

Zeitschrift: Physiotherapeut : Zeitschrift des Schweizerischen
Physiotherapeutenverbandes = Physiothérapeute : bulletin de la
Fédération Suisse des Physiothérapeutes = Fisioterapista : bollettino
della Federazione Svizzera dei Fisioterapisti

Herausgeber: Schweizerischer Physiotherapeuten-Verband

Band: - (1966)

Heft: 209

Artikel: Rééducation précoce des fractures du plateau tibial

Autor: Bienfait, Marcel

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-929863>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 24.04.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

dans le fait qu'à travers la partie végétative de la moelle sacrée elle exerce une influence efficace sur les organes abdominaux, mais d'autre part dans le fait d'une réaction homolatérale et tonifiante.

Ainsi, la construction de base devient déjà un traitement complet. Les traits équilibrants (« dérivatifs »), toujours intercalés par Mme Dicke et qui signifient un abandon du traitement segmentaire au profit d'une tonification générale, doivent probablement être interprétés de la même façon.

Nous insistons donc ici sur le fait qu'à côté d'une thérapeutique segmentaire, un second mécanisme que j'ai appelé la « tonification » du système nerveux végétatif est essentiel. Ainsi, la pratique de la construction de base réalise sa signification théorique et le travail provoque trois mécanismes de réaction :

- 1) Influence des territoires sacrés autonomes,
- 2) Tonification homolatérale,
- 3) Thérapeutique segmentaire.

Rééducation précoce des fractures du plateau tibial

par Marcel BIENFAIT, M.K.

Article paru dans « Revue de Kinésithérapie » No. 88, 1964

Les fractures du plateau tibial sont, à notre avis, les plus lourdes de conséquences pour l'avenir. Rééduquées trop tardivement, elles laissent le plus souvent des limitations définitives devant lesquelles les techniques les plus savantes sont impuissantes.

Pour bien comprendre notre traitement précoce, il est indispensable de se rappeler le mécanisme des raideurs du genou ainsi que celui des fractures du plateau tibial.

I. — Les raideurs traumatiques du genou sont conditionnées par de nombreux facteurs qui résultent pratiquement tous de formations fibreuses s'établissant à partir d'un épanchement sanguin.

a) extra-articulaire. — Ce n'est pas le cas dans les fractures du plateau tibial, mais nous devons le citer dans ces généralités, il se produit par contre toujours dans les fractures du fémur, particulièrement dans les fractures basses. L'épanchement sanguin s'étale entre le fémur et le plan musculaire. Durant l'immobilisation, la fibrose s'installe; le plan musculaire profond (crural et sous-crural) et le tendon quadricipital s'accolent au fémur. Il se constitue ainsi un véritable ligament fémoro-rotulien qui rend toute flexion impossible.

b) intra-articulaire. — Le trait de fracture aboutissant dans l'articulation, — c'est le cas de notre fracture du plateau tibial —, il y a épanchement sanguin et fibrose intra-articulaire.

Deux mécanismes simultanés établissent l'ankylose :

1^o/ les surfaces articulaires se soudent l'une à l'autre d'une manière d'autant plus rapide que la présence des ménisques facilite la chose.

2^o/ Les culs de sac synoviaux sous-quadricipital et rotulien envahis par l'épanchement, voient leurs surfaces internes s'accoler l'une à l'autre. Il se constitue ainsi un ligament fémoro-tibial antérieur.

II. — Le mécanisme des fractures articulaires et péri-articulaires est toujours le même; l'articulation se trouve forcée vers un mouvement qu'elle ne peut atteindre. La partie la moins résistante cède. Le plus souvent, c'est le ligament : c'est la classique entorse. Dans bien des cas cependant, le système ligamentaire résiste : c'est la fracture articulaire ou péri-articulaire.

Dans les fractures du plateau tibial, c'est ce qui se produit. Le genou est forcé, soit en varus, soit en valgus. Le ligament latéral résiste. Le condyle écrase le plateau

tibial correspondant : l'externe dans le mouvement de valgus, l'interne dans le mouvement de valgus, l'interne dans le fracturé glisse latéralement, se fend dans sa largeur ou s'enfonce à sa partie centrale.

