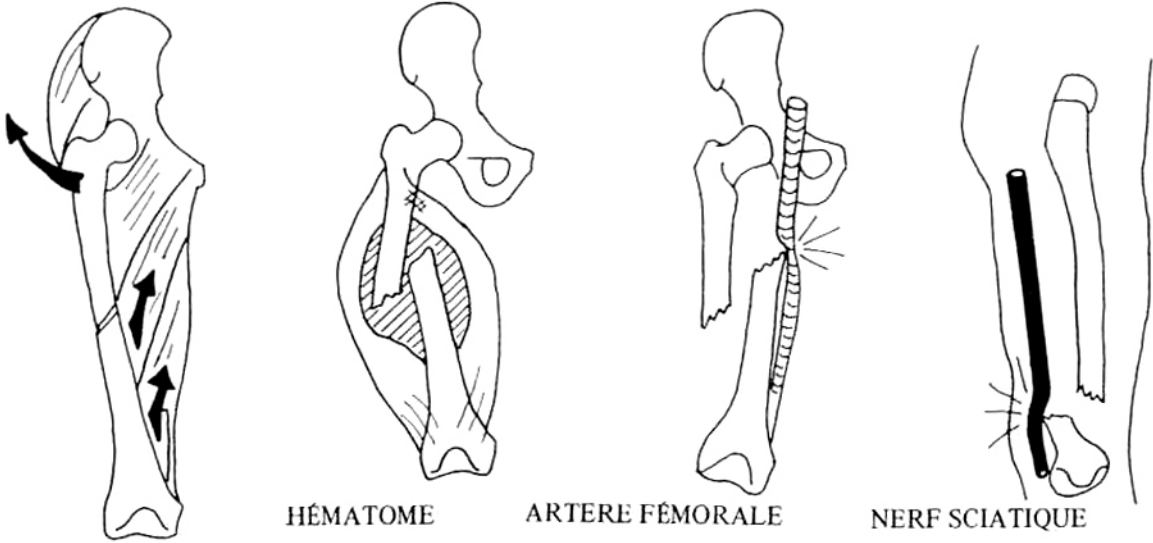


MEMBRE INFÉRIEUR

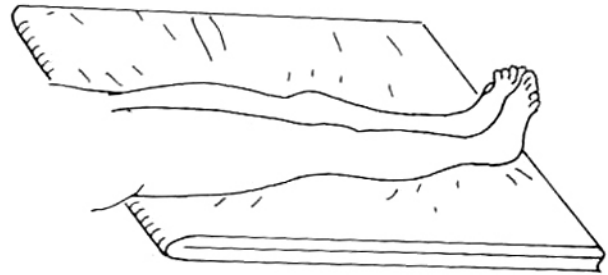
LES COMPLICATIONS DU DÉPLACEMENT DES FRACTURES DU MEMBRE INFÉRIEUR



APPAREILLAGE IMPROVISÉ



L'AUTRE MEMBRE INFÉRIEUR
(S'IL N'EST PAS FRACTURÉ)



ATTELLE LATÉRALE EN BOIS

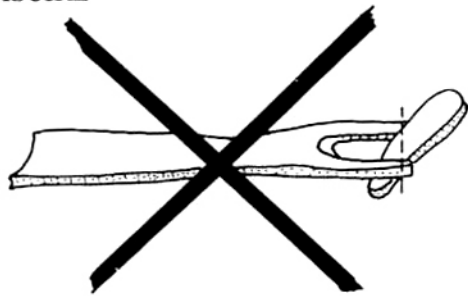


COUVERTURE ROULÉE
(LE MEMBRE SAIN SERT D'ATTELLE)

