

LIGNES DIRECTRICES EN MATIÈRE DE GESTION DES RÉCLAMATIONS LIÉES AUX FRACTURES AU NIVEAU DES EXTRÉMITÉS

Document préparé pour

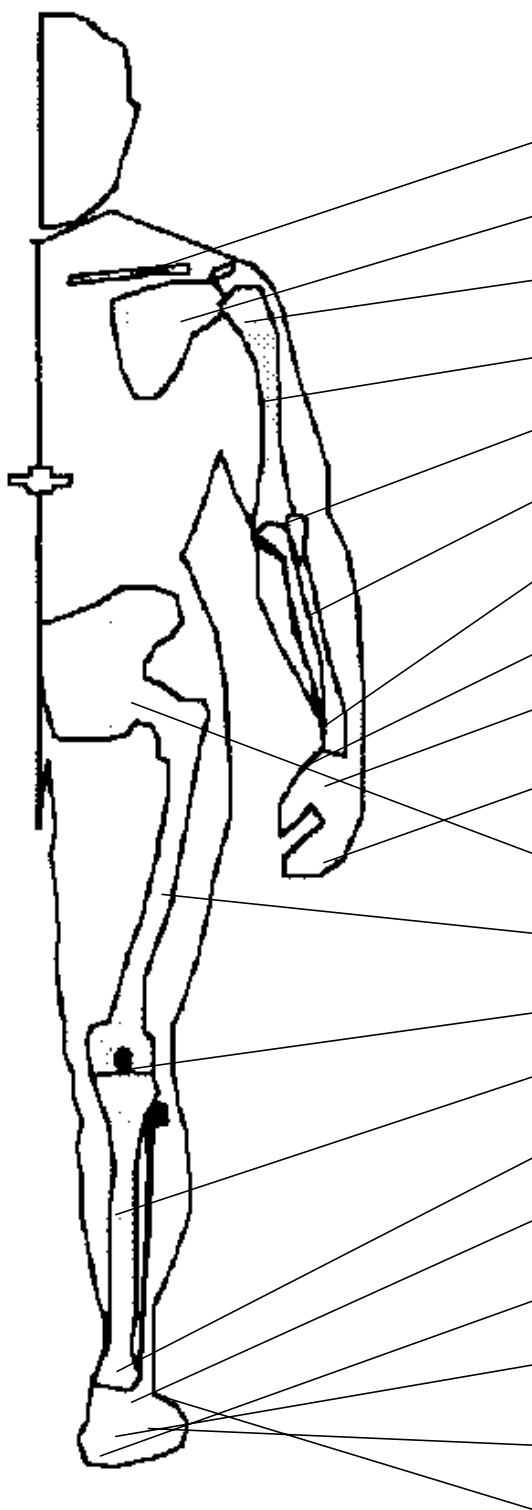
la Commission de la santé, de la sécurité et de l'indemnisation
des accidents au travail du Nouveau-Brunswick

par

Docteur Eric R. Gozna, M.D., FRCSC
Chirurgien orthopédiste
Médecin consultant principal
CSSIAT du Nouveau-Brunswick

Tous droits réservés : Docteur E. Gozna, septembre 2000

TABLE DES MATIÈRES FRACTURES AU NIVEAU DES EXTRÉMITÉS



EMPLACEMENT	PAGE
1. Fractures : Vue d'ensemble	1
2. Clavicule	8
3. Omoplate	12
4. Partie proximale de l'humérus	15
5. Diaphyse de l'humérus	19
6. Coude	22
7. Avant-bras	26
8. Poignet	30
9. Carpiennes	33
10. Métacarpiens	38
11. Doigts et pouce	41
12. Hanche	44
13. Diaphyse du fémur	48
14. Genou	51
15. Tibia / Péroné	55
16. Cheville	59
17. Astragale	63
18. Talon	66
19. Tarsiennes	70
20. Métatarsiennes	73
21. Orteils	76

1. FRACTURES : VUE D'ENSEMBLE

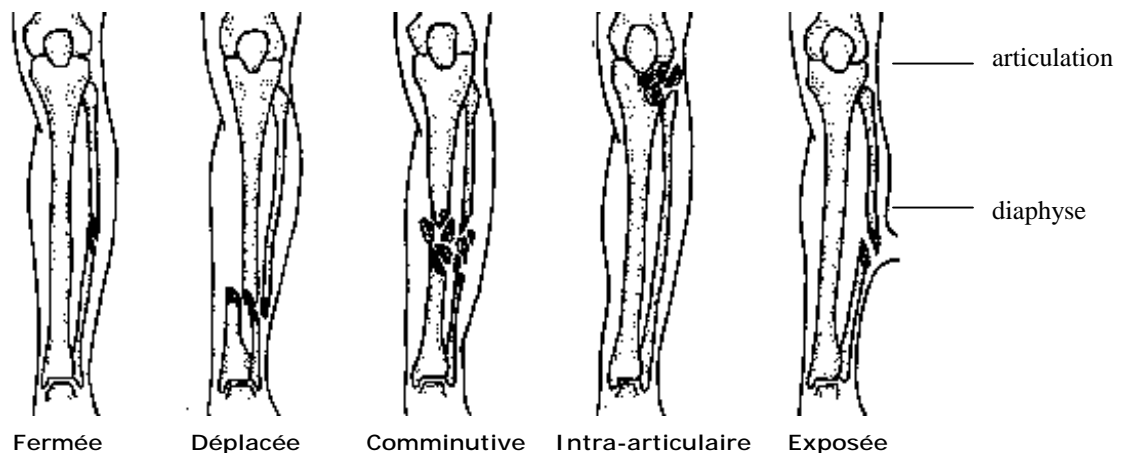
COMMUNÉMENT APPELÉES : Os cassés

QU'EST-CE QU'UNE FRACTURE?

« Docteur, mon os est-il fracturé ou tout simplement cassé? » En réalité, un os fracturé est un os cassé. C'est aussi simple que cela. Toutefois, chaque fracture a sa propre personnalité et survient lorsque la force appliquée dépasse la force inhérente à l'os. Suivant le genre et la quantité de force appliquée, il peut en résulter une simple fissure ou encore, une réelle explosion de l'os!

On peut décrire les fractures de diverses façons : suivant l'emplacement (diaphyse, bout, intra-articulaire), le type (fracture transverse, oblique, en spirale, comminutive ou engrenée), la complexité (fissure, fracture fermée, fracture compliquée, fracture sans déplacement, fracture déplacée), la configuration (angulation, alignement et apposition), la stabilité (fracture stable, instable) et la communication avec l'extérieur (fracture fermée, ouverte, exposée ou contaminée).

Exemples de fractures, suivant l'ordre de gravité



Les médecins peuvent décrire les fractures de différentes façons. En règle générale, s'il s'agit d'une fracture de faible énergie, la complexité de cette dernière sera plutôt moindre (par exemple, fracture *fermée* ou *légèrement déplacée*). Il en est de même pour la destruction osseuse et les lésions des tissus mous. **Plus le niveau d'énergie en cause est moindre, plus la fracture guérira vite et plus la probabilité de complications sera moindre.** La plupart des fractures guérissent dans une période de 6 à 8 semaines.

Dans le cas de fractures de haute énergie, la destruction osseuse est plus considérable (par exemple, fracture *comminutive* ou à plusieurs segments), les lésions des tissus mous sont plus profondes (par exemple, ligaments, nerfs, muscles) et dans certains cas, le foyer de la fracture communique avec l'extérieur (fracture *exposée*). En fait, de telles fractures peuvent s'avérer difficiles à traiter et peuvent nécessiter des traitements de réadaptation pendant une période prolongée. De plus, on doit souvent avoir recours à la chirurgie dans les cas de fractures mettant en cause les articulations (fractures *intra-articulaires*) ou de fractures dont les segments ont tendance à se déplacer pendant la période de guérison (fractures instables). Il y a également un risque d'arthrite dans le cas des fractures intra-articulaires.

EN QUOI CONSISTE SA PERSONNALITÉ?

Tout comme les personnes, les fractures ont chacune leur personnalité distincte. Toutefois, selon leur emplacement et type, les fractures peuvent être regroupées selon des « types de personnalité ». Certaines fractures sont plutôt « sans danger » et guérissent d'une manière prévisible tandis que d'autres sont plutôt « désagréables » et entraînent certaines complications également d'une manière prévisible. Le texte qui suit, lequel porte sur les divers types de fractures, abordera également la description de ces « types de personnalité ».

COMMENT EN FAIT-ON LE DIAGNOSTIC?

Antécédents : La plupart des blessures subies au travail sont traumatiques et résultent d'une chute, d'un mouvement de torsion ou d'un coup direct. Les fractures peuvent également résulter d'une faiblesse de l'os (fracture pathologique) ou de contraintes minimales longtemps répétées (fracture de stress). Une fracture pathologique peut survenir lorsqu'une force minimale est appliquée sur la partie affaiblie de l'os comme dans le cas de l'ostéoporose ou d'une tumeur. Les fractures de stress surviennent chez les gens exposés à des contraintes minimales répétées et chroniques au niveau de l'os comme dans le cas de la marche ou de la course. Les malaises ressentis par le client sont proportionnels à la force qui a causé la fracture. **Il est à remarquer que la capacité d'utiliser un membre n'exclut aucunement la possibilité d'une fracture.**

Examen physique : On remarque souvent la présence de sensibilité au toucher, d'enflure et de contusions. Dans le cas d'une fracture déplacée, on constate également une certaine difformité. Les fractures de faible énergie peuvent entraîner de légers malaises sans aucune difformité. Les fractures de haute énergie présentent le plus grand risque de dommages au système vasculo-nerveux, aux tissus mous et aux articulations. Lorsque le foyer de la fracture communique avec l'extérieur, il s'agit d'une fracture *exposée* qui présente un risque d'infection. Le médecin devrait également examiner les articulations adjacentes à l'os fracturé puisqu'il pourrait bien y avoir des dommages aux ligaments ou aux articulations qui nécessitent un traitement particulier.

Tests : De simples radiographies suffisent généralement aux fins du diagnostic et du traitement de la plupart des fractures. Toutefois, la radiographie doit comprendre les articulations qui se trouvent au-dessus et au-dessous de la fracture. Il se peut qu'il soit difficile de voir certaines fractures sur la première radiographie. Par conséquent, on devra répéter la radiographie dans les semaines qui suivent ou encore d'avoir recours à des explorations plus précises telles qu'une scintigraphie osseuse, une tomодensitométrie, une tomographie ou une imagerie par résonance magnétique. La scintigraphie osseuse compte parmi les tests les plus susceptibles de déceler la présence d'une récente fracture latente. Toutefois, elle n'est pas aussi utile que la radiographie en terme de planification du traitement. En effet, la scintigraphie osseuse peut servir à déterminer le moment où est survenue la blessure, c'est-à-dire s'il s'agit d'une récente blessure ou encore, d'une blessure de longue date. Lorsqu'il y a lieu d'explorer la possibilité d'une blessure vasculaire ou nerveuse, il convient d'avoir recours à une angiographie ou à une électromyographie.

Si la radiographie du client semble indiquer une fracture, mais que les symptômes sont plutôt bénins et en désaccord avec la fracture, il se peut que celle-ci soit de longue date ou que le client ait une difformité développementale. La scintigraphie osseuse peut aider à régler cette question puisque la région en question figurera en rouge s'il s'agit d'une récente fracture.

EN QUOI CONSISTE LE TRAITEMENT?

Souvent, les fractures de faible énergie nécessiteront peu de traitements autres qu'une période de repos initiale, des analgésiques et « l'action du temps ». S'il s'agit d'une fracture stable et sans déplacement, il peut suffire de protéger le membre (plâtre ou attelle) et de prendre des mesures pour réduire l'enflure et la douleur (glace, élévation et analgésiques) pour une période de 24 à 48 heures, suivis d'une mobilisation progressive du membre avec mise en charge suivant le confort du client. On doit également ajouter un programme de réadaptation approprié au fur et à mesure que la fracture guérit.

Les fractures de haute énergie peuvent entraîner des dommages assez considérables aux os, aux articulations ou aux tissus mous. Si les ligaments, vaisseaux sanguins ou nerfs sont endommagés, on devra peut-être traiter ces lésions.

Il se peut que les fragments des fractures déplacées ou avec angulation ne soient pas dans une position acceptable. Souvent, on pourra corriger une angulation au moyen d'une réduction fermée sous anesthésie. Pour ce qui est des fractures déplacées, on pourra, à l'occasion, les traiter à l'aide d'une réduction fermée sous anesthésie suivie de la pose d'un plâtre, mais, dans la plupart des cas, on devra avoir recours à la chirurgie.

Les segments des fractures instables risquent de se déplacer pendant la période de guérison et on doit généralement avoir recours à la chirurgie à titre de traitement. On doit alors avoir recours à des dispositifs de fixation, y compris des vis, une plaque, des clous intramédullaires, des fils métalliques et des fixateurs externes, au moment de la chirurgie. On choisit le dispositif de fixation selon le type de chirurgie et les préférences du chirurgien.

La plupart des fractures déplacées, instables ou articulaires doivent être traitées au moyen d'une intervention chirurgicale.

Le foyer d'une fracture exposée communique avec l'extérieur et pourrait fort bien être infecté. On devra alors opter pour un traitement chirurgical d'urgence afin d'explorer et de nettoyer la lésion. En règle générale, un traitement par antibiotiques suit la chirurgie.

COMPLICATIONS GÉNÉRALES

La possibilité de complications est en relation directe avec l'amplitude de l'énergie, la complexité de la fracture, les lésions des tissus mous et les traumatismes multiples. Ces complications peuvent être classées comme suit :

Complications cardiorespiratoires : Le risque de complications augmente suivant la solidité de l'os et le niveau d'énergie requise pour causer la fracture. Dans le cas d'un gros os tel le fémur ou le tibia, il se peut que des gouttelettes graisseuses soient libérées dans le sang au moment de la fracture, ce qui peut entraîner des complications graves telle la pneumonie. On appelle une telle complication *embolie graisseuse* ou *insuffisance respiratoire aiguë des états de choc*. Dans certains cas, le client doit être admis à l'unité de soins intensifs et branché sur un respirateur artificiel. On constate souvent des complications cardiorespiratoires dans le cas de *traumatismes multiples* (par exemple, lésions à plusieurs organes ou systèmes).

Complications vasculo-nerveuses : Les lésions nerveuses et vasculaires peuvent s'avérer des complications très graves. En effet, une intervention chirurgicale d'urgence s'impose dans le cas des lésions vasculaires, et ce, dans le but d'éviter une perte de l'extrémité (amputation). Dans le cas d'une lésion nerveuse, il se peut qu'une intervention chirurgicale s'impose également et que des complications à long terme, y compris une perte permanente de la fonction musculaire et de la sensation de protection, une raideur ou une contracture articulaire, s'installent malgré la chirurgie. Les lésions vasculo-nerveuses peuvent être très accablantes.

Syndrome de loge : Un tel syndrome survient lorsqu'il y a un écrasement grave d'un muscle recouvert d'une loge serrée (enveloppe qui recouvre le muscle). L'enveloppe serrée empêche le gonflement du muscle endommagé et la pression augmente jusqu'au point de mettre fin à l'apport sanguin. Il s'agit d'une situation d'urgence qui exige une intervention chirurgicale sans délai dans le but de libérer les contraintes du muscle en question, sinon le muscle sera endommagé de façon permanente. Les toxines que libère le muscle endommagé peuvent, à leur tour, endommager les reins de façon temporaire. On **retrouve principalement le syndrome de loge au niveau du mollet et de l'avant-bras**. On ne le retrouve que très rarement au niveau de la cuisse ou de la partie supérieure du bras.

Complications au niveau de la peau et des tissus mous : Toute blessure grave à la peau peut nécessiter une greffe cutanée ou autre acte chirurgical complexe. Des ligaments déchirés à proximité des articulations nécessitent également une intervention chirurgicale. En règle générale, les lésions des tissus mous n'apparaissent pas sur les radiographies, mais elles peuvent quand même s'avérer accablantes.

Infection : Des infections au niveau de l'os (ostéomyélite), de l'articulation (articulation septique) ou des tissus mous (infection de plaie) peuvent survenir dans le cas d'une fracture exposée ou après une intervention chirurgicale. Généralement, une infection nécessite un traitement chirurgical d'urgence et constitue une complication grave qui peut manifestement retarder le processus de guérison. Une infection au niveau de l'os peut s'avérer une complication à vie.

Thrombose veineuse profonde : Les caillots qui se forment dans les veines profondes de la jambe constituent une complication grave et commune de toute blessure qui nécessite le repos ou l'immobilisation du membre en question. Ils sont tout particulièrement communs à la suite d'une blessure à un membre inférieur.

Les caillots se forment à la suite d'une inflammation de la membrane qui tapisse la veine. L'inflammation peut endommager les petites valvules veineuses et entraîner de l'œdème et de la douleur chronique au niveau de la jambe (*syndrome postphlébitique*). Si les caillots se détachent et se rendent aux poumons, ils peuvent causer une condition grave qui ressemble à la pneumonie (embolie pulmonaire) et même entraîner la mort! Lorsqu'on soupçonne une thrombose veineuse profonde, il convient d'ordonner une phlébographie ou une échographie dans le but d'établir un diagnostic et un traitement, soit la prise d'anticoagulants pour une période minimale de 3 à 6 mois. Le processus de rétablissement dans le cas d'une TVP peut s'avérer assez lent. De plus, il se peut que les clients qui prennent des anticoagulants aient à prendre des précautions additionnelles au travail.

Perte de position / Réduction : Les fragments de la fracture ramenés dans leur position normale peuvent, par la suite, se déplacer et nécessiter une remanipulation ou, dans la plupart des cas, une fixation interne par réduction chirurgicale.

Cal vicieux : Il s'agit de la consolidation d'une fracture en mauvaise position, laquelle peut résulter de la perte de position lors du processus de rétablissement (voir ci-dessus) ou d'un manque de réduction à l'origine de la fracture. Les cals vicieux peuvent se présenter comme suit : rétrécissement, rotation et angulation.

Retard et absence de consolidation : Toutes les fractures ne guérissent pas dans les délais habituels. Puisque la guérison est un processus biologique, bon nombre de facteurs peuvent y nuire. Le retard et l'absence de consolidation sont en fait des complications difficiles à traiter qui nécessitent souvent des interventions chirurgicales additionnelles, tel un greffon osseux, etc. Un retard de guérison peut survenir dans le cas de traumatismes multiples au niveau de plusieurs organes, de fractures de haute énergie avec beaucoup de dommages aux tissus mous ou de la présence de d'autres facteurs qui nuisent au processus de rétablissement normal. L'efficacité de la stimulation électrique et électromagnétique est discutable et par conséquent, ces deux processus sont peu utilisés au Canada. Il s'agit plutôt d'interventions désespérées à laquelle on a recours en cas d'épuisement de toutes les autres interventions. Un deuxième avis, si demande il y a, serait justifié dans un tel cas.

Nécrose avasculaire : Cette complication survient lorsque l'apport sanguin de l'os est interrompu et que l'os meurt. Elle peut survenir au moment de la fracture à la suite du déchirement d'un vaisseau sanguin ou encore, à la suite d'une intervention chirurgicale ayant endommagé l'apport sanguin de l'os. Certains os sont plus vulnérables à la nécrose avasculaire en raison de l'anatomie de leur apport sanguin (scaphoïde, semi-lunaire et hanche). Il s'agit d'une complication très grave qui mène inévitablement à l'arthrite.

Raideur : On s'inquiète toujours de la raideur articulaire, tout particulièrement lorsqu'il s'agit de fractures intra-articulaires ou de fractures nécessitant l'immobilisation d'un membre pendant une longue période. La « maladie du plâtre » qui survient lorsqu'on doit porter un plâtre pendant trop longtemps est une des causes de la raideur articulaire et doit être évitée dans la mesure du possible. **Le mouvement précoce de l'articulation est toujours à désirer.**

Arthrite : Les fractures intra-articulaires sont sujettes à l'arthrite. Même si l'articulation n'a pas été fracturée, l'arthrose peut survenir à la suite de dommages à la surface de l'articulation ou aux ligaments ou encore, dans le cas où l'articulation a dû être immobilisée (par exemple, un plâtre) pour une période prolongée. En règle générale, les fractures qui ne mettent pas en cause une articulation (par exemple, fractures de la diaphyse) et qui n'ont pas besoin d'être immobilisées pour de longues périodes sont moins sujettes à l'arthrite.

Déconditionnement : La guérison d'une fracture peut engendrer un déconditionnement marqué. La prévention d'un tel déconditionnement fait donc partie intégrante de la réadaptation d'un travailleur blessé. Les béquilles et les plâtres peuvent nuire à la biomécanique et entraîner des problèmes au niveau des genoux, du dos ou des épaules. En fait, il est plus facile de prévenir que de traiter de tels problèmes. N'oubliez pas, pour chaque journée passée au lit, le client perd 1 % de sa masse musculaire. Par conséquent, si le client passe dix jours au lit, il perd 15 % de sa capacité aérobie!

Syndromes de douleur : Les fractures avec lésions des tissus mous peuvent être associées au syndrome de douleur régionale complexe, à la dystrophie sympathique réflexe et au problème de douleur chronique. Ces conditions ne sont pas toujours bien comprises et par conséquent, on doit souvent faire appel à une équipe multidisciplinaire (clinique de la douleur). À l'occasion, des syndromes de douleur régionale complexe peuvent se développer à la suite d'une blessure mineure et exigent un traitement agressif précoce. Il est plus facile de prévenir les syndromes de douleur au moyen d'une réadaptation active précoce et de prévenir un comportement d'évitement de la douleur que de le traiter une fois ancré. Plus vite on traite la dystrophie sympathique réflexe, plus le pronostic s'améliore. En effet, le premier principe du traitement est une réadaptation fonctionnelle active quoique des interventions précises soient parfois nécessaires.

Questions psychosociales et questions non liées à l'accident : Des questions psychosociales et socio-économiques ainsi que des questions non résolues au niveau du lieu de travail et de la famille peuvent influencer en grande partie sur la reprise du travail. Ces facteurs sont en quelque sorte des « drapeaux jaunes »! D'autres facteurs tels une maladie intercurrente, une débilité générale, le diabète, une mauvaise nutrition, certains médicaments (par exemple, stéroïdes) et l'usage du tabac peuvent également nuire à la guérison osseuse.

QUELS SONT LES RÉSULTATS ESCOMPTÉS?

Habituellement, les fractures fermées guérissent dans une période de 6 à 8 semaines sans séquelles. Ainsi, les fractures plus complexes, de haute énergie ou avec complications prendront plus longtemps à guérir. On abordera donc, dans les sections à venir, les diverses fractures et décrira leurs « personnalités » individuelles, périodes de guérison et complications particulières.

Environ à mi-chemin de la durée d'invalidité prévue, le responsable de cas devrait vérifier l'état de convalescence du client avec le médecin traitant et lui demander si la Commission de la santé, de la sécurité et de l'indemnisation des accidents au travail (CSSIAT) peut lui venir en aide au niveau des traitements, de la réadaptation ou du milieu de travail. Le responsable de cas aura alors l'occasion de demander s'il y a des complications (voir ci-dessus) qui pourraient modifier la durée d'invalidité prévue de la fracture en question.

DOIT-ON ENVISAGER DES RESTRICTIONS OU DES MODIFICATIONS AU NIVEAU DU TRAVAIL?

Chaque fracture présente ses propres restrictions et limitations suivant le type de fracture, le traitement, les complications et les exigences de travail du client. On traitera des restrictions et limitations plus particulièrement au moment d'aborder chacune des fractures individuellement.

Question de sécurité : Il y a lieu de considérer l'effet des divers appareils sur la dextérité et mobilité du client. En fait, à la fois les appareils d'immobilisation (attelles, plâtres, etc.) et les appareils de réadaptation (béquilles et cannes) peuvent constituer une menace à la sécurité du travailleur et de ses collègues. Les analgésiques peuvent également nuire à la vigilance.

Adaptations : Il se peut que certains travailleurs, au moment de la reprise du travail, aient besoin de se reposer ou encore d'élever le membre blessé. Par conséquent, on devra peut-être prévoir un espace de repos muni d'un lit ou d'un lit pliant. L'accès à de la glace peut également être à conseiller. Un programme de reprise graduelle du travail peut se révéler un outil important pour la réintégration du travailleur blessé dans le lieu de travail.

Traitements auxiliaires : Les clients qui ont subi une fracture ont souvent besoin de traitements de physiothérapie ou d'ergothérapie. Par conséquent, il se peut que le client ait à s'absenter du travail pour suivre ses traitements de physiothérapie. Il se peut également que l'ergothérapeute ait à faire des évaluations du lieu de travail.

EN QUOI CONSISTE LE PROGRAMME DE RÉADAPTATION TYPE?

Chaque fracture a sa propre « personnalité », laquelle prescrit le programme de réadaptation type. Malheureusement, bon nombre de facteurs (complications, ressources communautaires et personnelles, motivation, etc.) peuvent modifier ces programmes. La physiothérapie est une partie intégrante du traitement des fractures. En règle générale, les ergothérapeutes s'occupent du traitement des blessures aux mains. Ils peuvent également procéder à l'évaluation de la capacité fonctionnelle et du lieu de travail.

Du point de vue réadaptation, plus vite le travailleur pourra reprendre le travail en toute sécurité, plus vite il pourra se rétablir. Les répercussions personnelles, familiales et sociétales du retrait d'un travailleur de son milieu de travail pour une période prolongée peuvent s'avérer profondes.

QUI SONT LES SPÉCIALISTES À CONSULTER AUX FINS DU TRAITEMENT, D'UN RENVOI OU D'UN EXAMEN INDÉPENDANT?

Cela peut varier considérablement selon la collectivité en question et la formation et les intérêts particuliers du spécialiste. En règle générale, on peut se guider sur ce qui suit :

Chirurgien orthopédiste : la plupart des fractures, sauf pour ce qui est des fractures compliquées de la main ou du visage.

Chirurgien plasticien ou orthopédiste spécialiste de la main : fractures compliquées de la main.

Chirurgien plasticien ou chirurgien-dentiste : fractures du visage.

