise progressive de mobilité et appui complet

Objectifs :

- Récupérer la mobilité articulaire (sans forcer la dorsiflexion)
- Reprendre l'appui progressivement
- Rééduquer le schéma de marche
- Entretenir la force musculaire

Consignes :

- **Appui** : reprise **progressive de l'appui complet** à partir de la 6^e semaine :
 - Appui partiel 15–20 kg au départ, progression sur 2 semaines maximum, jusqu'à appui complet, selon tolérance.
- **Mobilisation** :
 - Retrait de l'orthobotte (ou port intermittent).
 - Mobilisation douce active et passive assistée :
 - flexion plantaire, inversion/éversion selon tolérance,
 - **dorsiflexion prudente** (protection de la syndesmodèse).
- **Exercices** :
 - Travail proprioceptif léger (plan stable).
 - Renforcement musculaire isométrique puis concentrique doux : fibulaires, triceps sural, jambier postérieur, fessiers.
 - Vélo sans résistance en appui sur pédale saine possible.
 - Drainage, cryothérapie, levée de jambe, contractions excentriques légères des quadriceps.

Précautions :

- Ne pas forcer la dorsiflexion > neutre avant 6-8 semaines si syndesmodèse.
- Pas d'étirements violents du mollet.
- Surveillance de la douleur antéro-latérale (vis ou plaque compressive).

Phase 2 — S10 → S16 : Renforcement, proprioception et normalisation de la marche

Objectifs :

- Amplitude complète (sauf dorsiflexion limitée si consigne chirurgicale)
- Reprise d'un appui symétrique, marche fluide
- Renforcement global du membre inférieur
- Stimulation proprioceptive progressive

Consignes :

- **Appui complet** autorisé.
- **Mobilité** : récupération dorsiflexion et flexion complète selon tolérance.
- **Renforcement** : travail progressif du triceps sural, fibulaires, jambier postérieur, quadriceps, fessiers.
- **Proprioception** : plateau instable, coussin mousse, demi-sphère, travail en appui unipodal.
- **Fonctionnel** : montée d'escalier, marche sur terrain varié, vélo, elliptique, aquathérapie.

Précautions :

- Éviter sauts, course et impacts avant autorisation chirurgicale complète.
- Pas d'hyperdorsiflexion si matériel de syndesmodèse non retiré.

Phase 3 — > S16 : Reconditionnement fonctionnel et reprise sportive

Objectifs :

- Reprise complète de la marche et de la course
- Récupération force et proprioception dynamique
- Retour au sport ou activité professionnelle spécifique

Consignes :

- **Course en ligne droite** : à partir de 3-4 mois si appui indolore, amplitude complète et stabilité.
- **Renforcement** : travail excentrique, sauts, escaliers, gainage, step, travail spécifique sportif.
- **Proprioception dynamique** : surfaces instables, directionnelles, yeux fermés.
- **Reprise sport pivot/contact** : à partir de 6 mois si critères remplis :
 - consolidation complète,

- stabilité syndesmodèse,
 - force ≥ 90 % côté sain,
 - tests fonctionnels (Y-Balance, sauts) satisfaisants.
-

Suivi et contrôles

- Radiographies à 6 et 12 semaines pour évaluer la consolidation et la stabilité syndesmodésaire.
 - Contrôle clinique régulier : mobilité, douleur, œdème, stabilité.
 - Abord de l'éventuel retrait du matériel (selon gêne ou vis trans-syndesmodésaire).
-

Références (sélection)

- SOFCOT – *Rééducation des fractures malléolaires opérées*, Conférences d'enseignement 2023
- BOFAS & AOFAS Guidelines 2022–2024
- ESSKA Consensus Ankle Fracture Rehab, KSSTA 2023
- EFORT Open Rev. 2022, *Ankle fractures: surgical management and rehabilitation*
- SFA (2023) — Protocoles de reprise d'appui après ostéosynthèse malléolaire