APPAREILLAGE PROVISOIRE



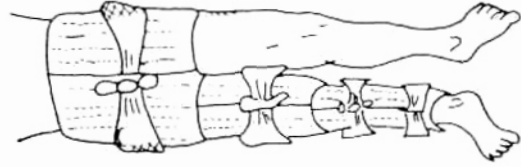
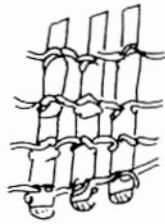
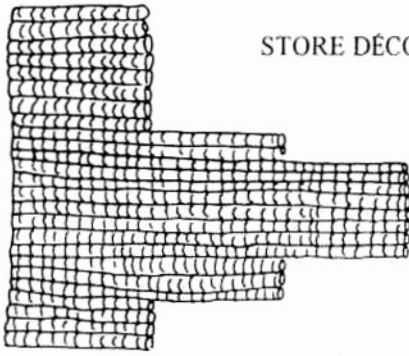
GOUTTIERE MÉTALLIQUE



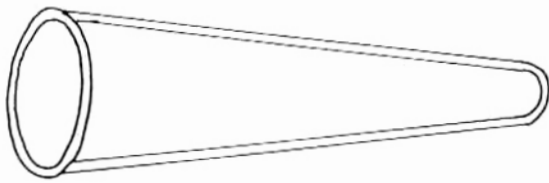
MAUVAISE ATTELLE
(LE MEMBRE ROULÉ..)

APPAREILLAGE PROVISOIRE (SUITE)

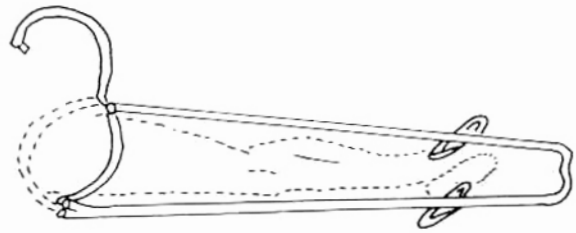
STORE DÉCOUPÉ (éventuellement fabriqué artisanalement)



ATTELLES D'EXTENSION :



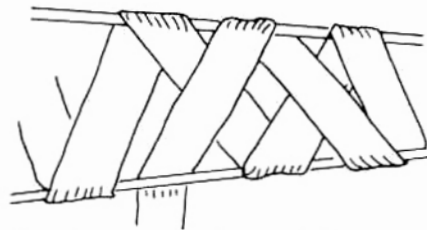
ATTELLE D'EXTENSION SIMPLE



ATTELLE D'EXTENSION
DE THOMAS LARDENNOIS
excellente à condition de :



a) Matelasser



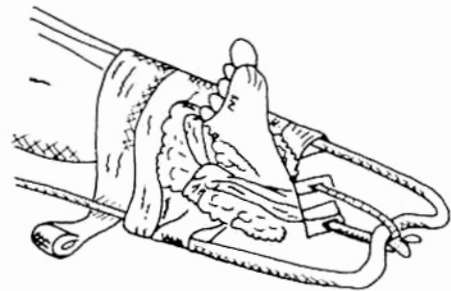
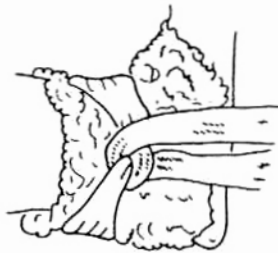
b) préparer correctement le berceau



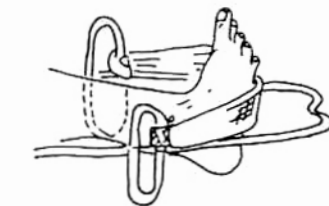
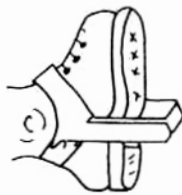
ni trop plat, ni trop profond