QUELS FACTEURS PEUVENT AVOIR UNE INCIDENCE SUR LA DURÉE D'INVALIDITÉ?

Bon nombre de facteurs peuvent avoir un effet sur la durée d'invalidité dont les suivants :

- Type, emplacement et gravité (par exemple, personnalité) de la fracture
- Lésions associées (traumatismes multiples)
- Type de gestion
- Complications
- Exigences du lieu de travail
- Questions liées au travail telle la disponibilité d'un programme de reprise graduelle du travail, etc.
- Questions psychosociales (par exemple, drapeaux jaunes) qui peuvent survenir à la suite d'une invalidité prolongée

QUELLE EST LA DURÉE D'INVALIDITÉ PRÉVUE?

Les durées d'invalidité sont des temps de guérison moyens suite auxquels le travailleur est en mesure de répondre aux exigences du lieu de travail suivant des classifications précises; elles varient selon la fracture. En fait, il s'agit de moyennes qui s'appliquent aux fractures fermées et qui ne tiennent pas compte du type de traitement, de l'âge du client, de la gravité de la blessure, des lésions associées ou des questions liées au travail, etc.

Aux fins du présent document, ces moyennes sont dérivées d'un grand nombre de sources, y compris l'expérience de la CSSIAT du Nouveau-Brunswick.

Les classifications des postes, soit sédentaire, léger, moyen, lourd et très lourd, sont nécessaires plutôt arbitrairement et doivent être interprétées à la lumière des exigences particulières du travail du client. Dans certains cas, une évaluation du lieu de travail peut s'avérer nécessaire dans le but de mieux comprendre la situation au regard du travail.

Les cinq classifications de postes qui figurent ci-dessous sont celles du *Dictionary of Occupational Titles* du ministère du Travail américain. Elles correspondent plus ou moins à ce qui suit :

Travail sédentaire : Le travailleur exerce une force pouvant atteindre 10 livres à l'occasion ou encore une force minimale de façon fréquente pour déplacer des objets.

Travail léger : Le travailleur exerce une force pouvant atteindre 20 livres à l'occasion ou encore une force pouvant atteindre 10 livres de façon fréquente pour déplacer des objets.

Travail moyen : Le travailleur exerce une force pouvant atteindre 50 livres à l'occasion ou encore une force pouvant atteindre 20 livres de façon fréquente pour déplacer des objets.

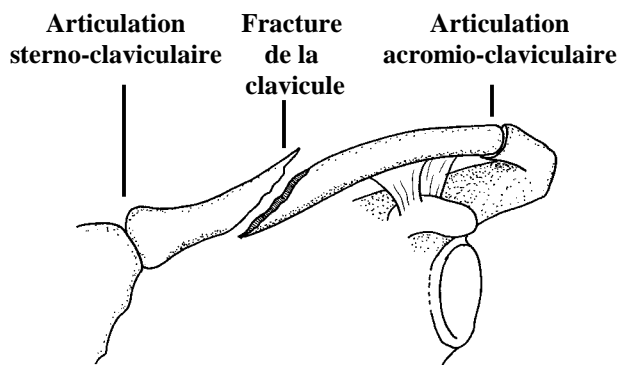
Travail lourd : Le travailleur exerce une force pouvant atteindre 100 livres à l'occasion ou encore une force pouvant atteindre 50 livres de façon fréquente pour déplacer des objets.

Travail très lourd : Le travailleur exerce une force pouvant atteindre 100 livres à l'occasion ou une force pouvant atteindre 50 livres de façon fréquente ou encore une force dépassant 20 livres de façon constante pour déplacer des objets.

[Retour à la Table des matières](#)

2. FRACTURES DE LA CLAVICULE

COMMUNÉMENT APPELÉES : Clavicule cassée



EN QUOI CONSISTE LA FRACTURE DE LA CLAVICULE?

La clavicule fait partie de la liaison mécanique qui rattache la ceinture scapulaire à la poitrine. Il s'agit d'un os en forme de « s » qui s'étend du sternum à l'acromion de l'épaule. La plupart du temps, les fractures résultent d'un coup direct tel qu'une chute sur l'épaule ou sur une main tendue ou encore, de la chute d'un objet directement sur l'épaule. L'emplacement habituel de la fracture est le milieu du premier tiers de l'os, siège d'une concentration des tensions. Les fractures de la clavicule représentent 5 % de toutes les fractures du corps.

Étant donné que la clavicule sert de liaison mécanique entre l'épaule et la poitrine, les fractures de la clavicule atteignent d'habitude toute la fonction de l'épaule lors de la période de guérison.

EN QUOI CONSISTE SA PERSONNALITÉ?

D'habitude, les fractures de la clavicule sont des lésions bénignes qui ne laissent aucune séquelle. À l'occasion, elles peuvent prendre du temps à guérir. Si les clients doivent porter une écharpe pour une longue période, il se peut qu'ils soient victimes d'une raideur prononcée de l'articulation (épaule gelée). À moins de complications ou de lésions nerveuses, cette fracture ne pose aucun problème du point de vue de la réadaptation.

COMMENT EN FAIT-ON LE DIAGNOSTIC?

Antécédents : En règle générale, le client a subi un coup direct ou une chute sur l'épaule. Le client se plaint de douleur et d'enflure dans la région de la fracture et a de la difficulté à se servir de son épaule. Dans le cas de lésions nerveuses (inhabituel), le client pourrait se plaindre d'engourdissement, de faiblesse et d'anesthésie au niveau du bras. Dans le cas de traumatismes multiples de haute énergie, il se peut que la clavicule perfore le poumon (pneumothorax), ce qui peut entraîner de la difficulté à respirer.

Examen physique : On remarque une sensibilité au toucher, des contusions et de l'enflure au niveau de la fracture. Le client a également tendance à protéger l'épaule contre tout mouvement.

Tests : Des radiographies de routine de la clavicule établiront habituellement le diagnostic. Des explorations accessoires, telles qu'une imagerie par résonance magnétique, une tomodensitométrie, etc., sont rarement nécessaires. Dans le cas d'un traumatisme grave, il y a lieu de faire une radiographie du thorax afin d'éliminer la possibilité d'une perforation pulmonaire (pneumothorax). Dans le cas d'une lésion vasculo-nerveuse, qui ne survient que très rarement, il y aurait peut-être lieu de faire une angiographie ou électromyographie.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Foulures des articulations acromio-claviculaire et sterno-claviculaire : Des foulures des articulations aux deux extrémités de la clavicule peuvent présenter de la douleur et de l'enflure et, au moment de l'examen physique, peuvent être prises pour une fracture de la clavicule.

Luxation de l'articulation acromio-claviculaire : Une luxation de l'articulation acromio-claviculaire est une perte complète de contact entre les deux surfaces articulaires, soit à l'extrémité extérieure de la clavicule. Il s'agit du diagnostic que l'on confond le plus souvent avec la fracture de la clavicule. En effet, les deux blessures présentent une bosse le long de la clavicule ainsi qu'un creux au niveau de la ceinture thoracique. Des radiographies de la clavicule en position forcée établiront le diagnostic d'une luxation de l'articulation acromio-claviculaire.

Luxation de l'articulation sterno-claviculaire : Une luxation articulaire à la base de la clavicule est plutôt rare et nécessite des traitements particuliers suivant le type de luxation. Les constatations cliniques et les radiographies établiront facilement un tel diagnostic.

EN QUOI CONSISTE LE TRAITEMENT?

De telles fractures ne nécessitent qu'une écharpe ou qu'un bandage en « 8 » pour une période d'environ 3 à 4 semaines, suivant les malaises ressentis. Pour ce qui est de la phase inflammatoire aiguë, le recours aux enveloppements de glace, au repos et aux analgésiques est indiqué. Si l'épaule est gardée immobilisée fermement dans une écharpe pendant trop longtemps (2 à 3 semaines), il peut en résulter une raideur prononcée de l'articulation (épaule gelée), ce qui peut prendre du temps à se régler. Par conséquent, il y a lieu d'encourager les exercices de mouvements pendulaires dès que le client se sent en mesure de les faire (après 5 à 7 jours) afin de prévenir toute raideur de l'articulation de l'épaule.

Même si les fragments de fracture sont nombreux (fracture comminutive) ou largement espacés (fracture déplacée), la plupart de ces fractures guérissent dans une période de 6 à 8 semaines sans aucun problème résiduel.

Le recours à la chirurgie est rarement indiqué sauf dans le cas d'une fracture exposée et d'une fracture non consolidée ou encore, si l'on pense qu'un fragment d'os pourrait percer la peau. À l'occasion, le recours à la chirurgie est indiqué dans le cas d'une fracture de l'articulation acromio-claviculaire.

COMPLICATIONS

Bien vouloir se reporter aux pages 3 à 5 pour une liste des complications générales.

Les complications graves sont très rares. La présence d'une « bosse » au foyer de la fracture est très courante et en règle générale, cette bosse diminue sur une période de quelques années au fur et à mesure que l'os en voie de consolidation se stabilise.

Les blessures de très haute énergie avec plusieurs traumatismes ou encore, avec des lésions exposées, vasculo-nerveuses ou à la poitrine peuvent être associées à des complications à long terme. Toutefois, la fracture même guérit généralement sans incident, sans délai et sans manque de consolidation.

L'arthrose post-traumatique est très rare dans le présent cas puisque l'articulation n'est généralement pas le foyer de la fracture. Par contre, les fractures qui surviennent au niveau de l'extrémité distale de la clavicule peuvent mener à une arthrose post-traumatique, et ce, au niveau de l'articulation acromio-claviculaire.

Une raideur passagère de l'épaule peut survenir si cette dernière est gardée immobilisée dans une écharpe pendant trop longtemps.

QUELS SONT LES RÉSULTATS ESCOMPTÉS?

Ces fractures guérissent d'une manière prévisible dans une période de 4 à 6 semaines et ne laissent aucune séquelle, à condition qu'aucune des complications énumérées ci-dessus ne survienne.

DOIT-ON ENVISAGER DES RESTRICTIONS OU DES MODIFICATIONS AU NIVEAU DU TRAVAIL?

La principale restriction imposée résulte des malaises ressentis et de l'incapacité d'utiliser l'épaule pour soulever des objets, etc., pendant la période de guérison. Dans le cas des fractures non dominantes, il serait possible de reprendre des activités uniquement sédentaires dans les 5 ou 7 jours qui suivent à condition que le client se sente en mesure de le faire. En règle générale, la consolidation de l'os est suffisamment solide après une période de deux mois pour permettre le soulèvement d'objets sans aucune restriction.

Dans le cas où le milieu de travail pourrait poser des problèmes, il convient de faire appel à un ergothérapeute afin que celui-ci rende visite au lieu de travail.

EN QUOI CONSISTE LE PROGRAMME DE RÉADAPTATION TYPE?

Le point d'appui en matière de réadaptation dans le présent cas est d'encourager les activités que le client peut bien tolérer pendant la période de guérison, et ce, dans le but de maintenir une bonne forme physique et de prévenir toute raideur de l'épaule. La clé de la réadaptation, par suite d'une telle blessure, est d'être aussi actif que possible dans la mesure du confort.

Après une période d'environ 3 à 4 semaines, des traitements de physiothérapie axés sur l'amplitude des mouvements, le renforcement et la réadaptation de l'épaule peuvent s'avérer nécessaires. À part cela, aucune autre stratégie de réadaptation n'est habituellement requise.

Dans le cas d'une épaule gelée, des traitements de physiothérapie additionnels et l'injection de la bourse séreuse sous-acromiale par le médecin de famille peuvent s'avérer nécessaires.

Les clients aux prises avec des complications, plusieurs traumatismes ou encore, avec des blessures vasculo-nerveuses peuvent avoir besoin d'une réadaptation axée sur la lésion.

QUI SONT LES SPÉCIALISTES À CONSULTER AUX FINS DU TRAITEMENT, D'UN RENVOI OU D'UN EXAMEN INDÉPENDANT?

Un chirurgien orthopédiste. Dans le cas de lésions nerveuses, il convient de consulter un neurologue et un chirurgien plasticien.

QUELS FACTEURS PEUVENT AVOIR UNE INCIDENCE SUR LA DURÉE D'INVALIDITÉ?

Traumatismes multiples, lésions vasculo-nerveuses, épaule gelée, arthrose post-traumatique, retard de consolidation ou non-consolidation, dominance d'une main et exigences de travail

QUELLE EST LA DURÉE D'INVALIDITÉ PRÉVUE?

Clavicule (diaphyse)

Classification des postes	Reprise du travail prévue Minimum / maximum
Travail sédentaire	0 jour à 4 semaines
Travail léger	1 à 4 semaines
Travail moyen	4 à 6 semaines
Travail lourd	6 à 8 semaines
Travail très lourd	6 à 8 semaines

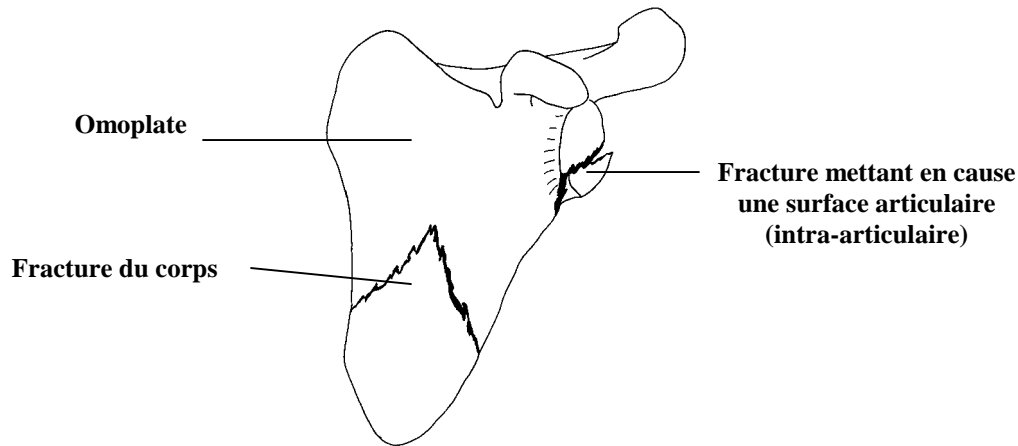
Clavicule (intra-articulaire) selon le rapport médical

[Retour à la Table des matières](#)

[Aller à Fractures : Vue d'ensemble](#)

3. FRACTURES DE L'OMOPLATE

COMMUNÉMENT APPELÉES : Omoplate cassée



EN QUOI CONSISTE LA FRACTURE DE L'OMOPLATE?

L'omoplate est en quelque sorte une surface plane de glissement entre les côtes et la ceinture thoracique. L'omoplate et ses muscles associés stabilisent l'épaule dans des positions de fonction. Les fractures de l'omoplate sont plutôt rares, mais on les trouve le plus souvent chez les personnes de 40 à 60 ans. Puisque l'omoplate est pourvue de plusieurs muscles et qu'elle est assez mobile, les fractures de l'omoplate résultent généralement d'un coup direct de haute énergie.

EN QUOI CONSISTE SA PERSONNALITÉ?

D'habitude, les fractures de l'omoplate sont des lésions bénignes qui ne laissent aucune séquelle. Toutefois, puisqu'elles résultent d'un coup direct de haute énergie, le médecin traitant doit éliminer la possibilité de blessures associées (fractures pluricostales, pneumothorax, lésions au niveau du médiastin, fractures vertébrales, fractures au niveau des extrémités).

En règle générale, le recours à la chirurgie est indiqué dans le cas où la fracture met en cause l'articulation de l'épaule (fracture intra-articulaire).

COMMENT EN FAIT-ON LE DIAGNOSTIC?

Antécédents : Le client fait part d'un coup direct de haute énergie sur la partie postérieure de l'épaule et a tendance à garder son bras contre son côté afin de le protéger contre tout mouvement. Il se plaint de douleur à l'arrière de l'épaule.

Examen physique : Le client est peu disposé à bouger l'épaule et fait montre d'une pseudo-paralysie de la coiffe des rotateurs (incapacité d'activer les muscles périarticulaires de l'épaule en raison des contusions). On remarque également une sensibilité au toucher, des contusions et de l'enflure au niveau de la fracture.

Tests : En raison de la forme de l'omoplate et du fait qu'elle est superposée à d'autres structures, les fractures de l'omoplate peuvent être difficiles à voir sur les radiographies de routine de l'épaule et du thorax. Il faut souvent avoir recours à différentes incidences, dites incidences traumatiques, lors des radiographies afin d'avoir une bonne appréciation de l'anatomie de ces fractures. Une tomодensitométrie peut également se révéler utile dans le cas où l'on considère la possibilité d'une intervention chirurgicale. L'imagerie par résonance magnétique est rarement nécessaire.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Contusions au niveau des tissus mous, rupture de la coiffe des rotateurs, lésions au plexus brachial ou fracture de la partie proximale de l'humérus

EN QUOI CONSISTE LE TRAITEMENT?

La plus grande partie de ces fractures guérissent sans laisser aucune séquelle. L'objectif primaire en matière de traitement est le confort du client. Par conséquent, il convient de faire appel aux enveloppements de glace, aux analgésiques et au repos pendant les premières 24 à 48 heures suivis de thermothérapie et de la mobilisation graduelle de l'épaule (en commençant par des exercices de mouvements pendulaires) afin de prévenir toute raideur de l'épaule. Il se peut que le client ait à porter le bras en écharpe pour une période de 7 à 14 jours et à ne l'enlever qu'au moment de faire ses exercices de mouvements pendulaires. En règle générale, une telle fracture guérit pendant une période de 6 à 8 semaines sans aucun incident.

Un déplacement des fragments dans une large mesure est compatible avec de bons résultats fonctionnels et par conséquent, est acceptable dans le présent cas.

Le recours à la chirurgie peut s'avérer nécessaire dans le cas d'une fracture intra-articulaire (cavité glénoïde).

COMPLICATIONS

Bien vouloir se reporter aux pages 3 à 5 pour une liste des complications générales.

Les complications sont rares; toutefois, on a signalé des lésions au niveau des artères et du plexus brachial. Il est rare qu'une fracture guérisse avec une protubérance osseuse (cal vicieux) qui pourrait irriter la cage thoracique. Dans un tel cas, il se peut que l'on ait à faire une excision chirurgicale de la protubérance osseuse.

QUELS SONT LES RÉSULTATS ESCOMPTÉS?

Une consolidation sans incident et une reprise d'une pleine capacité fonctionnelle sur une période d'un à deux mois (pleine période de guérison).

DOIT-ON ENVISAGER DES RESTRICTIONS OU DES MODIFICATIONS AU NIVEAU DU TRAVAIL?

Les restrictions imposées résultent principalement des malaises ressentis pendant la période de guérison et de la faiblesse et raideur passagères de l'épaule par suite de l'immobilisation et du déconditionnement.

Le client peut entreprendre des tâches légères sédentaires avec l'autre membre aussitôt qu'il se sente en mesure de le faire. Toutefois, il convient d'éviter le soulèvement d'objets lourds jusqu'à ce que la fracture soit complètement consolidée (après une période de 8 à 10 semaines).

Dans le cas où le milieu de travail pourrait poser des problèmes, il y a lieu de faire appel à un ergothérapeute afin que celui-ci rende visite au lieu de travail.

EN QUOI CONSISTE LE PROGRAMME DE RÉADAPATATION TYPE?

Il se peut que des traitements de physiothérapie soient indiqués dans le cas de raideur de l'épaule et dans le but de renforcer l'épaule.

Dans le cas où le milieu de travail pourrait poser des problèmes, il y a lieu de faire appel à un ergothérapeute afin que celui-ci rende visite au lieu de travail.

QUI SONT LES SPÉCIALISTES À CONSULTER AUX FINS DU TRAITEMENT, D'UN RENVOI OU D'UN EXAMEN INDÉPENDANT?

Un chirurgien orthopédiste

QUELS FACTEURS PEUVENT AVOIR UNE INCIDENCE SUR LA DURÉE D'INVALIDITÉ?

Traumatismes multiples, lésions vasculo-nerveuses, raideur, déconditionnement, dominance d'une main et exigences de travail

QUELLE EST LA DURÉE D'INVALIDITÉ PRÉVUE?

Classification des postes	Reprise du travail prévue Minimum / maximum
Travail sédentaire	0 à 4 semaines
Travail léger	1 à 4 semaines
Travail moyen	2 à 6 semaines
Travail lourd	4 à 8 semaines
Travail très lourd	4 à 10 semaines

[*Retour à la Table des matières*](#)

[Aller à Fractures : Vue d'ensemble](#)

4. FRACTURES DE LA PARTIE PROXIMALE DE L'HUMÉRUS

COMMUNÉMENT APPELÉES : Épaule cassée

Fractures de la partie proximale de l'humérus suivant la gravité



**Fracture engrenée
du cou (stable)**



**Fracture comminutive
à 3 segments**



**Fracture-luxation
comminutive**

EN QUOI CONSISTE UNE FRACTURE DE LA PARTIE PROXIMALE DE L'HUMÉRUS?

Les fractures de la partie supérieure de l'humérus sont courantes et représentent environ 5 % de toutes les fractures. D'habitude, on voit de telles fractures chez les personnes âgées ostéoporotiques suite à une chute sur un bras tendu. Ces fractures de faible énergie guérissent sans trop de problèmes au-delà d'une raideur passagère.

Malheureusement, on retrouve les fractures de la partie proximale de l'humérus les plus graves chez les travailleurs. Il s'agit de blessures de haute énergie et les fragments sont nombreux (fractures multiples). Par conséquent, elles peuvent s'avérer très invalidantes.

La classification la plus utilisée en matière de fractures de la partie proximale de l'humérus est la classification de quatre segments mise au point par les docteurs Neer et Rockwood. Cette classification répartit les fractures en groupes suivant le nombre de fragments (1 à 4), la quantité de déplacement en cause et la présence de luxation. Le pronostic s'empire suivant la gravité de la fracture (nombre de fragments, déplacement, luxation en cause).

EN QUOI CONSISTE SA PERSONNALITÉ?

Jeunes par opposition aux personnes âgées : En règle générale, les fractures engrenées de faible énergie chez les personnes âgées ne posent aucun problème. Toutefois, lorsqu'on retrouve de telles fractures chez les jeunes, elles résultent habituellement d'un traumatisme de haute énergie. Elles présentent de nombreux fragments osseux et nécessitent une intervention chirurgicale. Des fractures de l'épaule graves peuvent entraîner une raideur, une faiblesse et une invalidité à long terme!

COMMENT EN FAIT-ON LE DIAGNOSTIC?

Antécédents : En règle générale, le client fait part d'une chute sur un bras tendu ou encore d'un coup direct sur l'épaule. D'habitude, le client se plaint d'une douleur intense à l'épaule et est réticent à bouger le bras. L'enflure peut être difficile à voir en raison des muscles sus-jacents.

Examen physique : Le client a tendance à garder son bras contre son côté et sa ceinture thoracique abaissée et est réticent à bouger l'épaule en raison de la douleur ressentie. D'habitude, les contusions n'apparaissent que plusieurs jours après et le plus souvent au niveau du coude! Dans le cas d'une lésion neurologique (fractures graves), le client peut démontrer une déficience sensorielle et motrice au niveau des extrémités.

Tests : Des radiographies de routine de l'épaule (y compris les incidences traumatiques) suffiront à établir le diagnostic ainsi que les traitements à donner. Dans le cas de fractures complexes et graves à trois ou quatre fragments, on doit souvent avoir recours à la tomographie, à la tomodensitométrie et à l'imagerie par résonance magnétique afin de déterminer l'ampleur des blessures et de planifier les traitements.

Dans le cas d'une lésion vasculo-nerveuse, il se peut qu'une angiographie ou électromyographie soit indiquée.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Comprend une simple contusion aux tissus mous, une lésion à la coiffe des rotateurs, une séparation de l'articulation acromio-claviculaire ou des fractures de la clavicule ou du sternum.

EN QUOI CONSISTE LE TRAITEMENT?

Le traitement dépend du type et de la gravité de la fracture.

Dans le cas des fractures engrenées stables sans déplacement (80 %), le client n'a qu'à porter le bras en écharpe pendant la période de guérison (5 à 8 semaines), laquelle peut être enlevée afin de faire des exercices graduels de mouvements pendulaires aussitôt que le client se sent en mesure de le faire (d'habitude, après 5 à 7 jours). De tels exercices sont recommandés dans le but de prévenir la raideur du membre, soit la complication la plus commune après une telle fracture. Puisqu'il s'agit d'une fracture d'un os spongieux, cette dernière guérit bien de manière prévisible.

Chez les jeunes, il se peut qu'une chirurgie s'impose si plusieurs fragments sont déplacés ou encore, s'il y a luxation. On opérera alors pour une fixation interne par réduction chirurgicale ou encore, pour le remplacement de l'os par une prothèse.

COMPLICATIONS

Bien vouloir se reporter aux pages 3 à 5 pour une liste des complications générales.

Plus de 80 % de ces fractures guérissent sans complications. La complication la plus commune est une raideur articulaire passagère que l'on traite à l'aide de traitements de physiothérapie et que l'on prévient à l'aide d'exercices modérés ayant pour but d'accroître l'amplitude des mouvements.

Pour ce qui est des fractures comminutives à plusieurs fragments, avec ou sans luxation, on remarque une forte incidence de complications telles que les lésions vasculo-nerveuses, la nécrose avasculaire (insuffisance de l'apport sanguin), les cals vicieux, la non-consolidation, de la raideur chronique et de la faiblesse. Heureusement, de telles fractures sont rares.

QUELS SONT LES RÉSULTATS ESCOMPTÉS?

Un total de 80 % de ces fractures guérissent sans laisser aucune séquelle. Quant aux fractures de haute énergie à plusieurs fragments et avec luxation, les résultats peuvent varier suivant l'ampleur des dommages aux tissus mous, la capacité du chirurgien à restaurer l'anatomie pré-opératoire et la présence de complications telles la nécrose avasculaire, la non-consolidation, l'arthrite et la raideur de l'épaule par suite d'adhérences.

DOIT-ON ENVISAGER DES RESTRICTIONS OU DES MODIFICATIONS AU NIVEAU DU TRAVAIL?

