**Les fractures de la jambe**

*Il s’agit de fractures fréquentes car c’est un segment proche du sol et donc très exposé (accidents de la voie publique notamment).*

*Une telle fracture est une urgence thérapeutique, pouvant présenter des complications précoces s’il y a ouverture cutanée (infection osseuse), ainsi que des tardives, la pire étant une pseudarthrose septique.*

***Définition*** : C’est une fracture **diaphysaire** d’un os (souvent le tibia) ou des deux os de la jambe. Sont exclues les fractures du plateau et du pilon tibial.

Epidémiologie :

* 15 à 20% de toutes les fractures.
* Touche principalement les hommes entre 15 et 40 ans, actifs (moto, foot,…)
* Etiologie :
	+ AVP : accident des 2 roues principalement, ou un piéton fauché.
	+ Accident de ski.
* Dans 1 cas sur 3, la fracture est ouverte, la face interne du tibia étant sous-cutanée et non protégée par des muscles.

Interrogatoire :

* Si fracture ouverte, vérifier l’état de vaccination, contre le tétanos principalement.
* Nature de l’accident pour connaître l’état traumatique.
* L’heure de l’accident pour anticiper sur les lésions vasculaire (ischémie).
* Le mécanisme : rotatoire (peu grave) ou direct.
* Notion d’**énergie traumatique**: plus elle est grande plus elle touche les plans internes : vasculaire, musculaire, nerveuse,…

Examen clinique :

* On étudie surtout l’état de la peau, le siège de la plaie (proche de l’os ou non), et on vérifie s’il y a eu **perte de substance cutanée** (**PDS**) ou non.
* Voir l’état de souillure de la plaie.
* Présence ou non d’une IFT : impotence fonctionnelle totale.

Il faut examiner le patient en totalité, et pas uniquement la jambe, pour s’assurer qu’il n’y ait pas d’autres lésions vitales.

Traitement :

*Le but est d’assurer une rectitude de l’os dans les 3 mois à venir et une longueur anatomique de celui-ci, afin de permettre au patient tous les mouvements qu’il souhaite réaliser.*

1. **Orthopédique**
* *Plâtre* : maintient le genou en flexion de 10 à 20° (les coques condyliennes étant douloureuses en extension), la cheville à 90°, l’équin étant difficile à récupérer.
* *Traction*: d’une force égale au 1/10ème du poids du corps. On ne la réalise que lorsque l’on y est forcé : dermabrasion, phlyctènes (ampoules), le temps que la plaie cicatrise (7-10 jours).
* *Méthode de Sarmiento* : plâtre de la jambe et de la cheville en libérant le genou. Sa thérapie consiste à reprendre la marche le plus tôt possible, celle-ci étant une aide à la consolidation. On fait une botte plâtrée, le plâtre étant bien moulée, limitant la compression.

On peut aussi réaliser un plâtre cruro-pédieux 3 semaines puis un Sarmiento pour la suite, ce qui permet la résorption de l’œdème et la présence d’un cal fibreux avant le retour à la marche.

1. **Chirurgical**

Les risques principaux sont ici la pseudarthrose et l’infection. Le principal désavantage est l’évacuation de l’hématome et la présence d’une cicatrice par la suite.
Il peut s’agir de plaques, mais celles-ci éloignent les muscles et diminuent la nutrition de l’os.

Toutefois, la réduction du membre est parfaite, et on ne soumet ni le patient ni le médecin à des radiations. Toutefois, le patient ne peut pas marcher de suite après l’opération.

On peut aussi faire un clou, permettant la marche quasi immédiatement après l’opération, mais l’opération ne permet pas une réduction parfaite et expose le chirurgien et le malade aux radiations.

Classification des lésions cutanées de Cauchois et Duparc :

* Stade I : ouverture ponctiforme ou linéaire, suturable sans tension, permettant de la considérée par la suite comme une lésion fermée.
* Stade II : suture possible mais risque de nécrose.
* Stade III : non suturable.

Indications :

* Si fracture fermée ou ouverte de stade I (O1) :
	+ S’il n’y a pas de déplacement, on pose un PCP (plâtre cruro-pédieux).
	+ Si déplacée : ECM (enclouage) ou plaque.
* Fracture O3 : fixateur externe.
* Fracture O2 : pas de choix fixe : fixateur ou ECM.

Complications :

* Précoces : vasculaire, nerveuse.
* Secondaire :
	+ **Syndrome des loges** : ***augmentation de la pression dans une loge inextensible. Un œdème cause une hyperpression qui entraîne une compression des vaisseaux d’où une ischémie, notamment des nerfs***.

Il se manifeste par :

* + - la douleur +++ (plus importante qu’une douleur de fracture, et qui perdure même suite à l’opération).
		- Une paresthésie.
		- Une abolition du pouls au niveau du membre.

On le traite par une aponévrotomie de décharge.

* + Une thrombophlébite (signe du drapeau).
	+ Infection faisant suite à :
		- Une fracture ouverte +++
		- Un sepsis sur matériel (postopératoire)
	+ Un déplacement secondaire, traité orthopédiquement.
* Tardives :
	+ Retard de consolidation, voire absence de consolidation après 3 mois.
	+ Cal vicieux : valgus/varus, flexum/recurvatum, rotatoire, chevauchement.
	+ Pseudarthrose : elle peut faire suite à une lésion cutanée (infection de l’os), une dévascularisation (suite à la mise des plaques), une PDS osseuse ou une fracture infectée.