c) éviter l'effet de garrot



traction sur la chaussure



prévention de l'équinisme
en cas d'utilisation prolongée

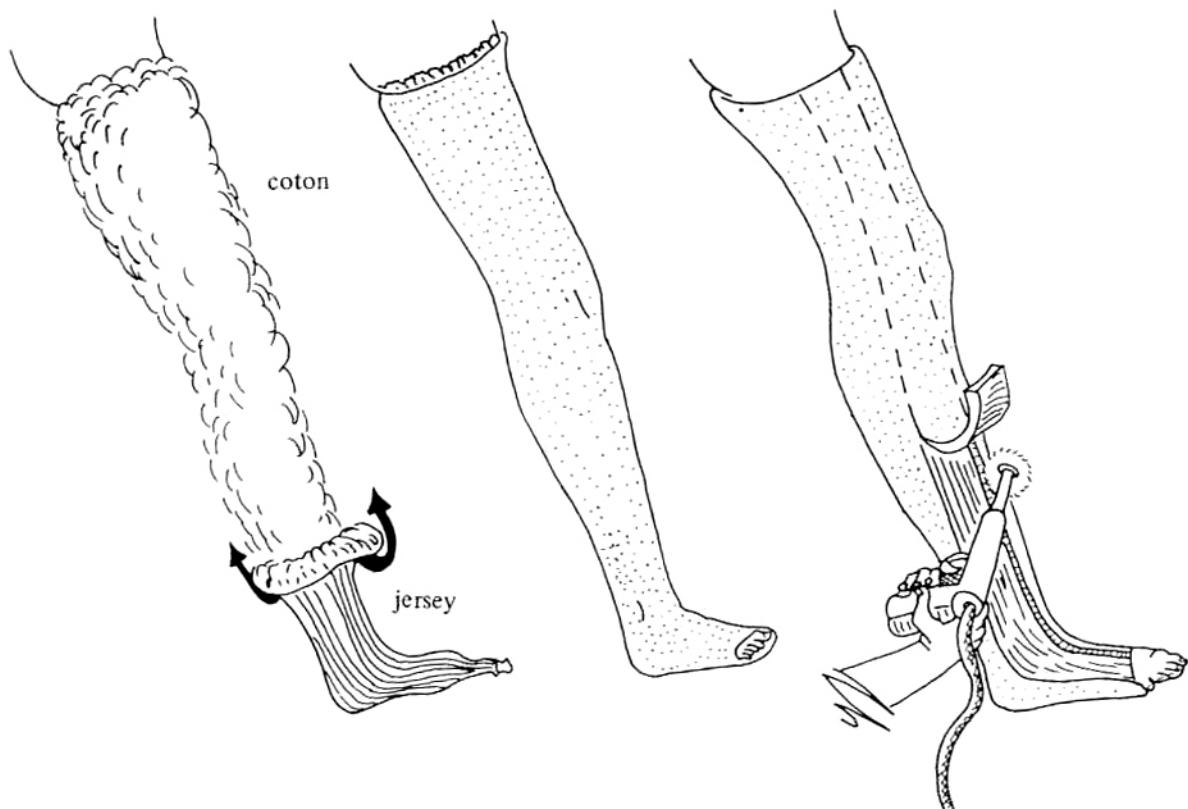
APPAREILLAGE PROVISOIRE (SUITE)

GOUTTIERE PLATRÉE PROVISOIRE

Comme pour le membre supérieur, l'immobilisation provisoire peut également, au membre inférieur, faire appel au plâtre.

Il s'agit d'un plâtre de transport, plâtre immobilisant une fracture à faible déplacement et évitant ainsi une détérioration au cours des manipulations du blessé.

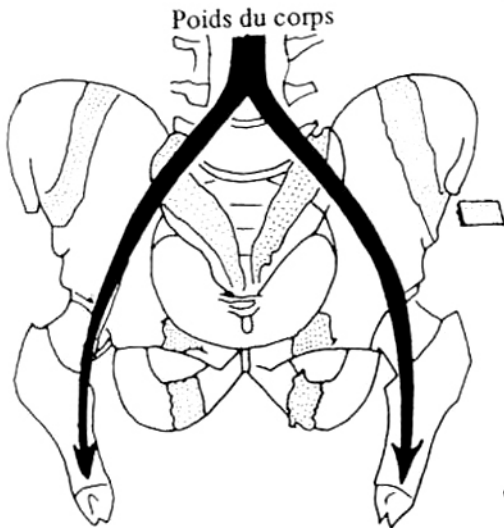
Là encore, LA GOUTTIERE EST PRÉFÉRABLE, mais le circulaire, plus facile à réaliser, est acceptable à condition d'enlever immédiatement après la dessiccation du plâtre une large bande antéro-externe, à la scie oscillante.