S'il s'agit d'une fracture engrenée fermée qui est stable et mineure, le client peut reprendre des travaux à une main dans un délai d'une à deux semaines. S'il doit prendre des analgésiques, ceux-ci peuvent nuire à ses capacités mentales.

Le client doit éviter de soulever des objets jusqu'à ce que la période de guérison soit assez avancée (d'habitude, après 8 à 10 semaines). Il se peut que l'amplitude des mouvements, la force et le glissement normal de l'épaule prennent quelques mois à revenir à la normale.

Dans le cas des fractures graves à quatre fragments ou encore, des fractures associées à des lésions vasculo-nerveuses, on remarque une forte incidence de restrictions permanentes. De plus, il arrive souvent que certains clients ne soient pas en mesure de reprendre un travail manuel.

Dans le cas où le milieu de travail pourrait poser des problèmes, il y a lieu de faire appel à un ergothérapeute afin que celui-ci rende visite au lieu de travail.

EN QUOI CONSISTE LE PROGRAMME DE RÉADAPTATION TYPE?

Pour ce qui est des fractures engrenées stables, il se peut que des traitements de physiothérapie s'imposent pour une courte période (2 à 4 semaines) afin de renforcer l'épaule et d'augmenter l'amplitude des mouvements.

Dans le cas des fractures qui nécessitent une réduction chirurgicale (moins de 10 %), on doit généralement opter pour une immobilisation à l'aide d'une écharpe et d'un bandage croisé pour une période de 2 à 3 semaines, soit jusqu'à ce que le processus de guérison soit entamé, avant de commencer un programme d'exercices. En règle générale, on devra prévoir une longue série de traitements de physiothérapie dans le présent cas, lesquels traitements auront pour but de restaurer l'amplitude des mouvements, la force et la mécanique de glissement normale. La période de guérison pourrait donc se prolonger sur une période de 6 à 8 mois.

Si on doit opter pour une prothèse (moins de 3 % des cas), il y a lieu de commencer des exercices passifs dès que possible (souvent quelques jours après l'intervention chirurgicale). Dans la plupart des cas, les progrès en matière de réadaptation sont lents. La pose d'une prothèse entraîne une déficience permanente assez importante en raison de la raideur et de la difficulté à entreprendre des activités au-dessus de la tête.

La plupart des clients devront suivre des traitements de physiothérapie, soit à des fins de directives ou d'un programme de réadaptation dirigé.

Si des complications, telles qu'une lésion au plexus brachial, une non-consolidation, un cal vicieux et une nécrose avasculaire, apparaissent, il se peut que la réadaptation se prolonge sur une période de plusieurs années.

QUI SONT LES SPÉCIALISTES À CONSULTER AUX FINS DU TRAITEMENT, D'UN RENVOI OU D'UN EXAMEN INDÉPENDANT?

Fracture sans complications : un chirurgien orthopédiste

Fracture avec complications : un chirurgien vasculaire, un neurochirurgien, un neurologue ou un physiatre

QUELS FACTEURS PEUVENT AVOIR UNE INCIDENCE SUR LA DURÉE D'INVALIDITÉ?

Les principaux facteurs médicaux dans le présent cas sont liés au type de fracture et à la présence de complications. Un retard de consolidation et une raideur sont les causes les plus communes d'une prolongation de la période d'invalidité. Le travail peut également se révéler un facteur à considérer.

QUELLE EST LA DURÉE D'INVALIDITÉ PRÉVUE?

Partie proximale de l'humérus (fracture engrenée stable)

Classification des postes	Reprise du travail prévue Minimum / maximum
Travail sédentaire	3 à 6 semaines
Travail léger	3 à 6 semaines
Travail moyen	3 à 8 semaines
Travail lourd	8 à 12 semaines
Travail très lourd	8 à 12 semaines

Partie proximale de l'humérus (fracture plus complexe, par exemple, à plusieurs fragments ou avec luxation)

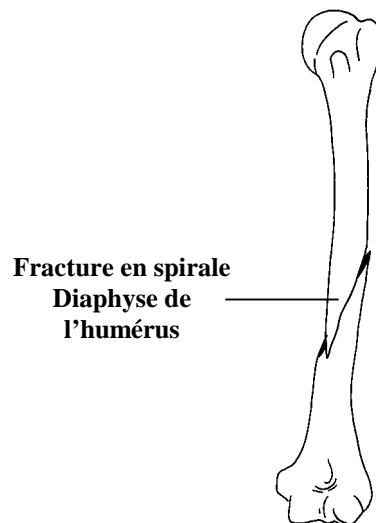
selon le rapport médical

[Retour à la Table des matières](#)

[Aller à Fractures : Vue d'ensemble](#)

5. FRACTURES DE LA DIAPHYSE DE L'HUMÉRUS

COMMUNÉMENT APPELÉES : Bras cassé



EN QUOI CONSISTE UNE FRACTURE DE LA DIAPHYSE DE L'HUMÉRUS?

L'humérus est le plus gros os du membre supérieur qui relie l'épaule au coude. La plupart du temps, les fractures de la diaphyse de l'humérus sont engendrées par un mouvement de torsion (fractures en spirale) ou par un coup direct au bras (fractures transversale, comminutive et en aile de papillon).

EN QUOI CONSISTE SA PERSONNALITÉ?

Cette fracture a une belle personnalité! En effet, il s'agit d'une fracture d'un os long qui n'atteint aucune articulation. Par conséquent, elle guérit généralement bien sans aucune séquelle et ne devient pas le foyer d'arthrite. Une fois la fracture de la diaphyse de l'humérus guérie, l'os en question sera aussi fort qu'auparavant.

La seule attrape dans le présent cas est la fracture de la partie moyenne de la diaphyse, laquelle peut être associée à une lésion au nerf radial! Toutefois, de telles lésions guérissent bien.

COMMENT EN FAIT-ON LE DIAGNOSTIC?

Antécédents : Le client présente de la douleur et possiblement une difformité vers le milieu du bras par suite d'un traumatisme.

Examen physique : On pourra peut-être remarquer une sensibilité au toucher, des contusions et du mouvement au niveau de la fracture. Le client tient également son bras contre son côté afin de prévenir tout mouvement. Dans le cas d'une lésion du nerf (le plus souvent le nerf radial), il se peut qu'il y ait une perte sensorielle ou motrice, et ce, dans la partie distale.

Tests : Des radiographies de routine suffiront à diagnostiquer ces fractures. D'habitude, on n'a pas à faire d'autres investigations à moins qu'il y ait des lésions vasculo-nerveuses. Si tel est le cas, une angiographie ou électromyographie serait alors indiquée.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Lésions ou contusions aux tissus mous, rupture du tendon du biceps

EN QUOI CONSISTE LE TRAITEMENT?

Le traitement d'une fracture de la diaphyse de l'humérus consiste en un dispositif d'immobilisation (plâtre, attelle du genre pince à sucre, appareil orthopédique) ou en une intervention chirurgicale ayant pour but de stabiliser la fracture à l'aide d'une plaque de compression ou d'un clou centromédullaire. Le chirurgien prend une telle décision selon ses préférences. En ce qui concerne les jeunes personnes actives, on a plutôt tendance à traiter une fracture de la diaphyse d'un os long avec luxation à l'aide d'une stabilisation chirurgicale puisque celle-ci permet une mobilisation et réadaptation plus rapides.

COMPLICATIONS

Bien vouloir se reporter aux pages 3 à 5 pour une liste des complications générales.

La complication potentiellement grave la plus commune associée à la fracture de la partie moyenne de la diaphyse de l'humérus est la lésion du nerf radial. Il s'agit habituellement d'une blessure par contusion ou par traction, laquelle guérit sans traitement particulier sur une période de 6 à 8 semaines.

Dans le cas des fractures exposées (celles dont le foyer communique avec l'extérieur), on doit habituellement procéder à un débridement chirurgical, tout particulièrement dans le cas d'une atteinte nerveuse.

Pour ce qui est des fractures traitées sans chirurgie, les complications les plus communes sont une raideur passagère de l'épaule et un retard ou une absence de consolidation. Dans le cas d'une absence de consolidation, on doit alors avoir recours à la chirurgie et à un greffon osseux.

Puisque cette fracture ne met pas en cause une surface articulaire, il y a très peu de risque d'arthrose.

Un cal vicieux dans le présent cas est plutôt rare. Puisqu'il ne s'agit pas d'un os mis en charge et que l'articulation de l'épaule peut s'adapter à un cal rotatoire, la seule complication considérable dans le présent cas est une difformité d'angulation, laquelle est principalement cosmétique. Les cals rotatoires ou raccourcissements mineurs sont bien acceptés.

QUELS SONT LES RÉSULTATS ESCOMPTÉS?

La plupart des fractures de la diaphyse de l'humérus guérissent bien sans laisser aucune séquelle. Les lésions du nerf radial qui ne guérissent pas posent un problème et peuvent nécessiter de la chirurgie plastique d'envergure.

DOIT-ON ENVISAGER DES RESTRICTIONS OU DES MODIFICATIONS AU NIVEAU DU TRAVAIL?

De telles restrictions dépendent largement du type de traitement entrepris. Si le bras du client a été immobilisé à l'aide d'un plâtre ou autre dispositif d'immobilisation, le client ne pourra pas s'en servir pour une période d'environ 6 à 12 semaines (jusqu'à ce que la fracture soit consolidée). Si on a eu recours à une intervention chirurgicale et fixation interne, le client pourra alors se servir de son bras pour entreprendre de petites tâches (par exemple, écrire, faire du travail de bureau, etc.) dans les 3 ou 4 semaines qui suivront l'intervention chirurgicale.

S'il s'agit d'une fracture du bras non dominant et s'il n'y a aucune complication, le client pourra alors entreprendre des activités sédentaires avec son autre bras dans les 7 à 14 jours qui suivront la blessure.

Dans le cas où le milieu de travail pourrait poser des problèmes, il y a lieu de faire appel à un ergothérapeute afin que celui-ci rende visite au lieu de travail.

EN QUOI CONSISTE LE PROGRAMME DE RÉADAPTATION TYPE?

Afin d'éviter toute raideur, il y a lieu de commencer des exercices de mouvements pendulaires aussitôt que possible. Si le bras du client est immobilisé à l'aide d'un plâtre ou d'un autre dispositif d'immobilisation, il se peut que l'on ne puisse entreprendre des traitements de physiothérapie qu'après l'enlèvement du dispositif d'immobilisation. Il conviendra alors d'entamer les exercices de mouvements pendulaires aussitôt que possible.

Dans le cas d'une stabilisation chirurgicale, le client peut habituellement entamer un programme d'exercices ayant pour but d'augmenter l'amplitude des mouvements de l'épaule, du coude et de l'avant-bras dans les 7 à 14 jours qui suivent la chirurgie à condition de pouvoir bien tolérer de tels exercices. Le client ne doit soulever des objets ou entreprendre des activités faisant appel à la rotation des bras que dans le cas où de telles activités sont protégées, et ce, jusqu'à la consolidation des os, laquelle peut prendre de 2 à 3 mois.

Dans le cas d'une complication, telle une lésion du nerf radial, il se peut que le client ait à entreprendre un programme de réadaptation axé sur de telles lésions.

QUI SONT LES SPÉCIALISTES À CONSULTER AUX FINS DU TRAITEMENT, D'UN RENVOI OU D'UN EXAMEN INDÉPENDANT?

Un chirurgien orthopédiste, un neurologue ou un chirurgien plasticien dans le cas d'une lésion nerveuse

QUELS FACTEURS PEUVENT AVOIR UNE INCIDENCE SUR LA DURÉE D'INVALIDITÉ?

Traumatismes multiples, lésions vasculo-nerveuses, raideur, déconditionnement, dominance d'une main et exigences de travail

QUELLE EST LA DURÉE D'INVALIDITÉ PRÉVUE?

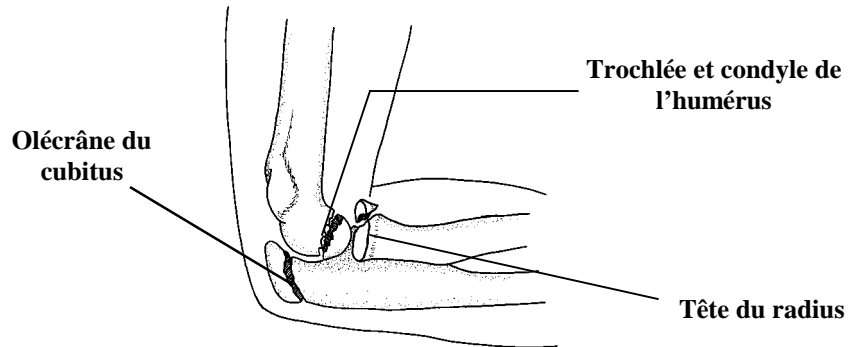
Classification des postes	Reprise du travail prévue Minimum / maximum
Travail sédentaire	3 à 6 semaines
Travail léger	3 à 6 semaines
Travail moyen	3 à 8 semaines
Travail lourd	8 à 12 semaines
Travail très lourd	8 à 12 semaines

[Retour à la Table des matières](#)

[Aller à Fractures : Vue d'ensemble](#)

6. FRACTURES DU COUDE

COMMUNÉMENT APPELÉES : Fractures du coude, de la tête radiale, de l'olécrâne, de la trochlée ou du condyle



EN QUOI CONSISTE LA FRACTURE DU COUDE?

L'articulation du coude est située entre l'os du bras (humérus) et les deux os de l'avant-bras (radius et cubitus). Les fractures du coude peuvent mettre en cause la partie distale de l'humérus (condyle, trochlée), la tête ou le col du radius ou l'olécrâne du cubitus. Les mouvements de cette articulation sont très complexes et comprennent à la fois la flexion-extension et la rotation de l'avant-bras. À ce titre, les fractures de l'articulation du coude doivent habituellement faire l'objet d'une chirurgie complexe. L'exception à la règle dans le présent cas est la fracture légèrement déplacée de la tête du radius. Dans un tel cas, le client n'a qu'à porter le bras en écharpe pendant une courte période (4 à 5 jours) suivie d'une mobilisation progressive, selon la tolérance du client et l'enflure. Les coudes ne peuvent tolérer des périodes d'immobilisation prolongées.

EN QUOI CONSISTE SA PERSONNALITÉ?

Les fractures de la partie distale de l'humérus sont rares. En règle générale, il s'agit de fractures de haute énergie que l'on doit traiter avec beaucoup de respect! Les fractures intra-articulaires de la partie distale de l'humérus (à moins qu'il ne s'agisse de fractures sans déplacement et stables) doivent pratiquement toujours faire l'objet d'une fixation interne par réduction chirurgicale. Les fractures hautement comminutives avec beaucoup de dommages à l'articulation sont des lésions dévastatrices qui peuvent entraîner une raideur permanente.

Les fractures de l'olécrâne sont causées par une chute sur le coude ou par une contraction violente du muscle triceps qui sépare réellement l'os. Les fractures déplacées réagissent bien aux interventions chirurgicales. Habituellement, il s'agit de fractures que l'on peut facilement traiter et dont l'issue est positive.

Les fractures de la tête ou du cal du radius surviennent habituellement à la suite d'une chute sur une main tendue. À condition qu'il n'y ait pas de gros fragments déplacés qui pourraient empêcher les mouvements, de telles fractures guérissent habituellement sans aucune intervention et sans laisser de séquelles considérables. Si jamais l'arthrite apparaît, il suffit d'opter pour une excision chirurgicale de la tête du radius.

Un des traits de personnalité des blessures aux coudes est qu'en général, elles ont tendance à être associées à une raideur articulaire considérable, parfois de longue durée. Voilà pourquoi une mobilisation précoce joue un rôle important dans le traitement des fractures du coude!

COMMENT EN FAIT-ON LE DIAGNOSTIC?

Antécédents : En règle générale, le client fait part d'une chute sur une main tendue ou d'un coup direct au coude. À titre de symptôme, il se plaint de douleur.

Examen physique : Habituellement, on est en mesure de constater une sensibilité au toucher, de l'enflure, des contusions et de la douleur lors du mouvement. Seules les fractures graves du coude sont associées aux lésions vasculo-nerveuses et lorsque celles-ci sont présentes, il se peut qu'il y ait une déficience motrice et sensorielle dans le territoire des nerfs en cause.

Tests : D'habitude, des radiographies de routine du coude suffiront à établir le diagnostic. Dans le cas des fractures complexes, il convient de faire appel à la tomographie ou à la tomodensitométrie afin d'aider le chirurgien à planifier son intervention chirurgicale. L'imagerie par résonance magnétique n'est indiquée que dans de rares cas.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Déchirure du tendon du muscle biceps distal, lésion ou contusion au niveau des tissus mous, coude disloqué

EN QUOI CONSISTE LE TRAITEMENT?

Partie distale de l'humérus : S'il s'agit d'une fracture intra-articulaire déplacée, une fixation interne par réduction chirurgicale sera le traitement indiqué.

Olécrâne : À moins qu'il ne s'agisse d'une fracture sans déplacement et stable, on opte presque toujours pour une fixation interne par réduction chirurgicale et le plus souvent pour un cerclage de tension.

Tête et col du radius : À condition qu'il n'y ait aucun fragment qui pourrait nuire à la rotation de l'avant-bras, la plupart des fractures de la tête du radius peuvent être traitées à l'aide d'une écharpe, portée pour une période de 7 à 10 jours (afin de permettre à l'enflure de se résorber), suivie d'exercices ayant pour but d'augmenter progressivement l'amplitude des mouvements, et ce, selon le seuil de tolérance du client.

En règle générale, toutes les fractures du coude doivent être traitées le plus tôt possible à l'aide d'exercices d'amplitude. Voilà pourquoi on opte habituellement pour une réduction chirurgicale dans le cas des fractures intra-articulaires et pourquoi on ne conseille pas le traitement des fractures du coude à l'aide de plâtres.

COMPLICATIONS

Bien vouloir se reporter aux pages 3 à 5 pour une liste des complications générales.

La complication la plus commune associée aux fractures du coude (et aux blessures au coude en général) est la raideur. Pratiquement toutes les blessures aux coudes peuvent entraîner une raideur considérable. La plupart du temps et même dans le cas de blessures mineures au coude, le client peut perdre les quelques derniers degrés d'extension et de rotation du coude. Toutefois, cette perte est rarement considérable du point de vue fonctionnel.

Les fractures du coude de haute énergie, comminutives ou exposées peuvent avoir de sérieuses séquelles vasculo-nerveuses, y compris le syndrome de loge, une perte de tissus mous, une raideur chronique et l'arthrose.

Heureusement, la fracture du coude la plus courante (fractures de la tête du radius ou de l'olécrâne non comminutive) est plutôt bénigne et répond bien aux traitements conventionnels de façon prévisible.

QUELS SONT LES RÉSULTATS ESCOMPTÉS?

Les fractures intra-articulaires sans déplacement, les fractures de la tête ou du col du radius légèrement déplacées et la plupart des fractures de l'olécrâne guérissent sans complication et avec peu de séquelles à long terme. Les fractures intra-articulaires comminutives graves de la partie distale de l'humérus sont des fractures dévastatrices qui peuvent être associées à une morbidité à long terme, y compris une raideur du coude et de l'arthrose.

DOIT-ON ENVISAGER DES RESTRICTIONS OU DES MODIFICATIONS AU NIVEAU DU TRAVAIL?

Le tout dépend principalement des restrictions imposées par l'usage d'un seul bras pendant la période de guérison de la fracture (habituellement d'une durée de 8 à 12 semaines).

Dans le cas où le milieu de travail pourrait poser des problèmes, il y a lieu de faire appel à un ergothérapeute afin que celui-ci rende visite au lieu de travail.

EN QUOI CONSISTE LE PROGRAMME DE RÉADAPTATION TYPE?

Le point d'appui du programme de réadaptation par la physiothérapie est l'introduction précoce des exercices d'amplitude (flexion, extension, pronation, supination) de concert avec une protection contre les forces excessives, et ce, jusqu'à la consolidation de la fracture (6 à 8 semaines). Comme dans le cas de toutes les fractures des membres supérieurs, il y a toujours un risque d'épaule gelée. Par conséquent, il y a lieu de commencer les exercices de mouvements pendulaires aussitôt que possible.

Dans le cas de complications vasculo-nerveuses, il y a lieu d'opter pour un programme de réadaptation axé sur la lésion.

QUI SONT LES SPÉCIALISTES À CONSULTER AUX FINS DU TRAITEMENT, D'UN RENVOI OU D'UN EXAMEN INDÉPENDANT?

Un chirurgien orthopédiste

QUELS FACTEURS PEUVENT AVOIR UNE INCIDENCE SUR LA DURÉE D'INVALIDITÉ?

Les fractures exposées, comminutives et de haute énergie mettant en cause la partie distale de l'humérus peuvent être très invalidantes. Parmi les autres facteurs, il y a lieu de mentionner les lésions vasculo-nerveuses, la raideur, l'arthrose post-traumatique, le retard de consolidation, la dominance d'une main et les exigences de travail.

QUELLE EST LA DURÉE D'INVALIDITÉ PRÉVUE?

Classification des postes	Reprise du travail prévue Minimum / maximum
Travail sédentaire	3 à 6 semaines
Travail léger	3 à 6 semaines
Travail moyen	3 à 8 semaines
Travail lourd	8 à 12 semaines
Travail très lourd	8 à 12 semaines

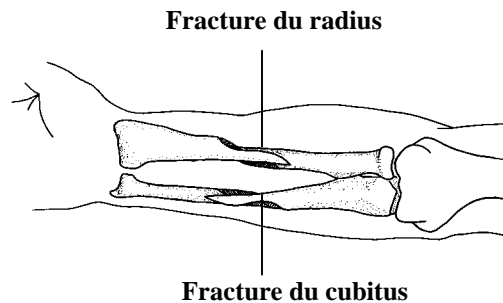
Les fractures de haute énergie, comminutives, exposées et complexes du coude doivent être considérées séparément.

[*Retour à la Table des matières*](#)

[Aller à Fractures : Vue d'ensemble](#)

7. FRACTURES DE L'AVANT-BRAS

COMMUNÉMENT APPELÉES : Avant-bras cassé, fracture du radius ou du cubitus, fracture de l'avant-bras (isolée ou mettant en cause les deux os)



EN QUOI CONSISTE UNE FRACTURE DE L'AVANT-BRAS?

Le radius et le cubitus sont les deux longs os qui forment l'avant-bras et qui servent de lien entre le coude et le poignet. Les mouvements de ces deux os sont très complexes et comprennent la flexion, l'extension et la rotation au niveau du coude. Les fractures du radius ou du cubitus nécessitent une réduction anatomique puisque le moindre degré de déplacement angulaire ou de décalage en rotation peut entraîner une raideur permanente. Voilà pourquoi on a plutôt tendance à opter pour une intervention chirurgicale lorsque des adultes subissent une telle fracture.

EN QUOI CONSISTE SA PERSONNALITÉ?

En règle générale, les fissures simples de l'avant-bras guérissent sans complication et ne laissent aucune séquelle. Toutefois, tel qu'il a été mentionné précédemment, le mouvement de l'avant-bras est assez complexe et à ce titre, de telles fractures nécessitent une réduction assez précise dans le but d'éviter toute raideur de l'avant-bras.

Les fractures de l'avant-bras ont tendance à guérir lentement. Par conséquent, le retard de consolidation peut nuire au traitement et à une mobilisation précoce.

Puisque les fractures de diaphyse ne mettent pas en cause une surface articulaire, le risque d'arthrose est plutôt minime.

COMMENT EN FAIT-ON LE DIAGNOSTIC?

Antécédents : Comme dans le cas de la plupart des fractures des membres supérieurs, le client fait généralement part d'une chute sur une main tendue ou d'un coup direct sur l'avant-bras. Le client se plaint principalement de douleur.

Examen physique : On remarque souvent de la difformité qui est généralement associée à de l'enflure. Les fractures de haute énergie, exposées ou très comminutives peuvent être associées à d'importantes lésions des tissus mous, lesquelles, à leur tour, peuvent entraîner des syndromes de loge avec problèmes vasculo-nerveux.

Tests : Des radiographies de routine de l'avant-bras suffiront à établir le diagnostic ainsi que les traitements à donner. Le type de fracture varie selon la manière dont la force est appliquée.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Foulure, lésions des tissus mous, lésions par écrasement. **Les lésions par écrasement graves, même si elles ne sont pas accompagnées d'une fracture, peuvent s'avérer très graves**, nécessitant l'élévation du membre en question et un suivi consciencieux dans le but de déceler la présence d'un syndrome de loge (voir *complications générales*).

EN QUOI CONSISTE LE TRAITEMENT?

Les fractures stables sans déplacement peuvent être traitées à l'aide d'un plâtre. Toutefois, on remarque souvent un retard de consolidation dans le cas des fractures de la diaphyse de l'avant-bras. Le client peut donc avoir à porter un plâtre pour une période prolongée et, par la suite, être aux prises avec une raideur de l'avant-bras. La plupart des fractures de l'avant-bras (sauf pour les fissures et fractures stables) sont traitées à l'aide d'une fixation interne par réduction chirurgicale, soit avec une plaque ou des dispositifs intramédullaires, dans le but de favoriser une réadaptation précoce.

COMPLICATIONS

Bien vouloir se reporter aux pages 3 à 5 pour une liste des complications générales.

La complication la plus commune est la raideur de l'avant-bras. Toutefois, il s'agit rarement d'un problème à long terme à condition qu'on ait pu atteindre une réduction anatomique de la fracture. Dans le cas de fractures très comminutives ou de fractures exposées avec perte osseuse, il se peut que l'on ne puisse restaurer l'anatomie de l'avant-bras et qu'il en résulte une raideur permanente.

Le retard de consolidation et l'absence de consolidation sont des complications communes qui peuvent entraver le rétablissement et nécessiter une intervention chirurgicale additionnelle avec greffon osseux. À l'occasion, il se peut que l'on ait beaucoup de difficulté à en arriver à une consolidation de l'os.

