**PROTOCOLE DE REEDUCATION APRES FRACTURE BIMALLEOLAIRE.**

Ce protocole est une base de travail pour la rééducation, il est bien sûr adapté à chaque patient en fonction de l’évolution de la guérison. Les grandes lignes du traitement et les délais sont donnés à titre indicatif.

**MÉCANISME DE LA FRACTURE BIMALLEOLAIRE**

Il existe plusieurs types de fractures au niveau du cou de pied : la fracture uni-malléolaire interne et surtout externe, les fractures bi-malléolaires et les fractures du pilon tibial. La fracture bi-malléolaire par abduction ou rotation, dite fracture de Dupuytren est la plus fréquente. Des ruptures ligamentaires sont parfois associées aux fractures.

**TRAITEMENTS DE LA FRACTURE BIMALLEOLAIRE**

Traitement orthopédique : Réduction suivi d’une botte plâtrée pour les fractures non déplacées.

Traitement chirurgical : La chirurgie est fonction des objectifs de réduction et de la fixation du matériel. Les fractures déplacées et bi-malléolaires sont le plus souvent traitées ainsi.

**RÉÉDUCATION DE LA FRACTURE DE MALLÉOLE**

Les délais de consolidation sont de 90 jours en moyenne, l’appui est différé jusqu’au 45ème jour au moins.

**Les Objectifs :**

* Récupérer les amplitudes articulaires
* Eviter l’amyotrophie
* Limiter et drainer l’oedème
* Lutter contre la douleur
* Eviter les adhérences cicatricielles pour le traitement chirurgical

**Les Moyens :**

Rééducation sous plâtre :

* Mobilisation des articulations libres
* Massage circulatoire
* Travail musculaire actif des muscles libres
* Travail musculaire statique des muscles sous plâtre
* Apprentissage de la marche avec cannes anglaises

Rééducation après ablation du plâtre :

* Mobilisation passive puis active de la cheville pour lutter contre l’enraidissement
* Travail musculaire actif, renforcement musculaire et électrostimulation
* Cryothérapie et électrothérapie antalgique pour lutter contre la douleur
* Drainage Lymphatique Manuel, Pressothérapie pour drainer l’oedème
* Correction du déroulement du pied et de la marche, sans appui avec les cannes au début puis en appui progressif avec les cannes et enfin sans cannes
* Travail des cicatrices avec le Cellu M6 de LPG pour limiter les adhérences et les fibroses
* Rééducation proprioceptive avec les plateaux instables en fin de rééducation