



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 équivalent bi-malléolaire interligamentaire opérée

(fracture malléolaire latérale isolée stabilisée par plaque latérale, atteinte ligamentaire médiale)

◆ Principes généraux

- Ostéosynthèse stable par plaque latérale → autorise une rééducation précoce sous contrôle de la douleur et de la consolidation.
- L'atteinte ligamentaire médiale impose une **protection initiale de l'appui et des amplitudes extrêmes**, le temps de la cicatrisation capsulo-ligamentaire (≈ 6 semaines).
- Objectifs : protéger le montage, restaurer progressivement la mobilité, prévenir les raideurs et amyotrophies, retrouver marche et stabilité.

⚙ Phase 0 — J0 → S2 : Phase antalgique et cicatricielle

Objectifs :

- Contrôle de la douleur, de l'œdème et prévention des complications thromboemboliques.
- Préserver la mobilité des segments non concernés et la trophicité musculaire.

Immobilisation et appui :

- **Immobilisation** : botte de marche ou orthèse amovible de cheville (type orthoboot ou attelle suropédieuse), portée en continu.
- **Appui** : selon la stabilité du montage :
 - **Appui interdit pendant 2 semaines**
 - **Cheville strictement protégée** (pas de varus ni d'éversion).

Exercices autorisés :

- Mobilisation active et passive **des orteils et du genou** immédiate.
- Contractions isométriques quadriceps, triceps sural, fibulaires.
- Mobilisation douce de la hanche et travail proprioceptif en décharge.
- Glaçage, élévation, drainage lymphatique.

Précautions :

- Pas de flexion plantaire forcée ni de mise en varus.
- Surveiller cicatrice et œdème.

🏠 Phase 1 — S2 → S6 : Mobilisation progressive et préparation à l'appui

Objectifs :

- Récupérer mobilité active et passive dans le secteur indolore.
- Entretenir le tonus musculaire.
- Préparer la reprise d'appui.

Immobilisation et appui :

- **Orthobotte** maintenue jusqu'à 6 semaines.
- **Appui** progressif **autorisé** à partir de S2 selon le contrôle radiographique

Mobilité :

- Début de **mobilisation douce** de la cheville (flexion/extension sans varus/éversion) en dehors des périodes de marche.
- Objectif d'amplitude à S6 : flexion plantaire ~30°, dorsiflexion ~10°.

Renforcement musculaire :

- Quadriceps, ischios, fessiers, triceps sural et fibulaires (isométriques → concentriques doux).

- Travail proprioceptif assis puis en appui partiel.

Précautions :

- Éviter varus/éversion et dorsiflexion forcée.
 - Contrôler œdème post-exercice.
-

Phase 2 — S6 → S10 : Appui complet et renforcement fonctionnel

Objectifs :

- Reprise complète de la marche sans aide.
- Restauration de la mobilité complète et de la force musculaire.
- Début de la reprogrammation proprioceptive.

Appui et orthèse :

- **Orthèse** : ablation de l'orthobotte.
- **Marche** sans cannes selon confort.

Exercices :

- Mobilisation complète de cheville (flexion plantaire, dorsiflexion, inversion/éversion selon tolérance).
- Renforcement musculaire en chaîne fermée (presse, step, squats partiels).
- Proprioception dynamique (plan instable, trampoline doux).
- Cardio : vélo, aquabike, elliptique.

Objectifs fonctionnels à S10 :

- Amplitude complète sans douleur.
 - Marche normale, équilibre unipodal stable.
-

Phase 3 — > S10 : Reconditionnement et reprise des activités

Objectifs :

- Endurance, puissance, proprioception avancée.
- Reprise progressive du travail et des activités sportives.

Exercices :

- Renforcement excentrique du triceps sural et des fibulaires.
- Travail plyométrique léger (sauts sur place, step dynamique).
- Reprise de la course linéaire vers 3 mois si :
 - appui indolore,
 - cheville stable,
 - mobilité complète.
- Sports pivot/contact → à 4–6 mois selon le sport et le contrôle chirurgical.

Critères de reprise sportive :

- Force ≥ 90 % côté sain.
 - Stabilité et proprioception satisfaisantes (test équilibre monopodal > 30 s).
-

Suivi et contrôles

- **Contrôles cliniques et radiographiques** : à 6 et 12 semaines post-opératoires.
 - Surveillance cutanée et osseuse (risque d'irritation du matériel).
 - Ablation du matériel possible après 12–18 mois selon gêne.
-

Signes d'alerte

- Douleur croissante, œdème ou chaleur persistante → contrôle médical.
 - Instabilité, ressaut ou varus douloureux → réévaluation chirurgicale.
 - Trouble de cicatrisation ou sérosité → surveillance rapprochée.
-

Références

- **SOFCOT** – Enseignement 2023 : Fractures malléolaires et équivalents bi-malléolaires.
- **SFA / SFCM** – Protocoles de rééducation après ostéosynthèse malléolaire (2022).
- **ESSKA / EFORT** – Consensus on ankle fracture management and rehabilitation (2022).
- **British Orthopaedic Foot & Ankle Society (BOFAS)** – Rehabilitation guidelines 2023.