La complication des fractures de l'avant-bras la plus appréhendée est le syndrome de loge, lequel résulte d'une lésion aux muscles avec enflure au niveau de la loge fermée du muscle. Une telle complication peut entraîner une lésion permanente du muscle. Cette complication peut également être liée au syndrome de douleur chronique et à une difformité (contracture de Volkmann). Les syndromes de loge nécessitent une intervention chirurgicale d'urgence au cours de laquelle on libèrera l'enveloppe fasciale qui recouvre le muscle.

QUELS SONT LES RÉSULTATS ESCOMPTÉS?

En règle générale, les fractures fermées de l'avant-bras guérissent sans complications et sans aucune séquelle à long terme. Toutefois, on doit souvent pratiquer une deuxième intervention chirurgicale afin d'enlever le dispositif de fixation six mois ou un an, environ, après la première intervention.

DOIT-ON ENVISAGER DES RESTRICTIONS OU DES MODIFICATIONS AU NIVEAU DU TRAVAIL?

Il faut prévoir les restrictions imposées par l'usage d'un seul bras. Le client qui a subi une fixation interne par réduction chirurgicale peut habituellement reprendre un emploi sédentaire dans les deux semaines qui suivent la fracture, mais doit protéger son avant-bras de toute force de rotation ou de flexion excessive de peur de perturber les dispositifs de fixation interne et de nuire au processus de guérison normal. En règle générale, la consolidation des fractures de l'avant-bras peut prendre assez longtemps. En fait, il se peut que l'on ait à attendre jusqu'à 12 à 16 semaines avant que l'os ne soit assez solide du point de vue radiographique pour résister à des forces considérables.

Dans le cas où le milieu de travail pourrait poser des problèmes, il y a lieu de faire appel à un ergothérapeute afin que celui-ci rende visite au lieu de travail.

EN QUOI CONSISTE LE PROGRAMME DE RÉADAPTATION TYPE?

D'habitude, on commence un programme modéré d'exercices d'amplitude de l'avant-bras (flexion, extension, pronation, supination) aussitôt que possible après l'intervention chirurgicale. Le tout dépend de la stabilité de la fracture, mais, en règle générale, on devrait pouvoir entreprendre un tel programme de 7 à 10 jours après la chirurgie si le client tolère bien ces exercices. Comme dans le cas des lésions au coude, il est important de commencer des traitements de physiothérapie modérés axés sur l'amplitude des mouvements dès qu'il est possible de le faire en toute sécurité et à condition de ne pas risquer la fixation chirurgicale.

Il convient également de commencer un programme d'exercices d'amplitude de l'épaule et de la main dès que possible afin de prévenir toute raideur au niveau de l'épaule et des doigts.

QUI SONT LES SPÉCIALISTES À CONSULTER AUX FINS DU TRAITEMENT, D'UN RENVOI OU D'UN EXAMEN INDÉPENDANT?

Un chirurgien orthopédiste

QUELS FACTEURS PEUVENT AVOIR UNE INCIDENCE SUR LA DURÉE D'INVALIDITÉ?

Le retard de consolidation et la raideur comptent parmi les facteurs les plus communs.

Parmi les autres facteurs, il y a lieu de mentionner les traumatismes multiples, les lésions vasculo-nerveuses, la raideur, l'arthrose post-traumatique, la dominance d'une main et les exigences de travail.

QUELLE EST LA DURÉE D'INVALIDITÉ PRÉVUE?

Diaphyse du radius ou du cubitus

Classification des postes	Reprise du travail prévue Minimum / maximum
Travail sédentaire	1 à 4 semaines
Travail léger	2 à 8 semaines
Travail moyen	6 à 8 semaines
Travail lourd	8 à 12 semaines
Travail très lourd	8 à 12 semaines

Diaphyses du radius et du cubitus (les deux os de l'avant-bras)

Classification des postes	Reprise du travail prévue Minimum / maximum
Travail sédentaire	1 à 4 semaines
Travail léger	2 à 10 semaines
Travail moyen	8 à 12 semaines
Travail lourd	12 à 16 semaines
Travail très lourd	12 à 16 semaines

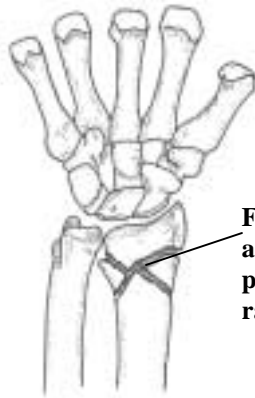
[*Retour à la Table des matières*](#)

[Aller à Fractures : Vue d'ensemble](#)

8. FRACTURES DU POIGNET

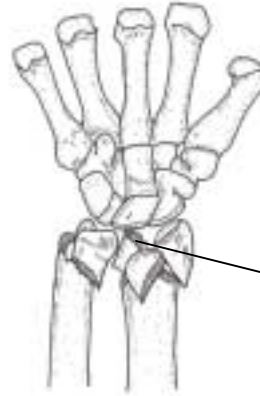
COMMUNÉMENT APPELÉES : Fracture de la partie distale du radius, fracture de Pouteau

Chez les personnes âgées



Fracture extra-articulaire de la partie distale du radius

Chez les jeunes



Fracture intra-articulaire de la partie distale du radius et du cubitus

EN QUOI CONSISTE UNE FRACTURE DE LA PARTIE DISTALE DU RADIUS?

Les fractures de la partie distale du radius sont très communes et surviennent à la suite d'une chute sur une main tendue. La fracture peut survenir juste au-dessus du poignet (extra-articulaire) ou mettre en cause l'articulation même (intra-articulaire). L'emplacement de la fracture dépend des caractéristiques mécaniques de l'os et de l'âge de la personne.

EN QUOI CONSISTE SA PERSONNALITÉ?

Personnes âgées : Belle personnalité! Pour ce qui est des personnes âgées, ces fractures surviennent généralement dans l'os mou et spongieux juste au-dessus du poignet. En règle générale, le traitement consiste en une réduction fermée ou en une immobilisation à l'aide d'un plâtre. Ces fractures guérissent bien et ne laissent aucune séquelle. Puisque la fracture ne met pas en cause une surface articulaire, l'arthrite est rare dans de tels cas.

Jeunes : Peut s'avérer difficile! Pour ce qui est des jeunes, les fractures de la partie distale du radius sont des blessures de haute énergie, souvent intra-articulaires. Par conséquent, le risque d'arthrite est plus élevé, ce qui veut dire qu'il faut leur témoigner beaucoup plus de respect. En ce qui concerne les jeunes (lesquels subissent la plupart des accidents au travail), cette fracture a tendance à être plus méchante.

COMMENT EN FAIT-ON LE DIAGNOSTIC?

Antécédents : Chute sur une main tendue. Chez les personnes âgées, il peut s'agir d'une blessure de faible énergie. Chez les jeunes, il s'agit habituellement d'une blessure de haute énergie.

Examen physique : On remarque généralement une difformité assez marquée du poignet (s'il y a eu déplacement). En règle générale, il n'y a pas de lésion vasculo-nerveuse quoiqu'à l'occasion, l'enflure du poignet peut nuire à la fonction du nerf médian (syndrome du canal carpien aigu).

Tests : Des radiographies de routine de l'avant-bras suffiront à établir le diagnostic ainsi que les traitements à donner.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Luxation ou fracture-luxation du poignet, fracture de l'os du carpe, entorse du poignet

EN QUOI CONSISTE LE TRAITEMENT?

Chez les personnes âgées, la fracture de Pouteau typique est une fracture extra-articulaire qui peut facilement être traitée à l'aide d'une réduction fermée, laquelle, à l'occasion, comprend également une fixation percutanée à l'aide de broches (insérées à travers la peau). En règle générale, ces fractures guérissent bien sur une période de 4 à 6 semaines.

Chez les jeunes, les fractures de la partie distale du radius mettent souvent en cause la surface articulaire de l'articulation. Par conséquent, on doit opter pour une réduction anatomique. Il peut s'agir, en l'occurrence, d'une fixation interne par réduction chirurgicale ou encore d'une réduction fermée et d'un embrochage percutané.

COMPLICATIONS

Bien vouloir se reporter aux pages 3 à 5 pour une liste des complications générales.

La raideur et la difformité (cal vicieux) constituent les complications les plus communes. Chez les personnes âgées, il arrive souvent que la difformité persiste. Toutefois, la raideur disparaît habituellement de façon graduelle et les résultats fonctionnels sont souvent remarquablement bons, peut-être en raison du fait que les exigences physiques sont moindres dans le cas des personnes âgées. À l'occasion, par suite du raccourcissement du radius par rapport au cubitus, le client présentera des symptômes dus à la différence entre la longueur des deux os. Il se peut donc que l'on ait à raccourcir le cubitus.

Arthrite : Puisqu'il s'agit habituellement d'une fracture intra-articulaire et de haute énergie chez les jeunes, le risque d'arthrite est plus élevé chez ces derniers.

Le syndrome du canal carpien aigu peut nécessiter une intervention chirurgicale d'urgence au niveau du poignet au cours de laquelle on libèrera la bandelette fibreuse qui passe en avant du poignet et qui peut affaiblir le nerf médian au point où il entre dans la main.

À l'occasion, les fractures du poignet peuvent mener au syndrome de loge, tout particulièrement si elles sont associées à des lésions par écrasement à l'avant-bras. Le syndrome de loge nécessite une intervention chirurgicale d'urgence (voir *syndrome de loge*) et peut entraîner des dommages permanents aux muscles et aux nerfs (contracture de Volkmann).

Une rupture de tendon peut également survenir si on a dû se servir de broches percutanées pour stabiliser la fracture. À l'occasion, on devra faire appel à un chirurgien plasticien pour réparer ces dommages.

QUELS SONT LES RÉSULTATS ESCOMPTÉS?

La plupart des fractures de la partie distale du radius guérissent bien et ne laissent aucune séquelle à long terme. Les complications majeures telles que le syndrome du canal carpien aigu ou le syndrome de loge de l'avant-bras sont rares et se présentent le plus souvent chez les jeunes.

DOIT-ON ENVISAGER DES RESTRICTIONS OU DES MODIFICATIONS AU NIVEAU DU TRAVAIL?

Puisque les fractures du poignet nuisent à la fonction de la main, le processus de réadaptation peut s'avérer quelque peu plus lent que celui des fractures de l'avant-bras ou de l'humérus. La plus grande restriction dans le présent cas est imposée par l'usage d'une seule main lors de la période de guérison. En règle générale, les fractures de l'avant-bras guérissent sur une période de 6 à 8 semaines. Toutefois, le client n'est habituellement pas en mesure de soulever des objets lourds pour une période d'au moins deux mois.

EN QUOI CONSISTE LE PROGRAMME DE RÉADAPTATION TYPE?

On immobilise la plupart des fractures du poignet à l'aide d'un plâtre ou d'un pansement compressif pour une période de 4 à 5 semaines. Pendant cette période, il y a lieu de faire des efforts dans le but de maintenir l'amplitude des mouvements des doigts, de l'épaule et du coude. Il convient également de s'assurer qu'il n'y a pas d'enflure excessive des doigts par suite de l'immobilisation de la main dans une position dépendante.

En règle générale, on doit enlever l'embrochage percutané à une date ultérieure (deux ou trois mois plus tard) puisque ces broches peuvent irriter les tissus à proximité.

Dans le cas où le milieu de travail pourrait poser des problèmes, il y a lieu de faire appel à un ergothérapeute afin que celui-ci rende visite au lieu de travail.

QUI SONT LES SPÉCIALISTES À CONSULTER AUX FINS DU TRAITEMENT, D'UN RENVOI OU D'UN EXAMEN INDÉPENDANT?

Un chirurgien orthopédiste ou un chirurgien plasticien ayant une expertise en matière de fractures du poignet

QUELS FACTEURS PEUVENT AVOIR UNE INCIDENCE SUR LA DURÉE D'INVALIDITÉ?

La durée d'invalidité est en relation directe avec la quantité d'énergie en cause.

Les principaux facteurs ayant une incidence sur la durée d'invalidité sont la mise en cause de l'articulation du poignet et la nécessité d'une intervention chirurgicale aux fins de la restauration des surfaces articulaires.

Puisqu'il s'agit de fractures intra-articulaires, il y a toujours un risque d'arthrose post-traumatique. Toutefois, étant donné qu'il s'agit d'une articulation où il n'y a pas de mise en charge (membres supérieurs), les clients semblent bien tolérer une légère arthrite au niveau du poignet.

QUELLE EST LA DURÉE D'INVALIDITÉ PRÉVUE?

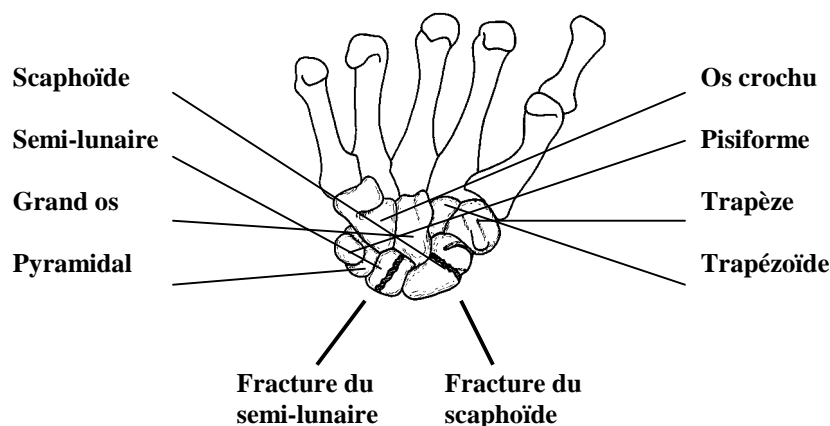
Classification des postes	Reprise du travail prévue Minimum / maximum
Travail sédentaire	1 à 4 semaines
Travail léger	2 à 8 semaines
Travail moyen	4 à 8 semaines
Travail lourd	8 à 16 semaines
Travail très lourd	10 à 16 semaines

[*Retour à la Table des matières*](#)

[Aller à Fractures : Vue d'ensemble](#)

9. FRACTURES CARPIENNES (SCAPHOÏDE, SEMI-LUNAIRE, OS CROCHU, ETC.)

COMMUNÉMENT APPELÉES : « Poignet » cassé (erronément)



EN QUOI CONSISTE UNE FRACTURE CARPIENNE?

Les fractures carpiennes représentent de 6 à 10 % de toutes les fractures. Les huit os du carpe (poignet) s'articulent de façon très complexe afin de permettre la grande mobilité du poignet. Les os du carpe sont les suivants : scaphoïde, semi-lunaire, grand os, pyramidal, os crochu, pisiforme, trapèze, trapézoïde. Les fractures des os du carpe surviennent habituellement lors d'une chute sur une main tendue associée à une force de flexion ou de torsion.

La fracture la plus fréquente est celle du scaphoïde, laquelle représente plus de 50 % des fractures carpiennes. Il arrive souvent que l'on ne puisse la voir sur la première radiographie. Dans certains cas, suivant des soupçons cliniques, on optera pour la pose d'un plâtre et une deuxième radiographie dans les 10 à 14 jours qui suivent afin de confirmer la présence d'une telle fracture.

Les luxations et fractures-luxations sont au deuxième rang en matière de fractures les plus communes et représentent 15 % des fractures du poignet. La combinaison d'une luxation du poignet et du semi-lunaire et d'une fracture du scaphoïde s'appelle *luxation trans-scaphoïde péri-lunaire*.

La fracture du semi-lunaire occupe la deuxième place (10 %) en matière de fractures isolées de l'os du carpe les plus communes. En règle générale, on retrouve une telle fracture en association avec une luxation du poignet. On appelle une telle blessure *luxation trans-lunaire du poignet*.

Les autres os du carpe sont également susceptibles aux fractures, mais moins souvent (2 à 3 %). Les fractures de l'os crochu représentent moins de 1 % des fractures de l'os du carpe et souvent n'apparaissent pas sur la radiographie.

L'une des caractéristiques des nombreuses fractures carpiennes est sa tendance à être liée à une interruption de l'apport sanguin, ce qui, à son tour, peut entraîner la mort de l'os (nécrose avasculaire).

Comme dans le cas de toutes les fractures, il peut s'agir de fractures stables ou instables, déplacées ou sans déplacement, exposées ou fermées, avec ou sans luxation.

EN QUOI CONSISTE SA PERSONNALITÉ?

Scaphoïde : Très souvent, on manque cette fracture au moment de l'examen initial. Il se peut également qu'une telle fracture n'apparaisse sur la radiographie qu'après plusieurs semaines et que le processus de guérison soit difficile. Dans certains cas, l'apport sanguin est rupturé au moment de la fracture, ce qui peut entraîner une nécrose avasculaire et l'arthrite. Une telle fracture peut s'avérer une blessure « dormante »!

Os crochu : Cette fracture peu commune n'apparaît pas facilement sur les radiographies de routine. En fait, une sensibilité au toucher peut être le seul indice d'une telle fracture. Il se peut donc que l'on ait à avoir recours à différentes incidences lors des radiographies. Heureusement, de telles fractures guérissent bien sans trop de problèmes.

Semi-lunaire : Il s'agit habituellement d'une blessure de haute énergie associée à une luxation et à des dommages ligamentaires graves. Par conséquent, il y a un plus grand risque de problèmes chroniques d'instabilité carpienne et de nécrose avasculaire.

Autres : En règle générale, ces fractures guérissent bien et ne laissent aucune séquelle.

COMMENT EN FAIT-ON LE DIAGNOSTIC?

Antécédents : Chute sur une main tendue ou torsion grave suivie immédiatement de douleur. Les signes et symptômes habituels sont la douleur et la raideur du poignet.

Examen physique : On est en mesure de constater de l'enflure et une sensibilité au toucher au niveau de la fracture. L'amplitude des mouvements est limitée par l'enflure et la douleur. En plus de l'enflure, on peut remarquer de l'engourdissement et de la faiblesse dans le territoire du nerf médian qui traverse le poignet. Si la fracture est associée à une luxation, la difformité peut être marquée et la lésion au nerf, commune.

Tests : Sont indiquées dans le présent cas les radiographies de routine du poignet avec incidences du scaphoïde. Si on constate une sensibilité au toucher à certains endroits (au niveau de l'os crochu, par exemple), il se peut que l'on ait à avoir recours à différentes incidences. La fracture du scaphoïde passe souvent inaperçue. Si on remarque de la sensibilité au toucher au niveau du scaphoïde, il convient de poser un plâtre ou une attelle et de répéter les radiographies du scaphoïde dans les 10 ou 14 jours qui suivent. À l'occasion, on demandera une scintigraphie osseuse ou une tomographie afin de confirmer le diagnostic. Une tomographie peut également se révéler utile dans le cas d'une fracture-luxation. L'imagerie par résonance magnétique est rarement nécessaire.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Le diagnostic différentiel le plus commun est celui d'une foulure du poignet ou d'une fracture de la partie distale du radius (fracture de Pouteau), lesquelles sont très communes.

EN QUOI CONSISTE LE TRAITEMENT?

Il est possible de traiter les fractures sans déplacement avec seulement un plâtre. Toutefois, le processus de guérison peut s'avérer lent et dans le cas d'un os tel le scaphoïde, la consolidation peut prendre jusqu'à trois mois. Le poignet est immobilisé à l'aide d'un plâtre ou d'une attelle et des radiographies de suivi sont prises par la suite afin de confirmer le processus de guérison et de déceler tout déplacement de la fracture. Une attelle du poignet amovible du genre gantelet facilite les soins personnels.

Habituellement, les fractures déplacées doivent faire l'objet d'une intervention chirurgicale et d'une immobilisation post-opératoire à l'aide d'un plâtre ou d'une attelle. Il se peut que l'on ait à enlever les fixations orthopédiques une fois la guérison complète.

Dans le cas de complications, telles l'arthrite ou la nécrose avasculaire, d'autres interventions telles qu'un greffon osseux, l'excision de fragments non consolidés, l'arthrodèse de divers os du carpe ou du poignet en entier, pourraient s'avérer nécessaires.

COMPLICATIONS

Bien vouloir se reporter aux pages 3 à 5 pour une liste des complications générales.

La raideur du poignet est la complication la plus commune et est habituellement passagère.

Nécrose avasculaire / Absence de consolidation : Les complications graves les plus communes des fractures carpiennes sont le retard de consolidation, l'absence de consolidation et l'interruption de l'apport sanguin (nécrose avasculaire) suivis d'un effondrement carpien et de l'arthrose, lesquels surviennent le plus souvent dans le cas de fractures du scaphoïde et du semi-lunaire.

Système neurovasculaire : Une luxation, l'enflure (syndrome du canal carpien aigu), une difformité qui survient lors du processus de guérison ou encore, l'arthrose peut léser le nerf médian. Une lésion au nerf cubital peut également survenir lors des fractures de l'os crochu.

Une enflure dans le plâtre peut également causer le syndrome de loge. Le syndrome de loge peut apparaître dans l'avant-bras ou dans la main.

La raideur de l'épaule (épaule gelée) peut survenir si le bras est immobilisé dans une écharpe pendant trop longtemps. Il s'agit d'une complication évitable.

Le syndrome de douleur régionale complexe est une complication grave qui peut mener à une invalidité à long terme. Il peut être associé à une lésion nerveuse au moment de la fracture ou peut tout simplement apparaître par suite de la blessure comme telle.

Il y a toujours un risque d'infection dans le cas des fractures exposées et à la suite d'une chirurgie.

QUELS SONT LES RÉSULTATS ESCOMPTÉS?

Le processus de guérison dans le présent cas peut s'avérer lent. Il se peut également que l'on ait à immobiliser le membre dans un plâtre pour une période prolongée et qu'il en résulte une raideur du membre. Toutefois, en règle générale, plus de 90 % des fractures du scaphoïde guérissent bien. Les fractures du semi-lunaire associées à une luxation peuvent mener à une raideur et à une instabilité chronique. Généralement, les autres fractures carpiennes guérissent bien.

La période de guérison varie selon le type de blessure, tout particulièrement selon le temps nécessaire à l'immobilisation du membre et à la guérison de tous les tissus. Le recours aux traitements appropriés dans le but d'éviter une difformité résiduelle est important du point de vue pronostic.

DOIT-ON ENVISAGER DES RESTRICTIONS OU DES MODIFICATIONS AU NIVEAU DU TRAVAIL?

En règle générale, on immobilise le poignet pour une période de 6 à 8 semaines. Toutefois, le processus de guérison des fractures du scaphoïde peut s'échelonner sur une période de 2 à 3 mois. La principale restriction dans le présent cas est imposée par l'usage d'une seule main et par la pose d'un plâtre ou d'une attelle (à l'occasion, pour une période prolongée) suivie d'un programme de physiothérapie assez intensif ayant pour but de d'éliminer toute raideur. Il est à remarquer que l'on doit protéger le poignet contre les forces excessives jusqu'à ce que la fracture soit guérie.

Dans le cas où le milieu de travail pourrait poser des problèmes, il y a lieu de faire appel à un ergothérapeute afin que celui-ci rende visite au lieu de travail.

EN QUOI CONSISTE LE PROGRAMME DE RÉADAPTATION TYPE?

Avant d'enlever le plâtre ou l'attelle, on met l'accent sur l'élévation du bras, le conditionnement général et les mesures prises pour prévenir la raideur de l'épaule et du coude. En règle générale, on devra avoir recours à des traitements de physiothérapie ou d'ergothérapie puisque la raideur et la faiblesse du poignet sont communes.

QUI SONT LES SPÉCIALISTES À CONSULTER AUX FINS DU TRAITEMENT, D'UN RENVOI OU D'UN EXAMEN INDÉPENDANT?

Gestion initiale : un chirurgien orthopédiste, un chirurgien spécialiste de la main, un chirurgien plasticien

Réadaptation : tel qu'il a été mentionné précédemment ou encore, un spécialiste de la médecine sportive ou un physiatre

QUELS FACTEURS PEUVENT AVOIR UNE INCIDENCE SUR LA DURÉE D'INVALIDITÉ?

Les complications possibles mentionnées précédemment et les limitations qu'impose le travail du client seront les principaux facteurs ayant une incidence sur la durée d'invalidité. Cette dernière dépend également de l'os en cause, des exigences de travail et de la dominance d'une main. Pour ce qui est du travail qui relève des classifications moyen à très lourd, la consolidation de l'os devra être visible sur la radiographie et la réadaptation du membre devra être établie avant que le travailleur puisse reprendre le travail.

QUELLE EST LA DURÉE D'INVALIDITÉ PRÉVUE?

Fracture du scaphoïde

Classification des postes	Reprise du travail prévue Minimum / maximum
Travail sédentaire	0 à 4 semaines
Travail léger	2 à 8 semaines
Travail moyen	4 à 10 semaines
Travail lourd	12 à 16 semaines
Travail très lourd	12 à 16 semaines

Fracture des os du carpe (sauf le scaphoïde)

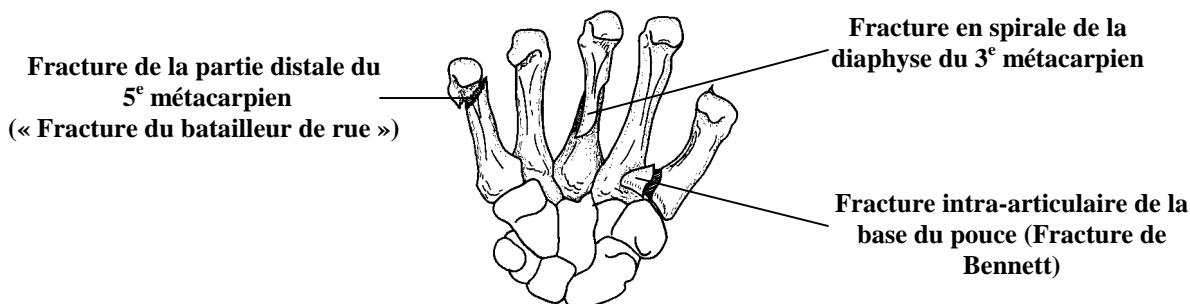
Classification des postes	Reprise du travail prévue Minimum / maximum
Travail sédentaire	0 à 4 semaines
Travail léger	1 à 8 semaines
Travail moyen	1 à 8 semaines
Travail lourd	8 à 12 semaines
Travail très lourd	8 à 12 semaines

[*Retour à la Table des matières*](#)

[Aller à Fractures : Vue d'ensemble](#)

10. FRACTURES DES MÉTACARPIENS

COMMUNÉMENT APPELÉES : Fracture de la main, fracture de Bennett, fracture de Rolando



EN QUOI CONSISTE UNE FRACTURE MÉTACARPIENNE?

