

CAT devant un traumatisme du pied

Entorse de la cheville du ligament latéral externe (LLE) :

① **Important** : Il vaut mieux faire une radio pour rien, que passer à côté d'une fracture.

② Traitement chirurgical : Pratiquement jamais.

③ Anatomie du LLE (nouvelle dénomination)

Faisceau fibulo-talien antérieur

Faisceau fibulo-talien postérieur

Faisceau fibulo-calcaneen (faisceau moyen) : le plus important.

④ *Si hématome plantaire d'apparition rapide* = Fracture.

⑤ chographie de la cheville dans les 8 jours si doute diagnostic ou si besoin d'un bilan lésionnel plus précis : *Dr COHEN service radiologie hôpital saint-Joseph ou cabinet de radiologie 13 boulevard Lord Duveen 04.91.32.69.60.*

⑥ Traitement :

Si rupture isolée du faisceau antérieur (entorse moyenne gravité) douleur isolée sur son trajet :

- Glace
- AINS
- Osmogel la nuit
- Cheville semi-rigide uniquement pour la douleur **mais on peut ne pas immobiliser.**

Si entorse grave rupture du faisceau moyen (Douleur exquise sur son trajet : écho pour confirmation) :

- Cheville semi-rigide (Air Cast®, AXMED®, etc) : **5 semaines.**



⑦ Si arrachement osseux :

Taux de récurrence de l'entorse énorme. Chirurgical si fragment osseux d'une taille > 5 mm (taille d'un bout de doigt), mais ce n'est

Pas une urgence, consultation avec un orthopédiste.

⑧ Si fracture ostéocondrale du talus (astragale) demander rapidement un arthroscanner (Clinique résidence du Parc) et avis orthopédique.

⑨ Certitudes :

Rupture simple LLE : traitement par cheville semi-rigide.

Chirurgie en urgence : suites + longues, pb cutanés, pb d'algodystrophie et raideur post-opératoire.

Résultats meilleurs en chirurgie chronique froide à distance de l'épisode aigu.

⑩ Rééducation plus ostéopathie donne de meilleurs résultats

Kiné-ostéopathe : Jean-Philippe RAVIOL 375 avenue du Prado 13008 Marseille.

04.91.71.14.17.

Entorse de la cheville du ligament latéral interne (LLI) :

① Jamais chirurgical en général

② Grave par les complications

③ A explorer

④ Avis orthopédiste.

⑤ Une entorse du LLI isolée n'existe pas sauf si patient présentant des pieds plats ; il existe toujours associer une lésion du tendon jambier postérieur.

⑥ Demander absolument une échographie, si normale faire une IRM à la recherche d'une lésion du tendon jambier postérieur.

⑦ Immobilisation stricte par botte plâtrée ou Attelle rigide montée sur chaussure BMT 1 AXMED® (remplace le plâtre) . Tailles S < 38, M/L : 39 – 43, L > 44.



Fracture bord externe du talus (calcanéum) : Accident de snowboard

① Chute en compression lors de la pratique du snowboard.

② Attention fracture difficile à diagnostiquer, bien interroger le patient sur le mécanisme du traumatisme.

③ Fracture difficile à voir sur les clichés (présence parfois d'un léger flou au niveau du bord externe du talus), intérêt du scanner.

④ Responsable de séquelles si ignorer.

Entorse médiotarsienne :

① Survient toujours sur pied creux .

② Traitement : Immobilisation stricte par Attelle rigide montée sur chaussure BMT 1 AXMED® durant 15 jours. Tailles : S < 38, M/L : 39 – 43, L > 44.

③ Puis prescription d'orthèses plantaires pour pieds creux.

Fracture de la base du 5^{ème} métatarsien :

① Si trait de fracture 0 à 2 mm d'ouverture : Immobilisation par Attelle rigide montée sur chaussure BMT 1 AXMED® durant 15 jours plus anticoagulation plus ordonnance pour radiographie de contrôle à 15 jours et convocation en consultation post-urgence.

Si 15 jours après la radiographie montre un trait de fracture stable (0 à 2 mm) retirer l'attelle rigide, chaussage avec basket plus cannes anglaises plus Chevillère semi-rigide (Air Cast®, AXMED®, ect...) ou chevillère stabitarse pour une durée de 15 jours.



② Si trait de fracture > 5 mm à opérer : broches plus fils d'acier.

③ Si trait de fracture à 1.5 cm au dessus de la surface articulaire, c'est systématiquement une fracture de fatigue (attention si le patient réclame la prise en charge en accident du travail) : c'est chirurgical : 2 broches.

Rupture du tendon calcanéen (Tendon d'Achille) :

① Chirurgie : technique percutanée : suture sous anesthésie locale : Fils durant 7 semaines .

La technique percutanée dite **ténorrhaphie percutanée du tendon d'Achille** réalise en fait un rapprochement et une contention des deux berges tendineuses à partir d'une voie percutanée. Deux fils en Dacron ou en matériau résorbable montés sur de longues aiguilles sont utilisés. Une moucheture est pratiquée à environ 4 cm. au dessus de la partie proximale de la rupture. L'aiguille, préalablement modelée par l'opérateur, est introduite dans le tendon de haut en bas. Cette introduction nécessite un repérage précis, souvent délicat pour une main non avertie. Sa progression dans la partie haute, puis dans le foyer de rupture et dans la partie distale est contrôlée par la palpation. Arrivée près de l'insertion calcanéenne, l'aiguille est ressortie à la peau dans la fossette rétro-malléolaire externe ou interne selon le point d'entrée choisi.