Ce mécanisme est important à concevoir clairement. Pour notre rééducation précoce, nous allons utiliser un mécanisme inverse.

Il ne nous appartient pas de décrire la pathologie de ces fractures ni d'ouvrir un débat sur leur traitement. Voici trois exemples qui situent le problème : un glissement, un écartement, un enfoncement. Ils montrent bien le mécanisme : fermeture de l'angle articulaire, appui du condyle, fracture du plateau tibial.

Rééducation précoce

Quand on connaît l'impossibilité majeure à vaincre l'ankylose fibreuse installée, les conclusions pour le traitement sont simples. Une seule possibilité : la prévention. Tout doit être mis en œuvre pour résorber l'épanchement d'une part, pour éviter le mécanisme ankylosant, d'autre part.

I. — Il est facile au chirurgien d'intervenir sur les gros épanchements articulaires par des ponctions évacuatrices, voire par des arthrotomies. Il n'est qu'un moyen pour résorber les épanchements résiduels et les petits épanchements issus des fractures c'est d'améliorer et surtout activer la circulation de retour.

Le rééducateur n'a, dans son arsenal thérapeutique, que trois moyens d'activer la circulation : le massage, les contractions musculaires, les applications de chaud et de froid. Nous n'aurons pas ici l'impudence de vous décrire les manœuvres de massage que vous employez chaque jour. Pour les contractions musculaires, la douleur et les nécessités d'immobilisation les rendent pratiquement impossibles. Restent les applications de chaleur et de froid.

Pour nous, seules les applications de glace ont un intérêt.

Expliquons-nous. Les applications agissent toutes par vaso-dilatation. Que se passe-t-il dans les deux cas ?

La chaleur amène une vaso-dilatation directe des capillaires. Cette vaso-dilatation dure environ 15 à 20 minutes, puis, par le jeu des phénomènes réflexes, la chaleur animale étant entretenue par cette source extérieure, c'est au contraire une vaso-contriction qui se produit. L'application de chaleur est donc bénéfique 15 à 20 minutes. Au-delà de cette limite, elle va à l'encontre de l'effet recherché.

Dans les applications de glace, des phénomènes inverses apparaissent : d'abord vaso-contriction, puis vaso-dilatation réflexe pour entretenir la température locale perturbée par le froid. Tant que dure l'application de glace, la vaso-dilatation se prolonge.

Dans les cas d'épanchement, nous n'hésitons pas à laisser l'articulation sous glace 24 heures sur 24 et ce pendant plusieurs jours. Nous ne comptons plus les cas de résorption rapide que nous a permis ce traitement. Aux phénomènes de vaso-dilatation réflexe des applications de glace, il faut ajouter l'action anti-algique et anti-inflammatoire. Elle n'est pas négligeable dans les traumatismes.

Durant les immobilisations plâtrées, des fenêtres sont facilement ouvertes dans les plâtres pour permettre des applications de glace et des mobilisations rotuliennes. Elles n'affaiblissent en rien la contention.

II. — Le principe de la rééducation précoce est simple : ne jamais laisser plus de 24 heures en contact des surfaces susceptibles de s'accoler l'une à l'autre. Pour cela, une seule possibilité : la mobilisation quotidienne de l'articulation et ceci dès les premiers jours.

Au tout premier chef de cette mobilisation précoce, nous plaçons les mouvements de la rotule. Même dans les fractures de cet article, il n'y a jamais contre-indication à mobiliser la rotule. Ce traitement doit être institué dès les premiers jours de l'accident : que le malade soit opéré immédiatement ou que, pour une raison quelconque, l'intervention soit retardée.