Les métacarpiens sont les longs os fins qui réunissent le poignet (os du carpe) et les doigts (phalanges). Une fracture des métacarpiens peut être due à une lésion par écrasement, un traumatisme contondant ou encore, à une force de torsion ou de rotation, et être associée à une luxation de l'articulation. En règle générale, elle résulte d'une chute sur une main tendue.

D'après le mécanisme de la lésion et les composants communs, les divers types de fractures portent des noms distincts tels que la fracture de Bennett et la fracture de Rolando. Les fractures de la partie distale du 5^e métacarpien sont souvent appelées fractures du « batailleur de rue » ou du « boxeur » puisqu'elles surviennent lors d'une bagarre à coups de poing ou d'une chute sur une main fermée.

EN QUOI CONSISTE SA PERSONNALITÉ?

Les fractures fermées légèrement déplacées sont plutôt bénignes. Toutefois, si elles sont accompagnées d'une mauvaise position rotatoire, d'un rétrécissement ou encore de lésions des tissus mous et aux tendons, on doit alors les traiter avec beaucoup de respect!

COMMENT EN FAIT-ON LE DIAGNOSTIC?

Antécédents : Il s'agit habituellement d'un coup direct ou d'une chute.

Examen physique : En règle générale, on est en mesure de constater une difformité, de l'enflure et de la sensibilité au toucher.

Tests : Des radiographies de routine de la main suffiront à établir le diagnostic ainsi que les traitements à donner.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Contusion, foulure et luxation des articulations métacarpo-phalangiennes

EN QUOI CONSISTE LE TRAITEMENT?

Les fractures métacarpiennes doivent guérir dans un bon alignement et suivant la bonne rotation si on veut obtenir de bons résultats. Pour ce faire, on peut avoir recours à une réduction fermée ou à la chirurgie. Toutefois, il faut absolument remettre l'anatomie à son état initial.

À condition que l'alignement soit satisfaisant, la plupart des fractures peuvent être traitées à l'aide d'attelles, de plâtres ou d'appareils orthopédiques dans le but de maintenir la position.

Dans le cas des fractures comminutives graves, il se peut que l'on ait à avoir recours à une réduction chirurgicale, d'une plaque et vis ou de broches.

L'avantage de la fixation interne par intervention chirurgicale est qu'elle permet une stabilité immédiate ainsi qu'une réadaptation précoce de la main. Elle peut également être associée à une cicatrisation et à une raideur des tissus mous extensive. En raison de la complexité de la fonction de la main, il est important de restaurer le mouvement le plus tôt possible.

COMPLICATIONS

Bien vouloir se reporter aux pages 3 à 5 pour une liste des complications générales.

Les lésions des tissus mous, les cals vicieux et la raideur comptent parmi les complications les plus communes des fractures métacarpiennes. En règle générale, les fractures de la diaphyse et de la base du métacarpien résultent de lésions par écrasement. Il peut également s'agir de fractures exposées accompagnées d'importantes lésions des tissus mous et d'infection. Les lésions des tissus mous peuvent causer une enflure massive et la formation de cicatrices.

Peuvent également survenir des lésions aux tendons extenseurs et fléchisseurs ou encore l'adhésion de ces derniers aux os endommagés. Les muscles de la main peuvent également être lésés et susceptibles, par la suite, à des contractures.

Une mauvaise position rotatoire compte parmi les complications les plus importantes. Le médecin traitant doit donc faire le nécessaire pour prévenir cette complication.

La raideur du doigt est une complication commune qui est habituellement passagère, quoique dans certains cas, il peut en résulter une perte de toute l'amplitude articulaire, à long terme ou de façon permanente.

Une dystrophie sympathique réflexe peut également survenir dans le cas de lésions des tissus mous ou aux nerfs.

QUELS SONT LES RÉSULTATS ESCOMPTÉS?

Les fractures fermées guérissent bien dans une période de 4 à 6 semaines. Toute complication retardera le processus de guérison.

DOIT-ON ENVISAGER DES RESTRICTIONS OU DES MODIFICATIONS AU NIVEAU DU TRAVAIL?

La principale restriction dans le présent cas est imposée par l'usage limité de la main en cause. Le repos et l'élévation du membre peuvent s'avérer nécessaires pour plusieurs semaines. Il se peut également que le client ait besoin de s'absenter du travail à des fins de traitements d'ergothérapie ou de physiothérapie si la raideur de la main pose un problème (fractures complexes).

Dans le cas où le lieu de travail pourrait poser des problèmes, il y a lieu de faire appel à un ergothérapeute afin que celui-ci rende visite au lieu de travail.

EN QUOI CONSISTE LE PROGRAMME DE RÉADAPTATION TYPE?

Dans le cas des fractures métacarpiennes stables sans déplacement ou légèrement déplacées, aucun programme de réadaptation particulier n'est requis à condition qu'il n'y ait aucune raideur des doigts ni aucune déficience fonctionnelle. Pour ce qui est des fractures complexes ou associées à des complications, on devra immanquablement avoir recours à des traitements de physiothérapie ou d'ergothérapie afin d'aider à restaurer la fonction de la main.

QUI SONT LES SPÉCIALISTES À CONSULTER AUX FINS DU TRAITEMENT, D'UN RENVOI OU D'UN EXAMEN INDÉPENDANT?

Un chirurgien plasticien, un chirurgien orthopédiste spécialiste de la main

QUELS FACTEURS PEUVENT AVOIR UNE INCIDENCE SUR LA DURÉE D'INVALIDITÉ?

Dominance d'une main, exigences de travail, gravité de la fracture et la présence ou l'absence de complications

QUELLE EST LA DURÉE D'INVALIDITÉ PRÉVUE?

Classification des postes	Reprise du travail prévue Minimum / maximum
Travail sédentaire	0 à 2 semaines
Travail léger	2 à 4 semaines
Travail moyen	4 à 6 semaines
Travail lourd	6 à 12 semaines
Travail très lourd	6 à 12 semaines

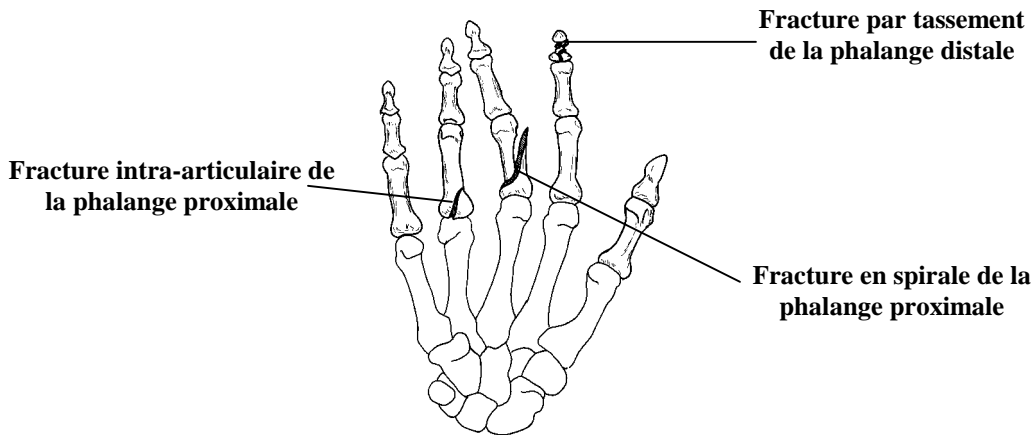
La période de guérison des fractures des phalanges est habituellement d'environ quatre semaines. Il est à remarquer que le client ne doit pas faire de travail ardu avant cette date.

[*Retour à la Table des matières*](#)

[Aller à Fractures : Vue d'ensemble](#)

11. FRACTURES DES DOIGTS ET DU POUCE

COMMUNÉMENT APPELÉES : Doigts cassés, fracture des phalanges



EN QUOI CONSISTE LA FRACTURE D'UN DOIGT OU DU POUCE?

Trois os (phalanges) forment le squelette d'un doigt : phalanges proximale, moyenne et distale. Chaque doigt compte trois phalanges unies par des articulations interphalangiennes, à l'exception du pouce qui est plus court et qui ne compte que deux phalanges.

De telles fractures peuvent survenir à la suite d'un coup direct, d'un mouvement de flexion ou de rotation ou encore d'une lésion par écrasement. Les fractures des phalanges peuvent être accompagnées d'une luxation ou d'une plaie ouverte. Les fractures des bouts d'os peuvent également s'étendre aux lits des ongles, ce qui peut compliquer la gestion de ces fractures.

Les fractures des doigts sont classées selon leur emplacement (phalange proximale, moyenne, distale) et le type de fracture (déplacée, comminutive, en spirale, etc.).

EN QUOI CONSISTE SA PERSONNALITÉ?

Il s'agit d'une petite fracture qui est bien puissante! Les fractures déplacées des phalanges peuvent être méchantes! La longueur et le diamètre des phalanges rapetissent progressivement du segment proximal au segment distal. En raison de leur petite dimension et de l'interdépendance complexe entre les tendons qui contrôlent la motricité fine des doigts, les interventions chirurgicales et processus de réadaptation peuvent s'avérer très difficiles. Par conséquent, on doit les traiter avec beaucoup de respect!

Par opposition aux fractures décrites ci-dessus, les fissures simples des phalanges sans déplacement guérissent bien lorsqu'on les attache à un autre doigt à l'aide d'un ruban ou que l'on pose une attelle pour une période de 3 à 4 semaines.

COMMENT EN FAIT-ON LE DIAGNOSTIC?

Antécédents : Invariablement, on est en mesure de constater un traumatisme à la main.

Examen physique : La sensibilité au toucher, l'enflure, la difformité et les contusions caractérisent les fractures des phalanges.

Tests : D'habitude, des radiographies de routine de la main ou des phalanges suffiront à établir le diagnostic ainsi que les traitements à donner.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Luxation, avulsion du tendon extenseur, lésions aux ligaments de la plaque palmaire, contusions ou foulure des tissus mous

EN QUOI CONSISTE LE TRAITEMENT?

Il faut absolument corriger toute angulation latérale ou décalage en rotation des doigts et du pouce, tout en mettant l'accent sur l'atteinte de la plus grande réduction anatomique possible étant donné la nature de la lésion. À l'occasion, on devra avoir recours à une intervention chirurgicale, tout particulièrement si la fracture est instable ou met en cause une surface articulaire. Les fractures complexes des phalanges doivent être adressées aux chirurgiens spécialistes de la main.

COMPLICATIONS

Bien vouloir se reporter aux pages 3 à 5 pour une liste des complications générales.

Les fractures des phalanges qui ne sont pas bien traitées ou encore, dont le traitement est insuffisant, peuvent mener à une impotence fonctionnelle à long terme ou à une arthrose post-traumatique. Parmi les complications associées aux fractures des phalanges, il y a lieu de mentionner le cal vicieux, le retard de consolidation, l'absence de consolidation, la rupture d'un tendon, l'infection, les adhérences et la raideur.

QUELS SONT LES RÉSULTATS ESCOMPTÉS?

Les fractures fermées vont généralement de pair avec une excellente restauration de la fonction et une guérison sans problème. Une invalidité permanente peut survenir dans le cas de complications ou dans le cas où l'on ne peut obtenir et maintenir la rotation et l'alignement de l'os, lesquels s'imposent lors de la période de guérison.

DOIT-ON ENVISAGER DES RESTRICTIONS OU DES MODIFICATIONS AU NIVEAU DU TRAVAIL?

Les restrictions dans le présent cas sont dictées par la dominance d'une main et sont imposées par la fonction unilatérale de la main jusqu'à ce que la fracture soit consolidée et la fonction de la main rétablie.

Dans le cas où le milieu de travail pourrait poser des problèmes, il y a lieu de faire appel à un ergothérapeute afin que celui-ci rende visite au lieu de travail.

EN QUOI CONSISTE LE PROGRAMME DE RÉADAPTATION TYPE?

On devra peut-être avoir recours à des traitements de physiothérapie ou d'ergothérapie afin d'aider à restaurer la fonction de la main.

QUI SONT LES SPÉCIALISTES À CONSULTER AUX FINS DU TRAITEMENT, D'UN RENVOI OU D'UN EXAMEN INDÉPENDANT?

Un chirurgien plasticien ou un chirurgien orthopédiste spécialiste de la main

QUELS FACTEURS PEUVENT AVOIR UNE INCIDENCE SUR LA DURÉE D'INVALIDITÉ?

Dominance d'une main, complications, gravité de la fracture, exigences de travail

QUELLE EST LA DURÉE D'INVALIDITÉ PRÉVUE?

Fractures des phalanges (fermées)

Classification des postes	Reprise du travail prévue Minimum / maximum
Travail sédentaire	0 jour à 1 semaine
Travail léger	1 à 3 semaines
Travail moyen	2 à 6 semaines
Travail lourd	4 à 8 semaines
Travail très lourd	4 à 8 semaines

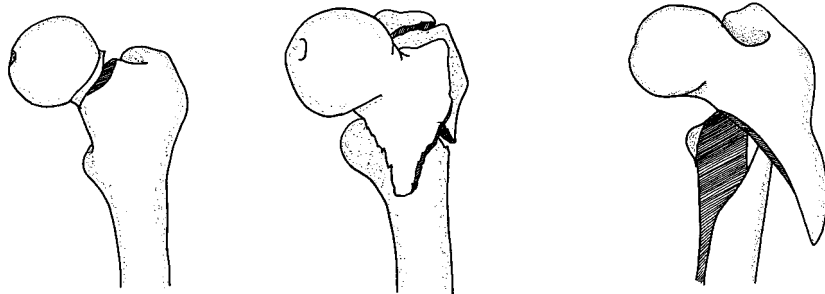
**Fractures des phalanges
(compliquées)** selon le rapport médical

[*Retour à la Table des matières*](#)

[Aller à Fractures : Vue d'ensemble](#)

12. FRACTURES DE LA HANCHE

COMMUNÉMENT APPELÉES : Hanche cassée



Sous-capitale

Intertrochantérienne

Sous-trochantérienne

EN QUOI CONSISTE LA FRACTURE DE LA HANCHE?

L'articulation de la hanche est une articulation à rotule qui unit le fémur (le plus gros os du corps) et le bassin. En règle générale, les fractures de la hanche surviennent à trois endroits : dans le cou (sous-capitale), dans l'os entre le cou et la diaphyse du fémur (intertrochantérienne) et immédiatement au-dessous des trochanters (sous-trochantérienne). Le traitement et le pronostic varient selon l'emplacement de la fracture.

EN QUOI CONSISTE SA PERSONNALITÉ?

Les fractures sous-capitales sont très communes chez les personnes âgées et sont traitées avec succès à l'aide de broches ou d'une arthroplastie partielle de la hanche. Toutefois, de telles fractures chez les jeunes peuvent s'avérer plus sinistres. En effet, les jeunes ont les os forts et par conséquent, il faut une très grande quantité d'énergie pour causer une fracture, laquelle, à son tour, peut détruire l'apport sanguin à la rotule et entraîner la nécrose avasculaire (la rotule meurt).

En règle générale, les fractures intertrochantériennes guérissent assez facilement chez les personnes âgées et, typiquement, ne sont pas associées à l'arthrite. Toutefois, chez les jeunes, elles peuvent s'avérer des fractures de haute énergie, voire de très haute énergie, à guérison lente. Chez les jeunes, ces fractures sont d'habitude plus faciles à traiter que les fractures sous-capitales ou sous-trochantériennes.

Les fractures sous-tranchantériennes sont les fractures de la hanche les plus communes chez les jeunes. Il s'agit également de fractures de haute énergie (qui résultent typiquement d'un accident d'automobile ou d'une chute d'une hauteur) dont la guérison peut être très difficile (retard de consolidation).

COMMENT EN FAIT-ON LE DIAGNOSTIC?

Antécédents : Chute sur la hanche ou mouvement de torsion soudain. Le client se plaint d'une douleur à l'aîne et d'une incapacité de supporter tout poids.

Examen physique : Lors de l'examen, on remarque de la douleur à la hanche au mouvement. En règle générale, la partie externe de la jambe est plus courte et on remarque de la douleur au mouvement. Si la fracture est à l'extérieur de la capsule, il se peut que la jambe soit plus courte.

Tests : D'habitude, des radiographies suffiront à établir le diagnostic. Quant aux fractures sous-capitales sans déplacement, on devra, à l'occasion, avoir recours à une scintigraphie osseuse ou à une tomographie afin de diagnostiquer la fracture. Les tomodensitométries et les imageries par résonance magnétique sont rarement nécessaires dans le présent cas.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Contusions au niveau de la hanche, fracture du bassin, fracture du fémur

EN QUOI CONSISTE LE TRAITEMENT?

Fractures sous-capitales : Ces fractures sont traitées à l'aide d'une fixation interne sous forme d'une plaque latérale à vis ou de la réfection de la surface articulaire (hémiarthroplastie).

Personnes âgées : Une fracture sous-capitale légèrement déplacée chez les personnes âgées peut être traitée avec succès à l'aide d'une fixation à vis. La probabilité de guérison est assez élevée dans un tel cas. Si la rotule de la hanche est complètement déplacée de la diaphyse, le traitement chirurgical de choix sera alors la réfection de la surface articulaire (hémiarthroplastie) ou l'arthroplastie totale.

Jeunes : Il s'agit de lésions de haute énergie associées à un risque assez élevé de nécrose avasculaire. Toutefois, la plupart des chirurgiens pensent que chez les jeunes, il vaut encore mieux essayer de faire une fixation interne par réduction chirurgicale. Quoique les risques de nécrose avasculaire et d'absence de consolidation soient élevés, les chirurgiens pensent qu'il vaut mieux courir ce risque si on est en mesure d'éviter la réfection d'une surface articulaire chez les jeunes. Il est préférable de procéder à cette intervention chirurgicale le plus tôt possible afin de réduire le risque de nécrose avasculaire.

Fracture intertrochantérienne : Ces fractures, qui se font rares chez les jeunes, sont traitées à l'aide d'une fixation à vis. Quoique le risque de nécrose avasculaire soit plus élevé chez les jeunes par opposition aux personnes âgées, la plupart de ces fractures guérissent bien et ne laissent aucune séquelle.

Fracture sous-trochantérienne : Ces fractures de haute énergie sont traitées à l'aide d'un clou centromédullaire et d'une vis de fixation latérale introduite dans le col du fémur.

COMPLICATIONS

Bien vouloir se reporter aux pages 3 à 5 pour une liste des complications générales.

Fracture sous-capitale : La complication la plus importante dans le cas des fractures sous-capitales est la nécrose avasculaire et le manque de consolidation avec perte de la réduction. Une telle complication mène à l'arthrite.

Fracture intertrochantérienne : En règle générale, ces fractures guérissent bien et ne laissent aucune séquelle. Toutefois, il se peut que l'on remarque un raccourcissement ou une rotation de la jambe lors du processus de guérison (cal vicieux).

Fracture sous-trochantérienne : Ces fractures de l'os le plus fort du corps résultent d'une force de haute énergie et entraînent d'importantes lésions des tissus mous. Dans le cas d'un retard de guérison ou d'un cal vicieux, il se peut que l'on ait à opter pour un greffon osseux. Il se peut également que la consolidation de la fracture soit en mauvaise position et qu'il y ait raccourcissement ou rotation de l'os.

Une complication commune à toutes les fractures des membres inférieurs (tout particulièrement de celles mettant en cause de gros os) est la thrombose veineuse profonde à laquelle s'ajoute un risque d'embolie pulmonaire. La plupart des personnes qui se fracturent la hanche reçoivent également un traitement préventif à l'aide d'anticoagulants afin de réduire ce risque.

Il y a également un risque d'infection après l'intervention chirurgicale, mais les antibiotiques prophylactiques réduisent ce risque.

QUELS SONT LES RÉSULTATS ESCOMPTÉS?

À condition qu'il n'y ait pas de nécrose avasculaire ou d'autre complication décrite ci-dessus, la plupart des fractures de la hanche guérissent bien et ne laissent aucune séquelle. Malgré le fait que la plupart de ces fractures se produisent à proximité de l'articulation, l'arthrose ne survient que rarement pourvu qu'il n'y ait pas de nécrose avasculaire.

Habituellement, la nécrose avasculaire mène à l'arthroplastie de la hanche. Chez les plus jeunes, il s'agit d'une complication regrettable puisqu'il y a de fortes chances qu'avec le temps, il y ait laxité de l'articulation nécessitant des réinterventions chirurgicales.

DOIT-ON ENVISAGER DES RESTRICTIONS OU DES MODIFICATIONS AU NIVEAU DU TRAVAIL?

Les principales restrictions dans le présent cas sont imposées par l'emploi d'une aide à la marche (béquilles, canne) et par le fait que le client ne peut supporter que très peu de poids jusqu'à ce que la fracture soit consolidée (8 à 12 semaines). À l'occasion, si on peut immobiliser la fracture fermement à l'aide d'une fixation interne, le client pourra commencer à supporter une partie de son poids ou encore, tout son poids quelque 2 ou 3 jours après l'intervention chirurgicale. Dans la plupart des cas, toutefois, le client ne pourra supporter qu'une partie de son poids jusqu'à ce que la fracture soit consolidée.

Dans le cas où le milieu de travail pourrait poser des problèmes, il y a lieu de faire appel à un ergothérapeute afin que celui-ci rende visite au lieu de travail.

EN QUOI CONSISTE LE PROGRAMME DE RÉADAPTATION TYPE?

Le client reçoit habituellement son congé quelque 5 à 7 jours après son intervention chirurgicale (lorsqu'il est en mesure de se déplacer assez facilement et en toute sécurité). Un physiothérapeute devra alors lui donner des directives en matière de marche et, habituellement, un programme de conditionnement afin de maintenir son tonus musculaire général. Une fois la fracture guérie, il se peut que le client ait besoin de traitements de physiothérapie additionnels dans le but de s'entraîner à marcher ou de renforcer sa démarche.

QUI SONT LES SPÉCIALISTES À CONSULTER AUX FINS DU TRAITEMENT, D'UN RENVOI OU D'UN EXAMEN INDÉPENDANT?

Un chirurgien orthopédiste

QUELS FACTEURS PEUVENT AVOIR UNE INCIDENCE SUR LA DURÉE D'INVALIDITÉ?

Retard de consolidation, absence de consolidation, nécrose avasculaire et complications de plaie associées à l'intervention chirurgicale

QUELLE EST LA DURÉE D'INVALIDITÉ PRÉVUE?

Fractures de la hanche sous-capitales, intertrochantériennes et sous-trochantériennes

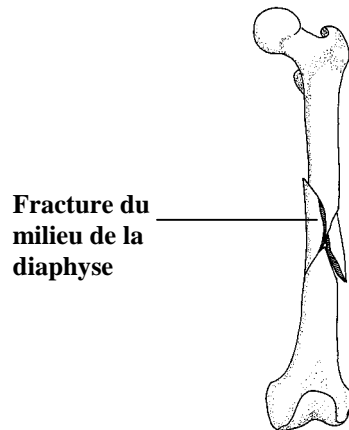
Classification des postes	Reprise du travail prévue Minimum / maximum
Travail sédentaire	4 à 12 semaines
Travail léger	8 à 16 semaines
Travail moyen	8 à 16 semaines
Travail lourd	12 à 24 semaines
Travail très lourd	selon le rapport médical

[Retour à la Table des matières](#)

[Aller à Fractures : Vue d'ensemble](#)

13. FRACTURES DE LA DIAPHYSE DU FÉMUR

COMMUNÉMENT APPELÉES : Fractures de la jambe, du fémur ou de la cuisse



EN QUOI CONSISTE UNE FRACTURE DE LA DIAPHYSE DU FÉMUR?

Le fémur est l'os le plus gros et le plus fort du corps humain. Les fractures du fémur chez les jeunes travailleurs surviennent à la suite d'un processus pathologique (ostéoporose, tumeur, autre cas pathologique) ou d'une blessure de haute énergie. Puisqu'il faut une énorme quantité d'énergie pour fracturer un fémur normal, ces fractures sont souvent très comminutives (de nombreux fragments). De plus, elles sont parfois exposées (le foyer de la fracture communiquant avec l'extérieur).

EN QUOI CONSISTE SA PERSONNALITÉ?

Le fait qu'il s'agisse d'une fracture du fémur laisse entendre qu'il s'agit d'un accident de haute énergie. Par conséquent, cette fracture est souvent associée à des traumatismes multiples. Il y a donc lieu de rechercher d'autres blessures, y compris d'autres fractures. Une fracture fermée et isolée du fémur qui est bien traitée et qui n'entraîne aucune complication guérit généralement bien et ne laisse aucune séquelle.

COMMENT EN FAIT-ON LE DIAGNOSTIC?

Antécédents : Accident de haute énergie (accident d'automobile, chute d'une hauteur, etc.)

Examen physique : Douleur au niveau de la hanche, enflure et difformité. On remarque souvent une rotation externe et un raccourcissement de la partie distale de la jambe fracturée.

Tests : D'habitude, des radiographies suffiront à établir le diagnostic et le traitement. Les tomodensitométries et les imageries par résonance magnétique sont rarement nécessaires dans le présent cas.

En raison des traumatismes multiples associés à ce genre de fracture, il se peut que l'on ait à faire de nombreuses explorations additionnelles.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Contusion des tissus mous, hématome au niveau du quadriceps, fracture de la hanche

EN QUOI CONSISTE LE TRAITEMENT?

On traite la plupart des fractures de la diaphyse du fémur à l'aide de clous intramédullaires. On opte parfois pour une fixation interne par réduction chirurgicale (clou ou plaque à compression).

COMPLICATIONS

Puisqu'il s'agit de blessures de haute énergie, la plupart des complications présentées dans la section *complications générales (pages 3 à 5)* sont possibles.

