Les Fractures des Plateaux Tibiaux

*Professeur KANDJERA Lamine*

*Maitre de conférences en chirurgie orthopédique et traumatologique*

*Faculté de médecine d’Annaba*

*Université de Badji-Mokhtar Annaba*

1) INTRODUCTION: Fractures dont le ou les traits intéressent les surfaces articulaires des plateaux tibiaux

2) RAPPEL ANATOMIQUE : L’extrémité supérieure du tibia présente une morphologie en forme de deux tubérosités externe et interne constituées d’os spongieux entouré d’une couche corticale mince et formant un système en port à faux, vulnérable aux forces transmise par les condyles fémoraux

Les plateaux sont recouverts sur leur face supérieure par le cartilage articulaire, ils portent les ménisques interne et externe et ils sont reliés à l’extrémité inferieure du fémur par les éléments capsulo –ligamentaires:

* + 1. Ligament latérale interne et externe
    2. Ligament croisé Antérieur : LCA
    3. Ligament croisé Postérieur : LCP
    4. Capsule articulaire

3) MÉCANISME ET ETIOLOGIES :

*A/ Mécanisme de compression axiale:* exemple : chute d’un lieu élevé réception sur le pied genou en extension.

B/ *Mécanisme de compression latérale*: choc direct sur la face latéral du genou (accident de la voie publique genou percuté latéralement par le pare-choc d’une voiture)

4) ANATOMOPATHOLOGIE :

*Les lésions élémentaires* (les variétés principales de traits de fractures) :

1. Les fractures séparations, où il y a un trait de fracture oblique ou vertical, avec un déplacement du fragment vers le bas
2. Les fractures tassements, où la surface articulaire s'enfonce dans l'os spongieux sous-jacent.
3. Les fractures mixtes : association des 2 types.



**Classification de DUPARC ET FICAT**

1. ***Fractures Unitubérositaires*** : le mécanisme est la compression latérale :

* *Fractures Unitubérositaires externes* : plus fréquentes

**Type I** : fracture séparation

**Type II** : fracture tassement

**Type III :** fractures mixtes

* *Fractures Unitubérositaires interne* : rare

1. ***Fractures Bi-Tubérositaires*** : touchent les deux tubérosités, le mécanisme est la compression

axiale en rectitude (ni varus ni valgus), 3 types de gravité croissante

**Type I :** simple sans tassement, la fracture sépare les 02 tubérosités selon un trait en V, T, ou Y inversé

**Type II**  : complexe avec fracture mixte sur la tubérosité externe

**Type III :** communitive (éclatement)

  

1. ***Fractures Spino–Tubérositaires*** : rares, les internes sont plus fréquentes, le mécanisme est

La compression axiale verticale  en varus forcé (Spino-tubérositaire interne) ou en valgus forcé (Spino-tubérositaire externe).

Le trait divise l’épiphyse en deux fragments l’un spino–tubérositaire comportant toute la tubérosité ainsi que le massif des épines l’autre la tubérosité externe reliée à la diaphyse tibiale.

1. ***Fractures postérieures :*** rare, trait frontale détachant la partie postérieure des plateaux



4. lésions associées :

* + fracture des condyles fémoraux
  + fracture de l’extrémité supérieure du péroné
  + lésion ostéo-chondrale du cartilage fémoral
  + lésions cutanées : fractures ouvertes sont peut fréquentes par rapport aux contusions qui peuvent différer l’intervention ou être source d’infection.
  + lésions ligamentaires et méniscales : lésion du ligament latéral interne, externe, des croisés (LCA, LCP) et des ménisques.
  + lésions vasculo –nerveuse : sont rare : lésion du SPE (sciatique poplité externe, branche du nerf grand sciatique) dans les fractures associées du col du péroné

5) CLINIQUE :

1. interrogatoire :
   * Age, antécédents
   * Circonstances de l’accident
   * Mécanisme
   * Heure de l’accident et du dernier repas
2. examen clinique :

* Impotence fonctionnelle œdème
* Gros genou douloureux
* Jambe déviée en varus ou en valgus
* Choc rotulien (hémarthrose)
* Etat cutané et vasculo-nerveux

6) RADIOLOGIE pose le diagnostic, permet la classification et recherche les lésions associées

* Rx du genou Face, profil
* Rx ¾ droit ¾ gauche
* TDM : très utile
* L'IRM permet de dépister des lésions osseuses infra-radiologiques mais aussi de diagnostiquer les lésions ménisco-ligamentaires associées

7) TRAITEMENT :

BUTS : Récupération un genou stable, mobile, indolore

MÉTHODES

1. Orthopédiques : Immobilisation par un plâtre Cruro-pédieux pour les fractures sans déplacement, pendant 6 semaines, puis rééducation et reprise d'appui après 2 ou 3 mois.
2. Traitement par traction mobilisation**:** proposée pour les fractures très complexes et les fractures avec mauvais état cutané
3. Chirurgicales : la réduction anatomique de la surface articulaire et le relèvement des tassements osseux sont impératives
   * + 1. Ostéosynthèse
4. vissage
5. plaques
6. fixateur externe si fracture ouverte ou complexe
7. broches

La rééducation sera entreprise le plus rapidement possible, pour éviter la raideur.

* + - 1. EVOLUTION :

Favorable : la consolidation est de règle en 2 à 3 mois.

Complications

1. immédiates : = les lésions associées
2. secondaires :

* l’infection : si lésions cutanées associées
* Les phlébites
* Déplacement secondaire
* Syndrome des loges

1. tardives :

* Pseudarthroses : rare
* Cal vicieux articulaire source d’arthrose ou extra-articulaire source de déviation axiale
* raideur du genou
* arthrose
* nécrose osseuse