La mobilisation de la rotule est d'abord pratiquée latéralement de droite à gauche et de gauche à droite. Elle doit surtout l'être de haut en bas, dans le sens de son dé-

placement physiologique par rapport, à l'extrémité inférieure du fémur. Les mobilisations latérales évitent l'accolement des culs de sac, celles de haut en bas, les adhérences entre le fémur, le plan musculaire profond et le tendon quadricipital.

Il est très fréquent que cette mobilisation de la rotule entraîne une hydarthrose réactionnelle. Sur une articulation au repos, une hydarthrose peut être considérée comme un moindre mal. Elle est sans inconvénient pour la fonction future de l'articulation. Mieux, nous sommes persuadés qu'elle est, en définitive, bénéfique. Nous avons toujours vu les genoux fracturés récupérer plus facilement leurs amplitudes articulaires quand ils avaient réagi aux premières mobilisations par une hydarthrose. Nous pensons que le sang dilué dans l'épanchement synovial se transforme moins facilement en fibrose. Par ailleurs, il est certain que la tension des culs de sac et la réplétion articulaire empêchent l'accolement des surfaces. Le rééducateur ne doit pas s'effrayer de l'épanchement qu'il a créé. Il s'en accusera auprès du chirurgien qui, au besoin, en limitera l'importance par une petite ponction. En aucun cas, l'épanchement synovial est une raison suffisante pour arrêter la mobilisation de la rotule.

La mobilisation du genou dans le sens flexion-extension doit être réalisée au plus vite. Elle seule évite la soudure des surfaces articulaires.

Dans les cas de fracture du plateau tibial, nous commençons la mobilisation du genou dès le 2^o ou 3^o jour qui suit la réduction. Nous utilisons pour ce faire la technique des mouvements suspendus. Un mécanisme inverse à celui qui a entraîné la fracture est ici employé. Un valgus forcé a provoqué la fracture du plateau tibial externe; une position en varus du genou va faire bailler l'interligne externe, reporter la pression sur le plateau interne, permettre une mobilisation sans danger pour le plateau tibial externe. Un raisonnement semblable, mais inverse, peut être tenu pour les fractures du plateau tibial interne.

La technique du mouvement suspendu permet une installation qui donne toute sécurité. Elle est facile.

— le malade est généralement immobilisé dans un plâtre cruro-pédieux. L'appareil est sectionné en bivalve.

— le rééducateur sort le membre du plâtre en maintenant, suivant les nécessités, le varus ou le valgus. Ce doit être sa seule tâche durant toute l'installation qui est réalisée par un aide.

— le malade est couché sur le côté opposé au membre fracturé.

— la cuisse est suspendue à l'aide de deux sangles. Pour obtenir une fixation plus rigoureuse, nous ajoutons généralement une sangle vers le bas. La cuisse est ainsi maintenue comme dans un étau.

— le segment jambe est suspendu par une suspension axiale classique c'est-à-dire le crochet supérieur au-dessus de l'axe mouvement. Selon que cette suspension est lâche ou tendue, le genou se trouve placé en varus ou en valgus. Ceci revient à dire que la suspension sera tendue (valgus) pour les fractures du plateau tibial interne, lâche (varus) pour celles du plateau tibial externe.

— dès cette installation, il est facile : soit de réaliser passivement de petites postures très douces, soit de demander au malade quelques petits mouvements actifs. Le mouvement suspendu supprimant toute pesanteur au niveau de l'articulation, les contractions musculaires nécessaires aux mouvements sont infimes. Elles sont sans danger pour la fracture.

La consolidation acquise, la récupération du membre se poursuit comme une rééducation classique. Il n'est pas dans notre propos de la décrire. Après ce traitement précoce, elle est toujours facile et porte particulièrement sur la musculature.

A priori, pour un praticien peu entraîné aux techniques rééducatives, ce traitement préventif peut sembler effrayant. Il est cependant simple à réaliser et d'une technique extrêmement facile. Nous avons, nos élèves et nous, mené de nombreuses rééducations selon ce principe; aucun accident n'est venu ternir la méthode. Elle ne demande que quelques précautions et beaucoup d'attention.