La complication cardiorespiratoire dans le présent cas est l'embolie graisseuse ou l'insuffisance respiratoire aiguë des états de choc. Cette complication se présente comme une inflammation du poumon qui peut s'avérer très sérieuse. Dans certains cas, le client doit être branché sur un respirateur artificiel. Il est à remarquer que l'on peut opter pour des méthodes de réanimation dans le but d'essayer de réduire le risque de cette complication.

Les complications vasculo-nerveuses sont remarquablement plus rares que l'on pourrait s'y attendre étant donné la grande quantité d'énergie nécessaire pour fracturer cet os. Toutefois, lorsque de telles complications se présentent, elles sont graves.

Il y a toujours un risque d'infection à la suite de toute intervention chirurgicale (le risque est moins grand dans le cas d'une fracture fermée traitée à l'aide de clous intramédullaires), tout particulièrement dans le cas de fractures ouvertes.

Il y a également un risque non négligeable de thrombose veineuse profonde qui peut être associée à une embolie pulmonaire.

Retard de consolidation et absence de consolidation : Le risque est considérablement moindre dans le cas des clients qui ont été traités à l'aide de clous intramédullaires. Le traitement d'une fracture du fémur à l'aide de vis et d'une plaque est associé à un taux plus élevé de retard de consolidation, d'absence de consolidation et, à l'occasion, de nécrose avasculaire au niveau des segments de la diaphyse du fémur.

Arthrose : À condition que la fracture ne mette pas en cause la hanche ou le genou, l'arthrose n'est pas une séquelle commune. Quant aux fractures du fémur avec des blessures liées au tableau de bord, il se peut que la rotule ou les ligaments aient été endommagés par suite du coup direct.

Bursite du trochanter : Les clients traités à l'aide de clous intramédullaires vont souvent présenter une irritation (bursite) des tendons au point d'insertion du clou (bursite du trochanter). La douleur continue au niveau de la partie extérieure de la cuisse, immédiatement au-dessous de la hanche, disparaît habituellement par suite de l'enlèvement du clou intramédullaire après une période d'un ou de deux ans.

QUELS SONT LES RÉSULTATS ESCOMPTÉS?

Quoique les fractures du fémur de haute énergie soient associées à des traumatismes multiples et à des blessures qui peuvent mettre la vie en danger, elles guérissent généralement bien à condition qu'il n'y ait pas de complications.

Une fois la période de guérison terminée, à condition que le client ne soit pas aux prises avec un raccourcissement ou un décalage en rotation, les résultats sont généralement très positifs. L'arthrite (autre qu'au niveau de la rotule, peut-être) est rare dans de tels cas.

DOIT-ON ENVISAGER DES RESTRICTIONS OU DES MODIFICATIONS AU NIVEAU DU TRAVAIL?

Les principales restrictions dans le présent cas sont imposées par le fait que le client ne peut supporter que très peu de poids jusqu'à ce que la fracture soit consolidée et par la nécessité d'employer des béquilles ou une canne pendant la période de guérison. Dans certains cas, si on peut immobiliser la fracture fermement à l'aide d'une fixation interne, le client pourra commencer à supporter une partie de son poids ou encore, tout son poids quelque 4 à 7 jours après la chirurgie. Dans la plupart des cas, toutefois, on recommande au client de ne supporter qu'une partie de son poids jusqu'à ce qu'on soit en mesure de constater la consolidation de la fracture. En règle générale, la période de guérison des fractures du fémur est de 12 à 16 semaines.

Dans le cas où le milieu de travail pourrait poser des problèmes, il y a lieu de faire appel à un ergothérapeute afin que celui-ci rende visite au lieu de travail.

EN QUOI CONSISTE LE PROGRAMME DE RÉADAPTATION TYPE?

Le client aura besoin des directives d'un physiothérapeute en matière de marche ainsi qu'un programme de conditionnement général afin d'éviter tout déconditionnement. Une raideur au niveau de la hanche pose rarement un problème quoique, à l'occasion, certains clients signaleront une douleur continue au niveau du point d'insertion du clou intramédullaire (immédiatement au-dessous et à l'extérieur de la hanche). Cette douleur disparaît habituellement suite à l'enlèvement du clou intramédullaire après une période d'un ou de deux ans.

En règle générale, les fractures du fémur guérissent dans une période de 12 à 16 semaines, suite à laquelle le client peut reprendre toutes ses activités. Il arrive souvent qu'un programme de renforcement et d'entraînement à la marche fasse partie du processus de réadaptation.

QUI SONT LES SPÉCIALISTES À CONSULTER AUX FINS DU TRAITEMENT, D'UN RENVOI OU D'UN EXAMEN INDÉPENDANT?

Un chirurgien orthopédiste

QUELS FACTEURS PEUVENT AVOIR UNE INCIDENCE SUR LA DURÉE D'INVALIDITÉ?

Traumatismes multiples, lésion vasculo-nerveuse, retard de consolidation, absence de consolidation, infection, thrombose veineuse profonde et raideur

QUELLE EST LA DURÉE D'INVALIDITÉ PRÉVUE?

Fémur (diaphyse)

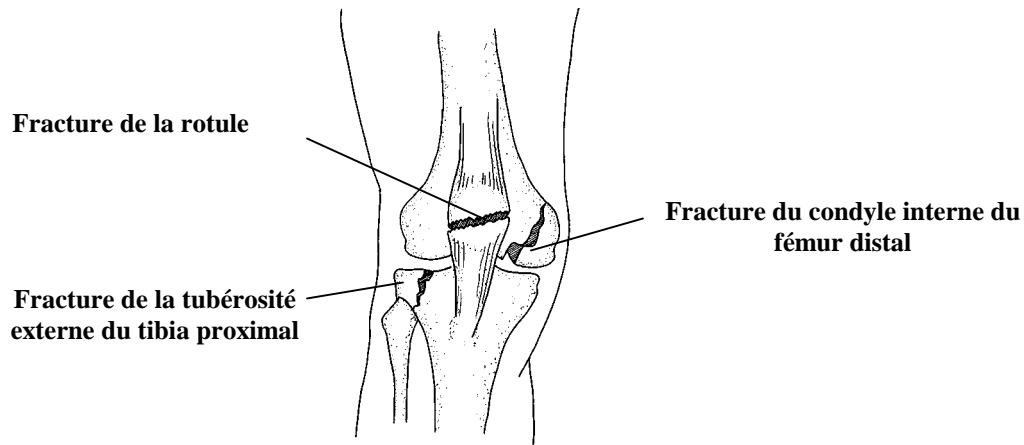
Classification des postes	Reprise du travail prévue Minimum / maximum
Travail sédentaire	4 à 12 semaines
Travail léger	12 à 16 semaines
Travail moyen	12 à 16 semaines
Travail lourd	12 à 16 semaines
Travail très lourd	20 à 26 semaines

[Retour à la Table des matières](#)

[Aller à Fractures : Vue d'ensemble](#)

14. FRACTURES DU GENOU

COMMUNÉMENT APPELÉES : Fracture du fémur distal, fracture du tibia proximal, fracture du plateau tibial, fracture du condyle fémoral, fracture de la rotule



EN QUOI CONSISTE LA FRACTURE DU GENOU?

L'articulation du genou comprend le fémur distal, la rotule et le tibia. Généralement, les fractures du genou sont des fractures de haute énergie nécessitant une grande quantité de force.

EN QUOI CONSISTE SA PERSONNALITÉ?

Les fractures du genou entraînent souvent des lésions aux ligaments. Il est à remarquer que le genou dépend largement des ligaments qui l'entourent pour ce qui est de sa stabilité et de sa fonction. Par conséquent, les fractures du genou peuvent rendre le client au dépourvu même après la consolidation de cette dernière!

Dans le cas des fractures intra-articulaires, il y a lieu d'opter pour une réduction anatomique si l'on veut éviter l'arthrose. Une telle mesure se révèle très importante dans le cas du genou puisqu'il s'agit d'une articulation mise en charge. Par conséquent, il convient de traiter ces fractures avec beaucoup de respect.

COMMENT EN FAIT-ON LE DIAGNOSTIC?

Antécédents : En règle générale, il s'agit d'une blessure de haute énergie (accident d'automobile, chute d'une hauteur, etc.) souvent associée à un coup direct au genou (blessure liée au tableau de bord).

Examen physique : Les principaux signes physiques sont les suivants : enflure, contusions et difformité. Quoiqu'elles ne se manifestent que rarement, il se peut qu'il y ait des lésions vasculo-nerveuses dont les signes physiques soient liés à une altération de l'apport sanguin ou nerveux à la partie distale de la jambe.

Tests : D'habitude, des radiographies de routine suffiront à établir le diagnostic de la plupart des fractures du genou. À l'occasion, on devra avoir recours à la tomographie ou à la tomodensitométrie afin de mieux délimiter la complexité de la fracture et de planifier l'intervention chirurgicale. Les imageries par résonance magnétique sont rarement nécessaires dans le présent cas.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Déchirure d'un ligament, luxation de la rotule, lésion des tissus mous et foulure du genou

EN QUOI CONSISTE LE TRAITEMENT?

À l'occasion, il est possible de traiter les fissures ou fractures sans déplacement à l'aide d'un simple stabilisateur de genou, d'un plâtre ou d'une attelle, posé pour une période de 2 à 3 semaines et suivi d'un programme modéré d'exercices d'amplitude successivement à la consolidation de l'os au cours des 2 à 3 semaines qui suivent. En règle générale, ces fractures guérissent dans une période de 6 à 8 semaines.

Puisque le genou est une grosse articulation qui est mise en charge et que les fractures du genou mettent habituellement en cause la surface articulaire, il est important que l'articulation soit reconstruite anatomiquement. En règle générale, on devra avoir recours à une intervention chirurgicale.

Le traitement chirurgical des fractures déplacées du fémur distal et du plateau tibial comprend généralement l'emploi de vis et de plaques latérales, souvent associé à un greffon osseux.

Le traitement des fractures de la rotule, à moins qu'il ne s'agisse d'une fissure ou d'une fracture stable, consiste en une fixation interne par réduction chirurgicale à l'aide de cerclage et de broches (cerclage de tension). S'il s'agit d'une fracture comminutive grave de la rotule, il se peut que l'on ait à enlever la rotule (patellectomie).

COMPLICATIONS

Bien vouloir se reporter aux pages 3 à 5 pour une liste des complications générales.

Les fractures du genou sont souvent associées à des déchirures graves des ligaments (croisés et latéraux). Par conséquent, suite à la guérison de la fracture, le client peut souvent se retrouver avec des problèmes d'instabilité ligamentaire que l'on devra corriger à l'aide d'une nouvelle intervention chirurgicale. Dans la mesure du possible, on réparera les ligaments au moment de la chirurgie initiale (quoique ce ne soit pas toujours possible).

L'arthrose post-traumatique est également une complication. Cette dernière peut survenir par suite du dommage initial à l'articulation ou par suite d'une incapacité de reconstruire l'articulation à l'aide d'une intervention chirurgicale en raison d'une destruction profonde de l'articulation.

Puisque le genou n'est recouvert ni de tissus mous ni de muscles, les fractures exposées (le foyer de la fracture communique avec l'extérieur) ne sont pas rares dans le présent cas. Les complications des fractures exposées comprennent l'infection, le retard de consolidation, l'absence de consolidation et l'arthrose.

La thrombose veineuse profonde est souvent associée aux fractures des plus gros os des membres inférieurs, tout particulièrement aux fractures nécessitant un alitement pour une période prolongée.

QUELS SONT LES RÉSULTATS ESCOMPTÉS?

Les blessures de moindre énergie avec peu de dommage à l'articulation et celles dont le chirurgien peut restaurer l'intégrité structurelle guérissent habituellement très bien.

Les fractures hautement comminutives de haute énergie avec beaucoup de dommages aux ligaments ne guérissent pas toujours bien et souvent, nécessitent plusieurs interventions chirurgicales. L'arthrite, l'instabilité et la raideur peuvent également poser des problèmes aux clients qui subissent de telles fractures.

La mise en œuvre précoce d'un programme d'exercices d'amplitude pour le genou est importante pour de bons résultats (à moins qu'on ait à protéger des ligaments réparés).

DOIT-ON ENVISAGER DES RESTRICTIONS OU DES MODIFICATIONS AU NIVEAU DU TRAVAIL?

Les principales restrictions dans le présent cas sont liées à la nécessité d'employer des moyens de déplacement, soit des béquilles, une canne ou un fauteuil roulant, suivant les restrictions dictées par la personnalité de la fracture.

Dans le cas où le milieu de travail pourrait poser des problèmes, il y a lieu de faire appel à un ergothérapeute afin que celui-ci rende visite au lieu de travail.

EN QUOI CONSISTE LE PROGRAMME DE RÉADAPTATION TYPE?

Fractures sans déplacement ou fissures : En règle générale, on immobilise la fracture à l'aide d'un stabilisateur de genou pour une période de plusieurs semaines. On limite également le poids que doit supporter l'articulation et on commence un programme modéré d'exercices d'amplitude aussitôt que le risque de luxation est nul (d'habitude, après une période de 2 à 3 semaines). Généralement, on est en mesure de reprendre ses activités normales dès la consolidation de l'os. Il se peut que le client ait besoin de traitements de physiothérapie pour améliorer l'amplitude des mouvements, la force de l'articulation ainsi que la marche.

Fractures comminutives déplacées : Les clients qui subissent des fractures intra-articulaires du genou ne doivent pas supporter tout le poids du corps dans les quelque 8 à 10 semaines qui suivent l'intervention chirurgicale, soit jusqu'à ce que la fracture soit suffisamment guérie.

Comme dans le cas de la plupart des fractures intra-articulaires, le point d'appui du processus de réadaptation qui suit la chirurgie comprend des exercices d'amplitude (dès que l'on peut commencer un tel programme en toute sécurité) et le report de la mise en charge jusqu'à la consolidation de l'os. En règle générale, on pourra entamer un programme d'exercices d'amplitude une ou deux semaines après la chirurgie tandis qu'on devra attendre quelque 8 à 12 semaines après l'intervention chirurgicale avant de commencer à supporter le poids du corps.

En règle générale, les fractures comminutives de haute énergie mettant en cause l'articulation du genou nécessiteront de nombreux traitements de physiothérapie afin de prévenir toute raideur du genou.

Pour ce qui est des fractures de la rotule, on pourra habituellement commencer à supporter son poids quelque temps après l'intervention chirurgicale (2 à 3 jours). Toutefois, il y a lieu d'éviter les flexions excessives et les levées actives de la jambe pendant la période de guérison. Les clients doivent également éviter les activités qui pourraient causer une contraction soudaine du quadriceps de peur de séparer les fragments d'os.

Il y a lieu de protéger tout ligament réparé contre les flexions excessives et les efforts de torsion jusqu'à ce qu'il soit guéri. Dans un tel cas, le programme de réadaptation est conçu en fonction des constatations et interventions chirurgicales.

QUI SONT LES SPÉCIALISTES À CONSULTER AUX FINS DU TRAITEMENT, D'UN RENVOI OU D'UN EXAMEN INDÉPENDANT?

Un chirurgien orthopédiste

QUELS FACTEURS PEUVENT AVOIR UNE INCIDENCE SUR LA DURÉE D'INVALIDITÉ?

La gravité de la fracture et la destruction articulaire / ligamentaire associée à cette dernière sont les plus importants facteurs pouvant avoir une incidence sur la durée d'invalidité. Une raideur, de la faiblesse et de l'instabilité du genou sont communes et on doit souvent avoir recours à un programme de réadaptation assez intense pour y remédier. Le risque d'arthrose peut être considérable. Des traumatismes multiples, des lésions vasculo-nerveuses, un retard de consolidation et des questions liées au travail peuvent également se révéler des facteurs dans le présent cas.

Il se peut également que l'on ait à traiter des lésions aux ligaments qui n'ont pas encore été traitées, et ce, après que l'os soit consolidé, mais avant que le client ne puisse reprendre le travail.

QUELLE EST LA DURÉE D'INVALIDITÉ PRÉVUE?

Fractures intra-articulaires du genou, du fémur distal et du tibia

Classification des postes	Reprise du travail prévue Minimum / maximum
Travail sédentaire	4 à 12 semaines
Travail léger	20 à 26 semaines
Travail moyen	24 à 36 semaines
Travail lourd	selon le rapport médical
Travail très lourd	selon le rapport médical

Luxation de la rotule ayant fait l'objet d'une réduction chirurgicale

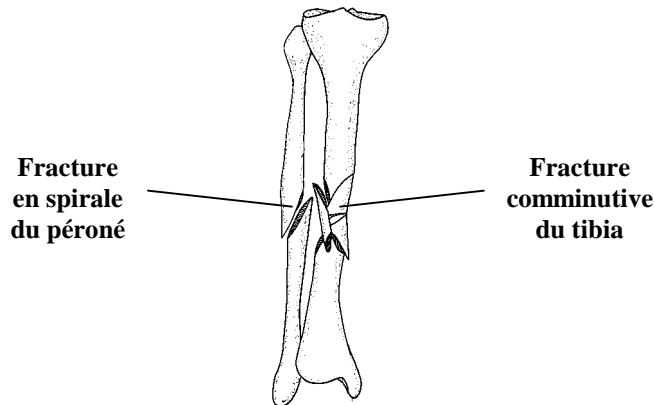
Classification des postes	Reprise du travail prévue Minimum / maximum
Travail sédentaire	2 à 4 semaines
Travail léger	2 à 6 semaines
Travail moyen	8 à 12 semaines
Travail lourd	8 à 12 semaines
Travail très lourd	8 à 12 semaines

[Retour à la Table des matières](#)

[Aller à Fractures : Vue d'ensemble](#)

15. FRACTURES DU TIBIA / PÉRONÉ (DIAPHYSE)

COMMUNÉMENT APPELÉES : Fracture de la cheville, fracture du tibia, fracture du tibia / péroné



EN QUOI CONSISTE UNE FRACTURE DU TIBIA / PÉRONÉ?

Le tibia et le péroné sont les deux os du mollet qui relient le genou et la cheville. Le tibia est le plus gros des deux os de la jambe et il supporte environ 80 % du poids mis en charge. Les fractures à la fois du tibia et du péroné sont souvent le résultat d'une combinaison de forces de compression, de torsion et de flexion. En règle générale, les fractures du péroné résultent d'un coup direct à la partie externe du mollet.

Puisque le mollet n'est pas recouvert de tissus mous et que le tibia est l'un des os les plus forts du corps (n'est surpassé que par le fémur), une très grande quantité d'énergie est nécessaire pour causer une fracture du tibia. Par conséquent, les fractures de haute énergie à la fois du tibia et du péroné sont associées à une grande destruction des tissus mous et à ses séquelles.

EN QUOI CONSISTE SA PERSONNALITÉ?

Les fractures du péroné sont plutôt simples et ne nécessitent aucune intervention. Habituellement, elles guérissent bien et ne laissent aucune séquelle. Les fractures de moindre énergie de la diaphyse du tibia sont également assez simples et guérissent bien sans laisser de séquelles. Les fractures de haute énergie des diaphyses du tibia et du péroné sont associées à d'importants dommages aux tissus mous. Souvent, il s'agit de fractures exposées (le foyer de la fracture communique avec l'extérieur) qui ont tendance à être le foyer d'infection ou connaître un retard ou une absence de consolidation. **En fait, de telles fractures peuvent être méchantes!**

COMMENT EN FAIT-ON LE DIAGNOSTIC?

Antécédents : Habituellement, le client fait part d'un important traumatisme au niveau du mollet. Dans le cas d'une fracture du péroné, il peut s'agir d'un coup direct à la partie externe du mollet.

Examen physique : Habituellement, on est en mesure de constater beaucoup d'enflure et de douleur au niveau de la fracture. On remarque assez souvent (dans environ 10 % des cas) des fractures exposées (foyer de la fracture communiquant avec l'extérieur).

Il convient d'évaluer attentivement l'état vasculo-nerveux du pied ainsi que l'état des muscles du mollet afin d'éliminer la possibilité d'un syndrome de loge ou d'une lésion vasculo-nerveuse.

Tests : D'habitude, des radiographies de routine suffiront à établir le diagnostic, le traitement et le suivi de ces fractures.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Hématome soléaire-gastrocnémien, élancement du tendon plantaire, contusion des tissus mous ou contusion

EN QUOI CONSISTE LE TRAITEMENT?

Fracture de la diaphyse du péroné : En règle générale, ces fractures guérissent bien sans traitement autre que celui qui est nécessaire au confort du client. Aucune restriction en matière de mise en charge ni aucun plâtre ne s'impose dans le présent cas quoique certains clients insistent sur un plâtre pour des raisons de confort. (Franchement, un plâtre dans le présent cas souvent gêne plus qu'il n'aide!) Quant aux traitements, on doit élever la jambe et y mettre des compresses froides pour une période d'environ 48 heures, suivi d'une mobilisation graduelle et de l'application de chaleur modérée, etc. Une intervention chirurgicale est rarement nécessaire dans le présent cas sauf si la fracture met en cause une surface articulaire.

Fracture stable du tibia et du péroné : Pour ce qui est des fractures stables du tibia et du péroné sans déplacement, il y a lieu d'immobiliser la fracture, à l'aide d'un plâtre ou d'un appareil orthopédique, pour une période de 4 à 6 semaines, soit jusqu'à la consolidation des fragments d'os.

Fractures comminutives et instables du tibia et du péroné : Une intervention chirurgicale s'impose dans le présent cas. Dans la plupart des cas, on opte pour une fixation interne à l'aide de clous intramédullaires quoique dans certains cas, suivant la configuration de la fracture et l'expérience du chirurgien, on optera pour une fixation interne par plaque de compression.

Souvent, on se servira de clous intramédullaires et de vis de blocage aux niveaux proximal et distal afin de prévenir tout raccourcissement et tout décalage en rotation lors de la période de guérison. Assez souvent, on devra enlever ces vis de blocage quelque 6 à 12 semaines après la chirurgie afin d'accélérer la consolidation de la fracture (dynamisation).

D'habitude, on procède à l'enlèvement des dispositifs de fixation (clous ou plaque) quelque 6 à 12 mois après la chirurgie puisqu'ils ont tendance à irriter les tissus mous du mollet ou du genou.

COMPLICATIONS

Bien vouloir se reporter aux pages 3 à 5 pour une liste des complications générales.

Syndrome de loge : Le syndrome de loge est la complication associée aux fractures du tibia et du péroné que l'on craint le plus. Un tel syndrome survient par suite d'un traumatisme aux muscles et de l'enflure résultante à l'intérieur de l'enveloppe serrée qui recouvre le muscle. Il s'agit d'une complication dévastatrice qui peut entraîner une destruction des muscles. Cette complication est également associée à une douleur profonde et exige une intervention chirurgicale sans délai. On craint principalement le syndrome de loge dans le cas des fractures de l'avant-bras et du mollet.

Le retard et l'absence de consolidation sont les complications les plus communes dans le cas des fractures du tibia et du péroné. Dans certains cas, on doit procéder à une deuxième intervention chirurgicale et à un greffon osseux.

Les complications au niveau de la peau et des tissus mous sont communes. En raison de l'absence d'une importante couche de tissus mous au niveau de la cheville, les fractures à proximité de celle-ci peuvent être associées à des dommages aux tissus nécessitant une greffe cutanée ou une autre intervention.

Une embolie graisseuse ou une insuffisance respiratoire aiguë des états de choc peut survenir dans le cas d'une fracture de haute énergie du tibia et du péroné. Dans un tel cas, des gouttelettes graisseuses sont libérées dans le sang au moment de la fracture. Ces dernières peuvent alors se rendre aux poumons et aux autres parties du corps pour ensuite causer une réaction inflammatoire dans les poumons semblable à une pneumonie.

La thrombose veineuse profonde ne se fait pas rare dans le cas des fractures à la fois du tibia et du péroné ou des fractures du péroné. En fait, elle est tout particulièrement commune à la suite d'une blessure à un membre inférieur.

Le risque d'arthrite est peu élevé puisque les fractures de la diaphyse ne mettent pas en cause une articulation.

QUELS SONT LES RÉSULTATS ESCOMPTÉS?

En règle générale, les fractures de la diaphyse du péroné guérissent bien sans laisser de séquelles.

Les fractures fermées et de faible énergie à la fois du péroné et du tibia guérissent habituellement bien, dans une période de 8 à 12 semaines, sans laisser de séquelles. Les fractures traitées à l'aide d'un plâtre ont tendance à guérir plus vite que celles qui sont traitées à l'aide de clous intramédullaires. Toutefois, ces dispositifs intramédullaires ont tendance à favoriser une réadaptation plus rapide du genou et des autres articulations. À l'exception des complications, le cas échéant, la plupart des fractures à la fois du péroné et du tibia guérissent bien sans laisser de séquelles.

Les complications des fractures de haute énergie décrites précédemment peuvent avoir un effet spectaculaire sur les résultats escomptés.

Pour ce qui est des jeunes, on doit habituellement enlever les dispositifs de fixation à un moment donné après la période de rétablissement.

DOIT-ON ENVISAGER DES RESTRICTIONS OU DES MODIFICATIONS AU NIVEAU DU TRAVAIL?

Si la fracture est assez stable ou a été suffisamment consolidée, au moyen d'une intervention chirurgicale, pour permettre une mise en charge, les seules restrictions dans le présent cas sont celles dictées par les malaises ressentis et par la nécessité d'employer des béquilles, une canne ou un autre moyen de déplacement.

Dans certains cas, il y a lieu de limiter la mise en charge pour une période pouvant atteindre 12 semaines afin de permettre la guérison de l'os. (Dans de tels cas, il y a lieu d'envisager des modifications au niveau du lieu de travail.)

Dans le cas où le milieu de travail pourrait poser des problèmes, il y a lieu de faire appel à un ergothérapeute afin que celui-ci rende visite au lieu de travail.

EN QUOI CONSISTE LE PROGRAMME DE RÉADAPTATION TYPE?

Les clients dont la fracture a été immobilisée à l'aide d'un plâtre auront besoin de traitements de physiothérapie pour améliorer leur marche. Il conviendra alors de donner de l'importance à l'amplitude des articulations du genou et de la cheville. Il n'est pas rare de constater une certaine raideur au niveau du genou, tout particulièrement dans le cas où le client a dû porter un plâtre jambier ou une attelle pendant une assez longue période.