Le pied est ensuite placé en équin, et les fils sont mis en tension. La portion supérieure du fil s'ancre dans la partie proximale du tendon grâce à un harpon dont on s'assure de la bonne fixation. La partie distale du fil est verrouillée à la peau par un plomb perforé s'appuyant sur un bouton en plastique. Un simple bandage entoure le pied en équin sans immobilisation.

② ou Plâtre en équin durant 6 semaines sans appui ou Attelle rigide montée sur chaussure BMT 2 version inclinable AXMED® (remplace le plâtre) permet de régler la cheville en 4 positions, au bout des 6 semaines prescrire des chaussures avec sabot (surélévation du talon).

Fracture malléole externe :

① Déplacée : chirurgie.

② Non déplacée traitement orthopédique : Immobilisation par Attelle rigide montée sur chaussure BMT 1 AXMED® Tailles : S < 38, M/L : 39 – 43, L > 44 .
durant 3 à 4 semaines à revoir en consultation post-urgence avec radiographie de contrôle puis Chevillère semi-rigide (Air Cast®, AXMED®, ect...) durant 4 semaines.

③ Pour certains si non déplacé Chevillère semi-rigide (Air Cast®, AXMED®, ect...) durant 4 semaines dès le départ.

Fracture bimalléolaire :

① Toujours chirurgical

Fracture des métatarsiens :

① Fracture têtes des métatarsiens ou diaphyse : Immobilisation par Attelle rigide montée sur chaussure BMT 1 AXMED® Tailles :

S < 38

M/L : 39 – 43

L > 44

durant 15 jours puis chaussage avec basket.

Entorse du Lisfranc :

① Difficile à voir sur radiographie, faire bien préciser au patient le mécanisme du traumatisme (écrasement avant pied par objet lourd), examen rendu difficile par la présence d'un hématome et par la douleur. Immobilisation par Attelle rigide montée sur chaussure BMT 1 AXMED® puis avis spécialisé et scanner.

Fracture orteil:

① Syndactylisation.

② Attention fracture du 1^{er} orteil : lésion ligament latéral associée, c'est chirurgical.

Fracture Sésamoïde :

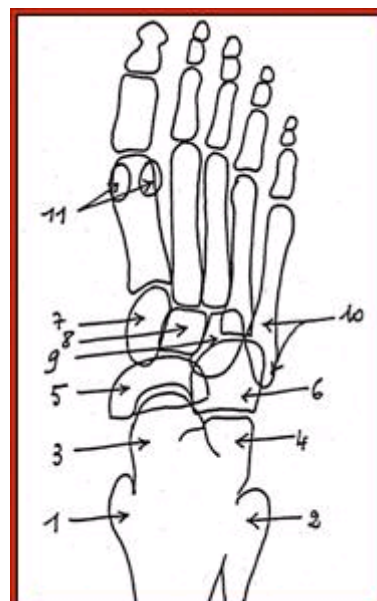
- ① Immobilisation strict plus chirurgie avec ostéosynthèse par broche en diagonale puis chaussure de Barouk 1 mois.



Fracture de fatigue :

- ① Repos.

1. Malléole tibiale
2. Malléole péronière
3. Astragale = talus
4. Calcaneum = calcaneus
5. Scaphoïde = naviculaire
6. Cuboïde
- 7, 8, 9. cunéiformes
10. 5° méta avec styloïde
11. sésamoïdes du 1° méta



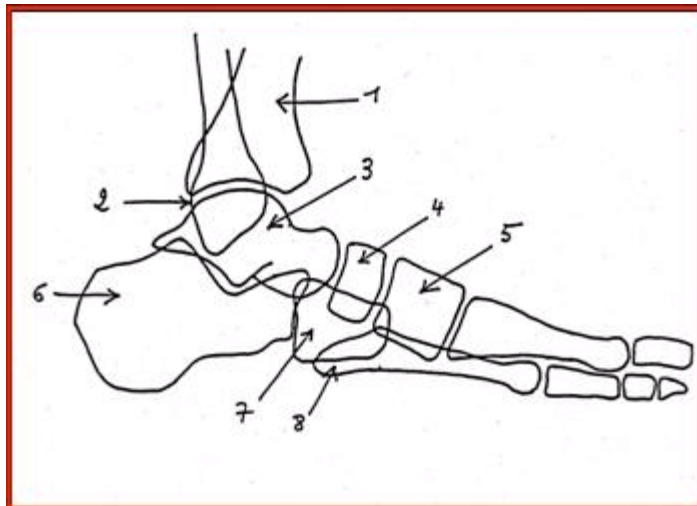
Pied de profil en charge

1.Tibia

2.Péroné : malléole externe

3.Astragale

4.Scaphoïde



5.Cunéiforme

6.Calcanéum

7.cuboïde

8.Styloïde 5° méta