Après l'intervention chirurgicale, il se peut que le client ait besoin de directives en matière de marche et d'un programme de renforcement général.

QUI SONT LES SPÉCIALISTES À CONSULTER AUX FINS DU TRAITEMENT, D'UN RENVOI OU D'UN EXAMEN INDÉPENDANT?

Un chirurgien orthopédiste

QUELS FACTEURS PEUVENT AVOIR UNE INCIDENCE SUR LA DURÉE D'INVALIDITÉ?

Les complications mentionnées précédemment sont les plus importants facteurs pouvant avoir une incidence sur la durée d'invalidité. Un retard de consolidation est la cause la plus commune d'un retard dans le processus de guérison.

Des traumatismes multiples, des lésions vasculo-nerveuses, une raideur, un retard de consolidation et des questions liées au travail peuvent également avoir une incidence sur la durée d'invalidité.

QUELLE EST LA DURÉE D'INVALIDITÉ PRÉVUE?

Tibia (diaphyse)

Classification des postes	Reprise du travail prévue Minimum / maximum
Travail sédentaire	4 à 6 semaines
Travail léger	8 à 12 semaines
Travail moyen	14 à 16 semaines
Travail lourd	20 à 26 semaines
Travail très lourd	selon le rapport médical

Péroné (diaphyse)

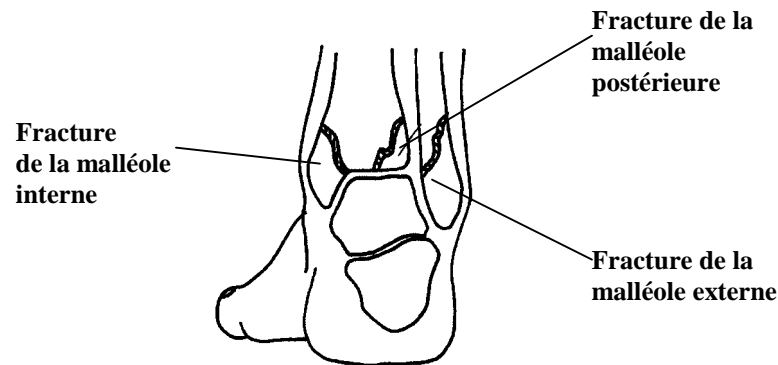
Classification des postes	Reprise du travail prévue Minimum / maximum
Travail sédentaire	1 à 2 semaines
Travail léger	1 à 2 semaines
Travail moyen	6 semaines
Travail lourd	6 semaines
Travail très lourd	6 semaines

[Retour à la Table des matières](#)

[Aller à Fractures : Vue d'ensemble](#)

16. FRACTURES DE LA CHEVILLE

COMMUNÉMENT APPELÉES : Fracture de la cheville, fractures interne / externe / postérieure / bimalléolaire / trimalléolaire



EN QUOI CONSISTE UNE FRACTURE DE LA CHEVILLE?

La cheville est une articulation à charnière assez complexe qui se fracture habituellement à la suite d'une force de torsion. En règle générale, la fracture met en cause une combinaison de trois os : la malléole externe (péroné), la malléole interne ou la malléole postérieure (plafond tibial).

EN QUOI CONSISTE SA PERSONNALITÉ?

Les fractures fermées de la cheville guérissent bien et ne laissent aucune séquelle à condition qu'il n'y ait pas de dommage à l'articulation et que l'on ait pu procéder à une réduction anatomique. Le problème le plus commun est une raideur articulaire passagère.

COMMENT EN FAIT-ON LE DIAGNOSTIC?

Antécédents : Habituellement, le client fait part d'une entorse associée, à l'occasion, à une chute. Les chevilles des personnes âgées et des personnes atteintes d'ostéoporose se fracturent facilement.

Examen physique : Habituellement, on est en mesure de constater de l'enflure, des contusions, de la douleur au mouvement et une sensibilité au toucher. En règle générale, on ne remarque aucune difformité sauf dans le cas où il y a luxation incomplète ou complète. Dans la plupart des cas, on remarque une sensibilité au toucher au niveau de la fracture.

Il convient également d'**examiner les ligaments de la cheville** puisqu'ils peuvent être déchirés eux aussi et causer une instabilité de la cheville même si la radiographie suggère une fracture stable sans déplacement. Il y a lieu d'inclure un examen vasculo-nerveux du pied quoique les dommages vasculo-nerveux soient plutôt rares dans le présent cas.

Tests : D'habitude, les radiographies de routine (**y compris une incidence en oblique afin de s'assurer qu'il n'y a pas luxation de la cheville**) suffiront à établir le diagnostic et le traitement de ces fractures. À l'occasion, on devra avoir recours à des radiographies en position forcée. La tomodensitométrie et l'imagerie par résonance magnétique sont rarement nécessaires dans le présent cas.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Entorse de la cheville, rupture du tendon d'Achille, fracture du plafond tibial ou du calcanéum. En règle générale, on sera en mesure d'éliminer ces derniers à l'aide de radiographies et d'un examen physique effectué avec soin.

Les fractures du plafond tibial sont des fractures de haute énergie de la partie distale du tibia. Elles sont souvent des fractures intra-articulaires graves qui peuvent causer de sérieux dommages à l'articulation même. Elles mènent souvent à une raideur articulaire, à l'arthrite et à une invalidité partielle permanente. Dans certains cas, on se sert de l'expression « fracture du plafond tibial » pour désigner une fracture de la cheville, mais, à vrai dire, ce n'est pas une fracture de la cheville!

EN QUOI CONSISTE LE TRAITEMENT?

Le traitement de la fracture varie selon l'os en cause, le lieu de la fracture et la présence de lésions aux ligaments. Les options de traitement comprennent la protection de la fracture à l'aide d'un plâtre ou d'une attelle, s'il s'agit d'une fracture stable sans déplacement, ou une réduction / stabilisation orthopédique ou chirurgicale, s'il s'agit d'une fracture instable ou déplacée.

En règle générale, lorsqu'une fracture ne met en cause qu'un os, qu'elle n'est pas déplacée et qu'il n'y a aucune lésion à un ligament, il s'agit d'une fracture stable. De telles fractures ne doivent être protégées que pour une période de 5 à 6 semaines, soit jusqu'à ce qu'elles guérissent. S'il n'y a pas beaucoup d'enflure au niveau des tissus mous, elles peuvent être traitées dans les quelques jours qui suivent à l'aide d'une attelle et d'un pansement compressif suivis d'une attelle ou d'un pansement compressif amovible *Air Cast*. La mobilisation et les soins personnels sont alors beaucoup plus faciles qu'avec un plâtre. Il y a lieu de faire des radiographies après une et trois semaines afin de s'assurer que la fracture est stable, pour ensuite faire une dernière radiographie après 6 semaines.

Il convient alors de traiter toutes les autres fractures au moyen d'une intervention chirurgicale afin de rétablir l'anatomie ou d'assurer la stabilité de l'os jusqu'à ce que le processus de guérison soit bien entamé. Une fixation interne par intervention chirurgicale s'impose donc dans le présent cas. Il se peut également que l'on ait à réparer des déchirures aux ligaments au moyen d'une intervention chirurgicale. Un des avantages de la réduction chirurgicale est qu'elle permet une mobilisation précoce de la cheville.

S'il y a un écart entre les surfaces articulaires (*diastasis*) du tibia et du péroné, on devra habituellement avoir recours à une vis que l'on placera entre les deux os. Une telle intervention exclut toute possibilité de mise en charge jusqu'à ce que la diastasis soit guérie (6 à 8 semaines) et que l'on enlève la vis lors d'une deuxième intervention chirurgicale.

COMPLICATIONS

Bien vouloir se reporter aux pages 3 à 5 pour une liste des complications générales.

La raideur est une complication des fractures de la cheville et peut prendre plusieurs mois à se résoudre. Une mobilisation précoce peut la prévenir à condition qu'elle ne nuise pas au traitement.

L'arthrite est également possible si l'articulation a été suffisamment endommagée ou encore, si l'articulation est consolidée en mauvaise position (cal vicieux).

La dystrophie sympathique réflexe (habituellement mineure) peut survenir dans le cas des fractures de la cheville, tout particulièrement si elles sont protégées au moyen d'un plâtre, sans mise en charge, pour de longues périodes. Habituellement, elle se résout lorsqu'on procède à une réadaptation active.

QUELS SONT LES RÉSULTATS ESCOMPTÉS?

La plupart des fractures de la cheville guérissent bien sans laisser de séquelles, tout particulièrement lorsqu'elles guérissent dans une position parfaite. Toutefois, une raideur, laquelle varie d'une personne à l'autre, est commune pour une période de 3 à 6 mois après la fracture.

Si l'articulation a été endommagée, il se peut que le client soit atteint d'arthrite post-traumatique. Dans le cas de lésions aux ligaments, il se peut que le client se plaigne d'entorses de la cheville à répétition (rare).

DOIT-ON ENVISAGER DES RESTRICTIONS OU DES MODIFICATIONS AU NIVEAU DU TRAVAIL?

Dans certains cas, il se peut que l'on ait à limiter ou à interdire la mise en charge avec l'utilisation de béquilles, de cannes ou de d'autres appareils pour une période de 3 à 6 semaines, et à limiter la position debout, la montée d'escaliers et la marche. Le client peut reprendre un travail sédentaire dès qu'il se sent en mesure de le faire et dès qu'il peut tolérer la position assise, avec une cheville dépendante, pour les périodes requises. La reprise d'un travail plus exigeant dépend de la consolidation de l'os et du confort du client. La reprise du travail doit être adaptée aux tolérances du client et aux exigences de travail. Il se peut que le client ait à prendre des pauses et à élever sa cheville.

Dans le cas où le milieu de travail pourrait poser des problèmes, il y a lieu de faire appel à un ergothérapeute afin que celui-ci rende visite au lieu de travail.

EN QUOI CONSISTE LE PROGRAMME DE RÉADAPTATION TYPE?

Il y a lieu d'entamer un programme de physiothérapie axé sur l'amplitude des mouvements et le soin des tissus mous dès que l'on peut enlever le dispositif d'immobilisation de la fracture en toute sécurité aux fins des séances de thérapie. Un programme d'entraînement à la marche, d'amélioration de l'amplitude des mouvements de la cheville et de gestion des tissus mous accélèrera le processus de guérison. Une fois l'os consolidé, une petite série de traitements de physiothérapie (2 ou 3) peut souvent se révéler utile aux fins de la réadaptation des tissus mous et des ligaments.

QUI SONT LES SPÉCIALISTES À CONSULTER AUX FINS DU TRAITEMENT, D'UN RENVOI OU D'UN EXAMEN INDÉPENDANT?

Un chirurgien orthopédiste

QUELS FACTEURS PEUVENT AVOIR UNE INCIDENCE SUR LA DURÉE D'INVALIDITÉ?

Les fractures malléolaires guérissent plus vite que les fractures bimalléolaires et trimalléolaires. Les fractures associées à des luxations, des lésions des tissus mous, un écartement entre les ligaments des parties distales du tibia et du péroné (diastasis) ou à des dommages aux articulations guérissent plus lentement. Il se peut même que l'arthrite post-traumatique n'apparaisse pas sur les radiographies pour des mois ou des années.

Dans le cas d'un diastasis et de la pose d'une vis pour le corriger, on aura à reporter la mise en charge jusqu'à l'enlèvement de la vis après une période de 4 à 8 semaines. La nécessité d'une mise en charge réduite et d'une deuxième intervention chirurgicale nuira au processus de guérison.

La gravité et le type de fracture, le traitement, les lésions concomitantes aux ligaments, une immobilisation prolongée et les exigences de travail ont tous une incidence sur la date de la reprise du travail.

QUELLE EST LA DURÉE D'INVALIDITÉ PRÉVUE?

Fracture malléolaire (externe ou interne, stable)

Classification des postes	Reprise du travail prévue Minimum / maximum
Travail sédentaire	1 à 4 semaines
Travail léger	1 à 4 semaines
Travail moyen	8 à 10 semaines
Travail lourd	8 à 10 semaines
Travail très lourd	8 à 10 semaines

Fracture bimalléolaire ou trimalléolaire (nécessitant une intervention chirurgicale)

Classification des postes	Reprise du travail prévue Minimum / maximum
Travail sédentaire	4 à 6 semaines
Travail léger	6 à 12 semaines
Travail moyen	8 à 12 semaines
Travail lourd	8 à 12 semaines
Travail très lourd	8 à 12 semaines

Fracture trimalléolaire avec diastasis (nécessitant souvent deux interventions chirurgicales)

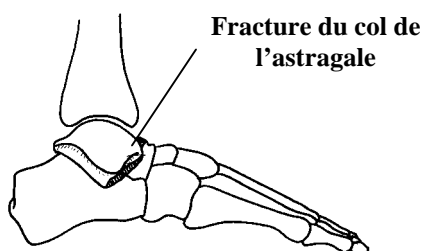
Classification des postes	Reprise du travail prévue Minimum / maximum
Travail sédentaire	6 à 8 semaines
Travail léger	6 à 8 semaines
Travail moyen	12 à 24 semaines
Travail lourd	12 à 24 semaines
Travail très lourd	12 à 24 semaines

[*Retour à la Table des matières*](#)

[Aller à Fractures : Vue d'ensemble](#)

17. FRACTURES DE L'ASTRAGALE

COMMUNÉMENT APPELÉES : Fracture de l'astragale de l'aviateur



EN QUOI CONSISTE UNE FRACTURE DE L'ASTRAGALE?

L'astragale compte parmi les os du pied les plus importants puisqu'il supporte et distribue le poids du corps. Il permet le mouvement entre le tibia et le pied ainsi qu'entre le talon et le milieu du pied. Les fractures de l'astragale sont au deuxième rang en ce qui concerne les fractures du tarse les plus communes (le calcanéum occupe le premier rang).

EN QUOI CONSISTE SA PERSONNALITÉ?

De telles fractures sont potentiellement méchantes! En fait, une fracture de l'astragale peut être dévastatrice principalement parce que la vascularisation de cet os est très mince (risque de nécrose avasculaire) et qu'il s'agit d'un des principaux os portants. De plus, la complication d'une nécrose avasculaire peut s'avérer catastrophique!

COMMENT EN FAIT-ON LE DIAGNOSTIC?

Antécédents : En règle générale, il s'agit d'une fracture causée par une force de dorsiflexion soudaine au niveau du milieu du pied. Le col de l'astragale est alors forcé contre la partie avant de l'articulation de la cheville, laquelle agit comme un point d'appui, et une fracture en résulte. Anciennement, on parlait d'une « fracture de l'astragale de l'aviateur » pour désigner cette fracture puisque le palonnier de l'avion causait souvent ce type de fracture lors d'un accident d'atterrissage. De nos jours, on retrouve cette fracture le plus souvent chez les victimes d'accidents de motocyclette.

Examen physique : Le client se plaint d'une douleur intense au niveau du pied et de la cheville. L'intensité de la douleur dépend du temps qui s'est écoulé entre l'accident et l'examen médical. Habituellement, on est en mesure de constater de l'enflure et une sensibilité au toucher marquées au niveau du foyer de la fracture et, dans le cas d'accidents de haute énergie, il se peut que le foyer de la fracture communique avec l'extérieur (fracture exposée). S'il y a luxation, on peut remarquer une difformité apparente. Il se peut également que la peau qui recouvre le foyer de la fracture soit très étirée ou endommagée.

Tests : D'habitude, les radiographies de routine suffiront à établir le diagnostic, le traitement et la gestion de ces fractures. À l'occasion, on devra avoir recours à une tomographie ou à une tomodensitométrie afin de planifier l'intervention chirurgicale. L'imagerie par résonance magnétique est rarement nécessaire dans le présent cas.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Fracture de la cheville ou du calcanéum (talon), fracture de l'articulation médiotarsienne, entorse grave de la cheville ou du pied et luxation isolée de l'articulation sous-astragalienne

EN QUOI CONSISTE LE TRAITEMENT?

Le traitement des fractures sans déplacement consiste en l'immobilisation de la fracture à l'aide d'un plâtre pour une période de 8 à 10 semaines.

Pour ce qui est des fractures déplacées, il y a lieu d'opter pour une réduction ouverte ou, le plus souvent, pour une fixation interne par réduction chirurgicale, dans la plupart des cas à l'aide de vis.

COMPLICATIONS

Bien vouloir se reporter aux pages 3 à 5 pour une liste des complications générales.

Les lésions des tissus mous sont les complications immédiates que l'on craint le plus. En fait, il s'agit souvent de fractures graves de haute énergie qui entraînent des dommages considérables aux tissus mous. Assez souvent, il s'agit de fractures exposées ou même associées à une luxation de l'astragale. Les problèmes au niveau des tissus mous, à ce titre, peuvent constituer une source de préoccupation majeure.

La nécrose avasculaire (perte de l'apport sanguin) compte parmi les complications à long terme les plus sérieuses des fractures de l'astragale (tout particulièrement lorsqu'elles sont associées à une luxation). En fait, il se peut que l'on ait à pratiquer plusieurs interventions chirurgicales avant que l'on puisse en arriver à une consolidation de l'os.

La raideur et l'arthrite sont des complications communes.

QUELS SONT LES RÉSULTATS ESCOMPTÉS?

Le pronostic des fractures de l'astragale non ou légèrement déplacées est habituellement favorable. Si la fracture est associée à une luxation, le pronostic est sombre. En effet, dans un tel cas, 20 % des clients présentent une nécrose avasculaire tandis que 75 % des clients finissent par présenter une arthrite sous-astragalienne.

DOIT-ON ENVISAGER DES RESTRICTIONS OU DES MODIFICATIONS AU NIVEAU DU TRAVAIL?

Les restrictions ou modifications au niveau du travail sont dictées par la possibilité d'une mise en charge limitée et de la marche avec un plâtre ou des béquilles.

Dans le cas où le milieu de travail pourrait poser des problèmes, il y a lieu de faire appel à un ergothérapeute afin que celui-ci rende visite au lieu de travail.

EN QUOI CONSISTE LE PROGRAMME DE RÉADAPTATION TYPE?

En règle générale, les fractures sans déplacement guérissent bien sans laisser de séquelles. Toutefois, le client devra suivre des traitements de physiothérapie à des fins d'entraînement à la marche et de conditionnement général. Une fois l'os consolidé, il y a souvent beaucoup de raideur au niveau du pied. Il se peut donc que le client ait à suivre de nombreux traitements de physiothérapie afin de mobiliser les diverses articulations.

Les fractures déplacées de l'astragale peuvent prendre très longtemps à guérir. Il y a également une possibilité de nécrose avasculaire par suite de l'interruption de l'apport sanguin.

QUI SONT LES SPÉCIALISTES À CONSULTER AUX FINS DU TRAITEMENT, D'UN RENVOI OU D'UN EXAMEN INDÉPENDANT?

Un chirurgien orthopédiste

QUELS FACTEURS PEUVENT AVOIR UNE INCIDENCE SUR LA DURÉE D'INVALIDITÉ?

Le retard ou le manque de consolidation est le facteur le plus commun pouvant avoir une incidence sur la durée d'invalidité. La raideur, l'arthrose et des douleurs au niveau du pied sont également au nombre des autres facteurs qui peuvent retarder la reprise du travail. La nécrose avasculaire peut s'avérer une complication dévastatrice!

Des traumatismes multiples, des lésions vasculo-nerveuses, une arthrose post-traumatique et des questions liées au travail peuvent également avoir une incidence sur la durée d'invalidité.

QUELLE EST LA DURÉE D'INVALIDITÉ PRÉVUE?

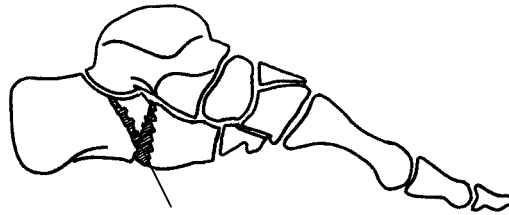
Classification des postes	Reprise du travail prévue Minimum / maximum
Travail sédentaire	3 à 6 semaines
Travail léger	12 à 24 semaines
Travail moyen	12 à 26 semaines
Travail lourd	selon le rapport médical
Travail très lourd	selon le rapport médical

[Retour à la Table des matières](#)

[Aller à Fractures : Vue d'ensemble](#)

18. FRACTURES DU TALON

COMMUNÉMENT APPELÉES : Fracture du calcanéum



Fracture au niveau du corps du calcanéum

EN QUOI CONSISTE UNE FRACTURE DU TALON?

Le calcanéum est l'os le plus volumineux du tarse. En règle générale, les fractures du calcanéum surviennent lorsqu'une personne fait une chute d'une hauteur (un toit ou un échafaudage) et tombe sur son talon. L'os situé au-dessus du calcanéum (l'astragale) est alors enfoncé dans l'articulation du calcanéum, un peu comme un bélier, la brisant en éclats. Puisque l'énergie est également transmise à la colonne lombaire, les fractures du talon sont souvent associées à des fractures par tassement vertébral.

Les fractures du calcanéum sont classées selon leur emplacement, la mise en cause d'une surface articulaire, le cas échéant, et le montant de déplacement.

EN QUOI CONSISTE SA PERSONNALITÉ?

Il s'agit d'une méchante fracture. En fait, ces fractures surviennent au niveau d'une des principales articulations de mise en charge et sont habituellement associées à beaucoup de dommages à l'articulation. Elles peuvent enfler très rapidement et être compliquées par d'importantes lésions des tissus mous, des syndromes de loge, une vésication ou éruption de la peau. Même chez les spécialistes, il y a toute une divergence d'opinions au sujet de la gestion de ces fractures et par conséquent, il n'y a aucune méthode de traitement unanimement acceptée.

Cette fracture peut mettre fin à une carrière de manœuvre!

COMMENT EN FAIT-ON LE DIAGNOSTIC?

Antécédents : Les clients font part d'un événement traumatique telle une chute d'une hauteur ou une chute sur le talon. Au début, on pourrait penser qu'il s'agit d'une fracture de la cheville, mais elle diffère de celle-ci en raison de l'impact direct plutôt que d'une force de torsion, laquelle cause la fracture de la cheville. Le client se plaindra également d'une douleur prononcée et ne pourra supporter aucun poids au niveau du talon.

Il convient également de demander au client s'il ressent de la douleur au dos puisqu'il aurait pu subir, à la même occasion, une fracture par tassement vertébral par suite de l'impact.

Examen physique : Les fractures du talon sont des lésions de haute énergie qui peuvent être associées à une enflure rapide et profonde. Par conséquent, il y a une possibilité de complications vasculo-nerveuses en raison de l'enflure dans les groupes musculaires du pied qui sont plutôt restreints (syndrome de loge). En raison du risque de lésions vasculo-nerveuses, il convient d'évaluer ces structures avec soin. On doit également faire un examen de la colonne afin d'éliminer la possibilité d'une fracture vertébrale.

Tests : Puisque ces fractures sont beaucoup plus rares que les fractures de la cheville, on n'y pense pas toujours et s'il n'y a qu'un léger déplacement, on peut facilement les manquer sur les radiographies initiales. D'habitude, les radiographies de routine du pied et de la cheville suffiront à établir le diagnostic, mais on aura souvent recours aux tests spéciaux tels la tomодensitométrie ou la tomographie pour évaluer l'ampleur des dommages et pour planifier le traitement. L'imagerie par résonance magnétique est rarement nécessaire dans le présent cas.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

On peut confondre les fractures ou entorses graves de la cheville avec les fractures du talon. L'emplacement des contusions, soit **sous le talon** (et non autour de la cheville), conjointement avec une sensibilité au toucher au niveau du talon, aident à faire la distinction clinique entre la fracture du talon et la lésion à la cheville.

EN QUOI CONSISTE LE TRAITEMENT?

Dès que le diagnostic est établi, il est important de faire un pansement compressif sur le champ et d'élever le pied afin de soutenir les tissus mous et de prévenir toute enflure additionnelle. Il y a lieu de surveiller l'état du pied afin de déceler toute complication vasculo-nerveuse (syndrome de loge).

Malheureusement, il n'y a aucune méthode de traitement unanimement acceptée. Il s'agit en effet de fractures qui sont difficiles à traiter puisqu'elles sont associées à une forte incidence de complications, de douleur chronique au talon et de raideur. Le traitement de cette fracture à l'aide d'un plâtre peut donner lieu à une raideur excessive; toutefois, il en est de même pour une intervention chirurgicale un peu trop agressive.

La chirurgie est habituellement à conseiller dans le cas des fractures déplacées ou mettant en cause une surface articulaire. En règle générale, on pose un plâtre ou pansement compressif par suite de l'intervention chirurgicale. On a également tendance à opter pour une mobilisation post-opératoire précoce quoiqu'on recommande habituellement la cessation de toute mise en charge jusqu'à ce que la fracture soit guérie.

À l'occasion, on traitera une telle fracture à l'aide d'un plâtre suivi de traitements de physiothérapie énergiques jusqu'à ce que la fracture soit guérie.

En règle générale, dans le cas des fractures déplacées, on a tendance à opter pour ce qui suit : 1. intervention chirurgicale précoce; 2. mobilisation post-opératoire précoce dans le but de prévenir la raideur; 3. mise en charge différée, soit pour une période de 6 à 8 semaines afin de permettre la guérison.

COMPLICATIONS

Bien vouloir se reporter aux pages 3 à 5 pour une liste des complications générales.

Puisqu'il s'agit habituellement de fractures de haute énergie mettant en cause une articulation de mise en charge, les complications sont très courantes : dommages aux tissus mous, syndrome de loge, arthrose et rigidité articulaire. Les fractures par tassement vertébral peuvent également être associées aux fractures du talon.

QUELS SONT LES RÉSULTATS ESCOMPTÉS?

Généralement, les fractures qui ne mettent pas en cause une surface articulaire et qui ne sont pas déplacées (moins de 25 % des fractures) guérissent bien sans complication à long terme. Toutefois, il se peut que la raideur et la douleur prennent du temps à disparaître. De plus, bon nombre de clients se retrouvent avec des malaises et de la douleur à long terme et, en fin de compte, doivent subir une arthrodèse sous-astragalienne.

DOIT-ON ENVISAGER DES RESTRICTIONS OU DES MODIFICATIONS AU NIVEAU DU TRAVAIL?

Quoique cette blessure puisse mettre fin à une carrière de manœuvre, un très grand nombre (plus de 50 %) de personnes reprennent le travail après une période de 6 à 12 mois. Les restrictions ou modifications au niveau du travail comprennent une suspension de la mise en charge pendant la période de guérison (6 à 8 semaines), ce qui, à son tour, peut inclure l'emploi de béquilles, d'une marchette ou d'un fauteuil roulant. De telles restrictions nuiront à la mobilité et à la capacité de monter des escaliers, de rester debout pour des périodes prolongées ou encore, de parcourir de longues distances. Il se peut également que ces restrictions ait un effet sur la capacité de se déplacer dans des milieux restreints ou achalandés. De plus, au début, il se peut que le client ait à prendre des pauses assez souvent et à élever son pied.

Dans le cas où le milieu de travail pourrait poser des problèmes, il y a lieu de faire appel à un ergothérapeute afin que celui-ci rende visite au lieu de travail.

EN QUOI CONSISTE LE PROGRAMME DE RÉADAPTATION TYPE?

Il y a lieu de commencer les traitements de physiothérapie dès que le médecin traitant juge que la fracture est stable. Il convient d'insister sur la réadaptation des tissus mous et l'amplitude articulaire modérée de l'articulation sous-astragaliennne et d'éviter la mise en charge jusqu'à ce que la fracture soit guérie. Il se peut que l'on ait à mettre en place une orthèse dès que l'enflure soit résorbée.

QUI SONT LES SPÉCIALISTES À CONSULTER AUX FINS DU TRAITEMENT, D'UN RENVOI OU D'UN EXAMEN INDÉPENDANT?

Un chirurgien orthopédiste

QUELS FACTEURS PEUVENT AVOIR UNE INCIDENCE SUR LA DURÉE D'INVALIDITÉ?

Le type de fracture, la destruction de la surface articulaire, le traitement, les complications et la durée de la suspension de la mise à charge sont au nombre des facteurs qui peuvent retarder la reprise du travail. La raideur et la douleur chronique peuvent également poser des problèmes.

QUELLE EST LA DURÉE D'INVALIDITÉ PRÉVUE?

Fractures sans déplacement

Classification des postes	Reprise du travail prévue Minimum / maximum
Travail sédentaire	3 à 6 semaines
Travail léger	8 à 12 semaines
Travail moyen	8 à 12 semaines
Travail lourd	selon le rapport médical
Travail très lourd	selon le rapport médical

Fractures déplacées

Classification des postes	Reprise du travail prévue Minimum / maximum
Travail sédentaire	6 à 12 semaines
Travail léger	6 à 12 semaines
Travail moyen	selon le rapport médical
Travail lourd	selon le rapport médical
Travail très lourd	selon le rapport médical

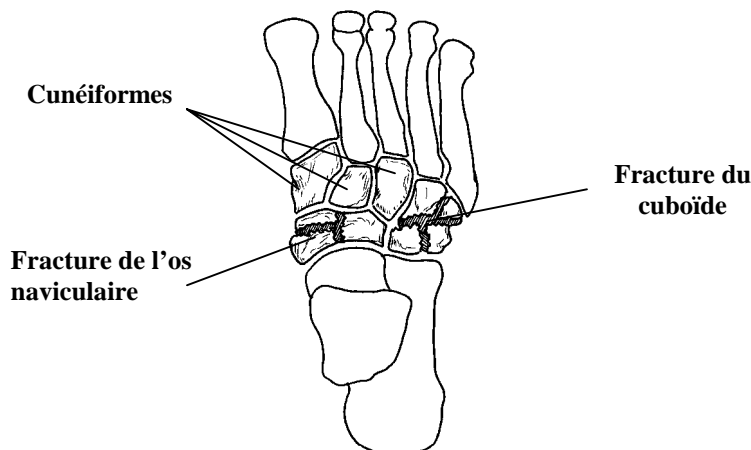
Dans certains cas, le travail lourd n'est pas compatible avec ce type de fracture et l'invalidité peut s'avérer permanente.

[*Retour à la Table des matières*](#)

[Aller à Fractures : Vue d'ensemble](#)

19. FRACTURES TARSIENNES (CUBOÏDE, CUNÉIFORME, OS NAVICULAIRE)

COMMUNÉMENT APPELÉES : Fracture du mi-pied, fracture du pied



EN QUOI CONSISTE UNE FRACTURE TARSIENNE?

Les os du mi-pied comprennent le cuboïde, les trois cunéiformes et l'os naviculaire. Les fractures du mi-pied sont généralement associées à une luxation. Le mi-pied est une structure assez rigide; par conséquent, dans le cas d'une blessure, les forces sont transmises dans tous les os et il en résulte des fractures multiples. Les fractures du mi-pied sont souvent associées à d'autres fractures des os du pied.

La plupart du temps, les fractures de l'os naviculaire résultent d'une flexion et rotation forcées du pied.

Les fractures du cuboïde et des cunéiformes sont souvent le résultat de lésions par écrasement; par conséquent, elles sont associées à d'importants dommages aux tissus mous.

EN QUOI CONSISTE SA PERSONNALITÉ?

Il peut s'agir de méchantes fractures. En raison de la raideur du mi-pied, il s'agit souvent de fractures de haute énergie, multiples, intra-articulaires et associées à des complications. En raison de la petite quantité de tissus mous qui protègent le mi-pied, il arrive souvent que le foyer de la fracture communique avec l'extérieur ou encore que les tissus soient endommagés.

COMMENT EN FAIT-ON LE DIAGNOSTIC?

Antécédents : Le client se plaint de douleur et d'enflure intenses et d'une incapacité de supporter du poids.

Examen physique : On remarque souvent une sensibilité au toucher localisée ainsi que de l'enflure et de la difformité.

Tests : D'habitude, les radiographies de routine du pied suffiront à établir le diagnostic, mais on devra souvent avoir recours à la tomodensitométrie ou à la tomographie pour planifier le traitement.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Fractures des autres os du pied ou de la cheville, lésion des tissus mous ou entorse

EN QUOI CONSISTE LE TRAITEMENT?

On doit immobiliser les fractures stables et sans déplacement à l'aide d'un plâtre ou d'une attelle pour une période de 6 à 8 semaines.

Pour ce qui est des fractures instables, comminutives et déplacées ainsi que des fractures-luxations, on doit habituellement avoir recours à une intervention chirurgicale. En fait, on doit souvent opter pour une fixation interne.

Toutes les fractures exposées doivent être traitées au moyen d'une intervention chirurgicale.

COMPLICATIONS

Bien vouloir se reporter aux pages 3 à 5 pour une liste des complications générales.

La raideur et l'arthrose post-traumatique sont les complications les plus communes des fractures du mi-pied. Le syndrome de loge peut survenir à la suite d'une lésion de haute énergie.

La nécrose avasculaire peut également survenir dans le cas d'une interruption de l'apport sanguin aux divers os. Il s'agit toutefois d'une complication plutôt rare dans le présent cas.

QUELS SONT LES RÉSULTATS ESCOMPTÉS?

Le tout dépend de la gravité des blessures, du traitement et des complications. En règle générale, les fractures sans déplacement ou légèrement déplacées guérissent bien sans laisser de séquelles quoique la douleur au pied puisse persister pour une période de plusieurs mois. On remarque assez souvent dans le présent cas une arthrose résiduelle au niveau du mi-pied.

DOIT-ON ENVISAGER DES RESTRICTIONS OU DES MODIFICATIONS AU NIVEAU DU TRAVAIL?

La mise en charge est habituellement limitée pour une période de 4 à 6 semaines, soit jusqu'à ce que l'os commence à se consolider. Les principales restrictions sont dictées par la nécessité d'employer des moyens de déplacement tels des béquilles, une canne, une marchette ou un fauteuil roulant et par le processus de réadaptation du pied après la période de guérison.

Dans le cas où le milieu de travail pourrait poser des problèmes, il y a lieu de faire appel à un ergothérapeute afin que celui-ci rende visite au lieu de travail.

EN QUOI CONSISTE LE PROGRAMME DE RÉADAPTATION TYPE?

Le client aura besoin d'entraînement à la marche et, par suite de l'enlèvement des pansements compressifs, des attelles ou du plâtre, de traitements de physiothérapie dans le but de rétablir la mobilité du mi-pied. Souvent, on devra avoir recours à une orthèse afin de soutenir le mi-pied. Ces fractures prennent très longtemps à guérir.

QUI SONT LES SPÉCIALISTES À CONSULTER AUX FINS DU TRAITEMENT, D'UN RENVOI OU D'UN EXAMEN INDÉPENDANT?

Un chirurgien orthopédiste

QUELS FACTEURS PEUVENT AVOIR UNE INCIDENCE SUR LA DURÉE D'INVALIDITÉ?

Puisque les fractures du mi-pied sont souvent associées à d'autres lésions, la période d'invalidité peut dépendre du traitement de celles-ci. Le type de fracture, les complications, la réaction au traitement, la capacité de modifier le travail et d'autres questions liées au travail sont également au nombre des autres facteurs qui peuvent retarder la reprise du travail.

QUELLE EST LA DURÉE D'INVALIDITÉ PRÉVUE?

Tarse (à l'exception de l'astragale et du calcanéum)

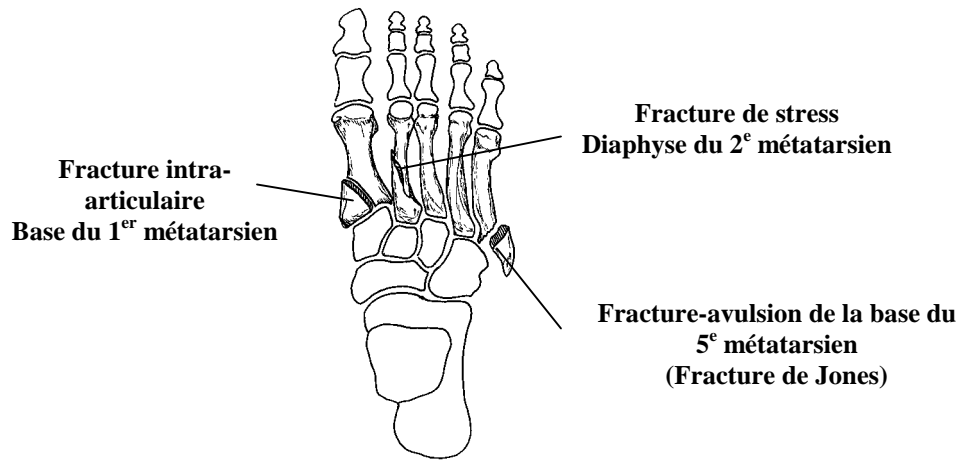
Classification des postes	Reprise du travail prévue Minimum / maximum
Travail sédentaire	3 à 6 semaines
Travail léger	8 à 10 semaines
Travail moyen	8 à 16 semaines
Travail lourd	8 à 16 semaines
Travail très lourd	8 à 16 semaines

[Retour à la Table des matières](#)

[Aller à Fractures : Vue d'ensemble](#)

20. FRACTURES MÉTATARSIENNES

COMMUNÉMENT APPELÉES : Fracture du pied ou de l'avant-pied, fracture de Jones, luxation du Lisfranc, fracture-luxation transmétatarsienne



EN QUOI CONSISTE UNE FRACTURE MÉTATARSIENNE?

L'avant-pied comprend les cinq métatarsiens et leurs phalanges respectives (orteils).

Les fractures métatarsiennes surviennent habituellement par suite de la chute d'objets lourds sur le pied. Il s'agit de fractures communes qui résultent souvent d'accidents du travail, par exemple, une roue qui roule sur le pied. Elles sont souvent associées à des fractures des orteils.

La fracture de la base du 5^e métatarsien (fracture de Jones) est une fracture-avulsion qui résulte de l'arrachement d'un fragment d'os par un des muscles du mollet (muscle court péronier latéral). Généralement, une telle fracture survient lorsqu'un client marche dans un trou et que son pied tourne, de force, vers l'intérieur (il se tord alors le pied et la cheville).

Les fractures de stress surviennent le plus souvent au niveau de la diaphyse des 2^e et 3^e métatarsiens. Les fractures de stress sont également connues sous le nom de « fracture de marche » puisqu'elles surviennent souvent chez les recrues militaires qui ne sont pas habituées à marcher pendant des périodes prolongées. Dans le présent cas, il est habituellement question d'un changement d'activité à laquelle le client n'est pas habitué.

EN QUOI CONSISTE SA PERSONNALITÉ?

Les fractures métatarsiennes fermées sont plutôt sans cérémonie et elles guérissent bien sans laisser de séquelles à long terme. Si elles sont associées à des lésions par écrasement graves ou à des fractures exposées ou multiples, elles peuvent s'avérer plus difficiles à traiter. Lorsqu'elles mettent en cause des surfaces articulaires, il peut en résulter une arthrose post-traumatique.

COMMENT EN FAIT-ON LE DIAGNOSTIC?

Antécédents : Souvent, le client se plaint de la chute d'un objet lourd sur son avant-pied ou d'une blessure par torsion grave. Dans le cas d'une fracture de stress, il se peut que le client vous fasse part d'un changement inhabituel dans son niveau d'activité.

Examen physique : On remarque souvent de l'enflure et une sensibilité au toucher au niveau du foyer de la fracture. Dans le cas des fractures plus graves, il se peut qu'il y ait des dommages au niveau des tissus mous. Pour ce qui est des fractures de stress, on pourrait avoir de la difficulté à trouver des signes de celles-ci autres qu'une sensibilité au toucher localisée ou de la douleur lorsqu'on exerce une force sur l'avant-pied.

Tests : D'habitude, les radiographies de routine suffiront à établir le diagnostic des fractures traumatiques. Toutefois, il se peut qu'une scintigraphie osseuse s'avère nécessaire pour diagnostiquer une fracture de stress latente.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Lésion par écrasement ou entorse au niveau des tissus mous

EN QUOI CONSISTE LE TRAITEMENT?

Selon la gravité de la blessure, le traitement peut varier d'un pansement compressif ou d'un plâtre à une fixation interne par intervention chirurgicale.

Le traitement des fractures métatarsiennes fermées qui ne sont que légèrement déplacées consiste en l'application de glace et en l'élévation du membre pour une période de 48 heures suivis d'une mobilisation progressive selon le confort du client. Dans le présent cas, on a rarement recours à un plâtre puisque le client est souvent plus à l'aise de porter un soulier ou des chaussures de tennis confortables. Quoique les plâtres puissent s'avérer plus ennuyants que la fracture même, certains clients insistent sur la pose d'un plâtre afin de se sentir suffisamment traités. La plupart de ces fractures se consolident sans incident dans une période de 4 à 8 semaines et ne laissent aucune séquelle.

Une fixation interne par intervention chirurgicale peut s'avérer nécessaire dans le cas des blessures plus complexes.

Quant aux lésions par écrasement graves, il se peut que l'on opte pour une élévation et observation du membre pour une période de 48 à 72 heures, et ce, afin de s'assurer que le syndrome de loge n'apparaisse pas.

COMPLICATIONS

Bien vouloir se reporter aux pages 3 à 5 pour une liste des complications générales.

La plupart des fractures métatarsiennes guérissent sans complications. Dans le cas des lésions par écrasement graves, il y a lieu de s'inquiéter de la possibilité d'un syndrome de loge ou de dommages aux tissus mous. Les fractures exposées ou luxations associées à ces fractures contribuent à la complexité du traitement et peuvent augmenter la morbidité. L'arthrose post-traumatique et une raideur au niveau du pied peuvent s'avérer des complications à long terme des lésions graves et complexes de l'avant-pied.

QUELS SONT LES RÉSULTATS ESCOMPTÉS?

La plupart des fractures métatarsiennes guérissent bien sans laisser de séquelles à long terme. En fait, elles guérissent habituellement dans une période de 6 à 8 semaines. Quant aux fractures compliquées ou associées à des complications, elles prendront plus longtemps à guérir et les résultats seront plus difficiles à prédire.

DOIT-ON ENVISAGER DES RESTRICTIONS OU DES MODIFICATIONS AU NIVEAU DU TRAVAIL?

Pour ce qui est des fractures fermées, la mise en charge n'est limitée que par le confort du client. En règle générale, le client sera plutôt sensible lors de la mise en charge, et ce, pour une période d'environ 2 à 3 semaines, tandis que les symptômes disparaîtront graduellement sur une période de 4 à 6 semaines. Les restrictions dans le présent cas sont dictées par la capacité de se tenir debout pour des périodes prolongées, de parcourir de longues distances ou de monter des escaliers. Il se peut également que le client ait besoin de béquilles ou d'une canne pour une période de plusieurs semaines.

Il est à remarquer qu'il y aura plus de restrictions au niveau du travail dans le cas des fractures complexes ou des fractures associées à des complications.

Dans le cas où le milieu de travail pourrait poser des problèmes, il y a lieu de faire appel à un ergothérapeute afin que celui-ci rende visite au lieu de travail.

EN QUOI CONSISTE LE PROGRAMME DE RÉADAPTATION TYPE?

Les fractures fermées guérissent bien, sur une période de 4 à 6 semaines, sans laisser de séquelles. Les restrictions en matière de mise en charge sont dictées par le confort du client uniquement. Puisque la guérison se fait habituellement assez vite, il se peut que le client n'ait pas à suivre de traitements de physiothérapie.

Les fractures plus complexes ou les luxations nécessiteront des traitements de physiothérapie plus intenses, tout particulièrement pour le traitement de la raideur au niveau du pied et l'entraînement à la marche. Il se peut qu'une gestion orthétique soit indiquée dans le cas des fractures plus complexes.

QUI SONT LES SPÉCIALISTES À CONSULTER AUX FINS DU TRAITEMENT, D'UN RENVOI OU D'UN EXAMEN INDÉPENDANT?

Un chirurgien orthopédiste

QUELS FACTEURS PEUVENT AVOIR UNE INCIDENCE SUR LA DURÉE D'INVALIDITÉ?

La complexité de la fracture et les complications sont les principaux facteurs pouvant avoir une incidence sur la durée d'invalidité.

QUELLE EST LA DURÉE D'INVALIDITÉ PRÉVUE?

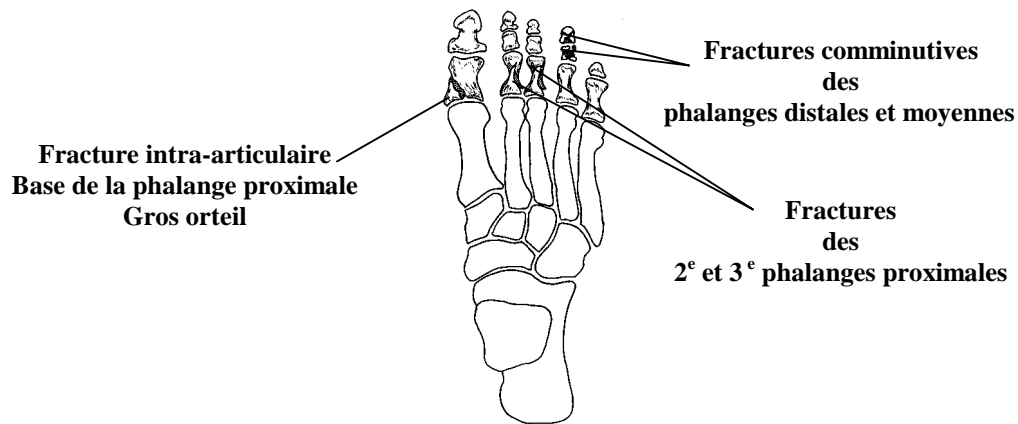
Classification des postes	Reprise du travail prévue Minimum / maximum
Travail sédentaire	0 à 1 semaine
Travail léger	0 à 3 semaines
Travail moyen	8 à 12 semaines
Travail lourd	8 à 12 semaines
Travail très lourd	8 à 12 semaines

[Retour à la Table des matières](#)

[Aller à Fractures : Vue d'ensemble](#)

21. FRACTURES DES ORTEILS

COMMUNÉMENT APPELÉES : Orteils cassés



EN QUOI CONSISTE UNE FRACTURE DES ORTEILS?

En règle générale, les fractures des orteils résultent d'un traumatisme direct (par exemple, échapper un objet lourd sur l'orteil ou se cogner l'orteil). Les bottes à embout d'acier ont réduit de beaucoup le taux de fractures des orteils.

EN QUOI CONSISTE SA PERSONNALITÉ?

Habituellement, les fractures des orteils sont plutôt bénignes. La plupart sont très faciles à traiter et guérissent bien sans laisser de séquelles. Toutefois, les fractures mettant en cause le gros orteil doivent être traitées avec plus de respect et, à l'occasion, nécessitent une intervention chirurgicale.

COMMENT EN FAIT-ON LE DIAGNOSTIC?

Antécédents : Souvent, le client se plaint d'un traumatisme direct tels la chute d'un objet lourd sur son orteil ou le fait de s'être cogné l'orteil.

Examen physique : On remarque de l'enflure et des contusions à proximité du foyer de la fracture et, à l'occasion, de la difformité.

Tests : D'habitude, les radiographies de routine du pied ou des orteils suffiront à établir le diagnostic.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Contusions et luxations

EN QUOI CONSISTE LE TRAITEMENT?

Gros orteil : Le traitement des fractures sans déplacement et des fissures ne comprend que les mots de réconfort et le port d'un soulier ou de chaussures de tennis confortables. À l'occasion, il se peut que l'on ait à poser une attelle. Dans le cas d'une fracture intra-articulaire ou d'une difformité importante, il y a lieu de considérer la possibilité d'une intervention chirurgicale.

Quatre derniers orteils : Les fractures sans déplacement des quatre derniers orteils ne nécessitent aucun traitement spécial autre que des mots de réconfort et possiblement un jumelage avec l'orteil adjacent à l'aide d'une bande adhésive pour une période de 3 à 4 semaines, et ce, afin d'empêcher que l'orteil fracturé ne s'accroche aux vêtements ou aux draps et ne se déplace. Pour ce qui est des fractures déplacées, il se peut que l'on ait à opter pour une réduction fermée afin de corriger la difformité pour ensuite jumeler l'orteil fracturé à l'orteil adjacent. Il est à remarquer que les interventions chirurgicales sont rares dans le présent cas même lorsqu'il s'agit de fractures intra-articulaires.

COMPLICATIONS

Bien vouloir se reporter aux pages 3 à 5 pour une liste des complications générales.

Les principales complications sont liées aux lésions des tissus mous. Les fractures exposées doivent être traitées avec respect et habituellement nécessitent un débridement chirurgical. À condition qu'il n'y ait aucune autre lésion dans les parties adjacentes du pied ou du membre inférieur, les complications sérieuses sont plutôt rares. Il convient toutefois de surveiller attentivement les fractures des orteils des clients diabétiques en raison du risque d'infection, des difficultés que pose la guérison des plaies et de la possibilité d'une éruption de l'épiderme due à la maladie des petits vaisseaux que l'on retrouve chez les diabétiques.

QUELS SONT LES RÉSULTATS ESCOMPTÉS?

La plupart des fractures des phalanges guérissent bien sans laisser de séquelles à long terme.

DOIT-ON ENVISAGER DES RESTRICTIONS OU DES MODIFICATIONS AU NIVEAU DU TRAVAIL?

Ces dernières sont dictées en grande partie par les malaises ressentis. Dans la plupart des cas, les fractures des orteils ne nécessitent qu'une simple immobilisation à l'aide d'une bande adhésive (jumelage avec l'orteil adjacent). Souvent, les clients sont plus à l'aise de porter un soulier trop grand ou des chaussures de tennis confortables pour une semaine ou deux. Les chaussures de tennis peuvent poser un risque de blessure si le client travaille dans un milieu industriel. Dans la plupart des cas, aucun appareil de réadaptation n'est nécessaire sauf peut-être une canne pour une période de 7 à 10 jours.

Dans le cas où le milieu de travail pourrait poser des problèmes, il y a lieu de faire appel à un ergothérapeute afin que celui-ci rende visite au lieu de travail.

EN QUOI CONSISTE LE PROGRAMME DE RÉADAPTATION TYPE?

En règle générale, les fractures des orteils guérissent bien sur une période de 3 à 4 semaines. Toutefois, la réadaptation des fractures exposées ou intra-articulaires du gros orteil qui nécessitent une intervention chirurgicale peut prendre plusieurs semaines de plus.

Des traitements de physiothérapie sont rarement nécessaires dans le présent cas sauf peut-être pour ce qui est des directives en matière de marche et de conditionnement général.

QUI SONT LES SPÉCIALISTES À CONSULTER AUX FINS DU TRAITEMENT, D'UN RENVOI OU D'UN EXAMEN INDÉPENDANT?

Un chirurgien orthopédiste

QUELS FACTEURS PEUVENT AVOIR UNE INCIDENCE SUR LA DURÉE D'INVALIDITÉ?

Le plus important facteur dans le cas présent est lié aux inconvénients d'avoir à porter des chaussures de tennis ou un soulier trop grand jusqu'à ce que la fracture soit consolidée. Les complications d'une lésion des tissus mous ou d'une infection pourraient avoir une incidence sur la durée d'invalidité.

QUELLE EST LA DURÉE D'INVALIDITÉ PRÉVUE?

Orteils, quatre derniers

Classification des postes	Reprise du travail prévue Minimum / maximum
Travail sédentaire	0 semaine
Travail léger	0 à 1 semaine
Travail moyen	2 à 3 semaines
Travail lourd	2 à 3 semaines
Travail très lourd	2 à 3 semaines

Gros orteil

Classification des postes	Reprise du travail prévue Minimum / maximum
Travail sédentaire	0 semaine
Travail léger	1 à 2 semaines
Travail moyen	2 à 3 semaines
Travail lourd	3 à 5 semaines
Travail très lourd	3 à 5 semaines

[Retour à la Table des matières](#)

[Aller à Fractures : Vue d'ensemble](#)