TRES UTILE POUR LES ÉVACUATIONS A LONGUE DISTANCE.

BIEN PRÉCISER QU'IL S'AGIT D'UN PLATRE D'IMMOBILISATION PROVISOIRE.

FRACTURE DU BASSIN



ATTENTION :

- choc ++(hématome ++)
- craindre rupture urètre, vessie

Vérifier :

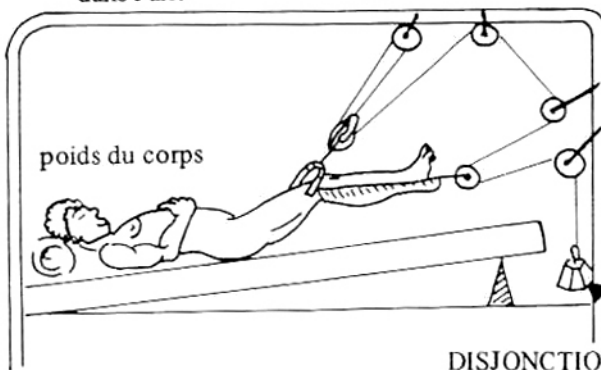
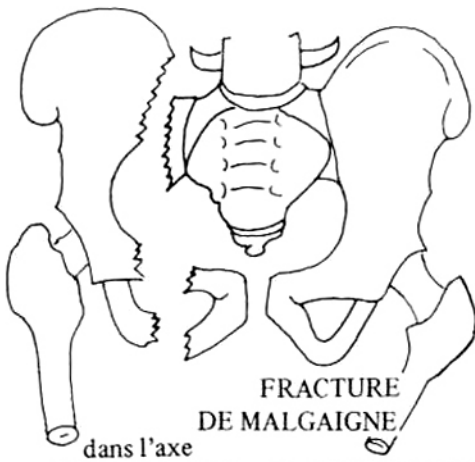
- pouls fémoral
- mobilité
- nerf sciatique

o FRACTURES PARTIELLES ET SANS DÉPLACEMENT :

- repos au lit
- gymnastique précoce
- assis au 25e-30e jour
- debout 60e jour

o FRACTURES AVEC DÉPLACEMENT :

Réduction par traction suspension

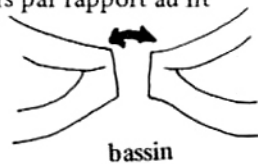


en abduction bascule

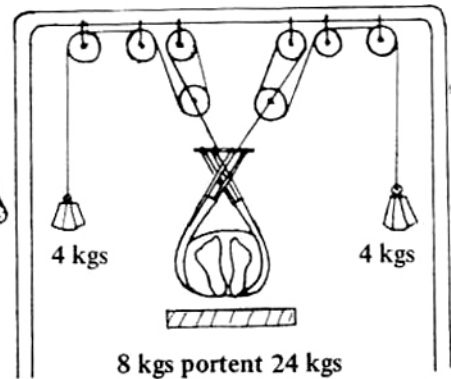
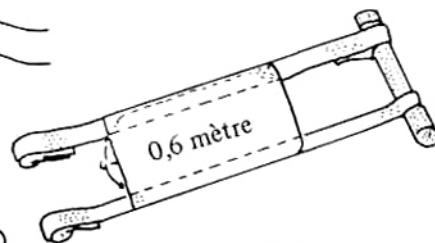
Broche de Steinman de préférence
(sinon grosse Kirshner 20/10)

4 kgs → 16 kgs dans l'axe du fémur

Suspension croisée du bassin avec poulies composées (Rieunau) pendant 2 MOIS ; disposer le cadre en travers par rapport au lit



bâtons encochés



LUXATION DE LA HANCHE

Attention !! Souvent polytraumatisés : examen complet
URGENCE DE LA RÉDUCTION

Ne pas la méconnaître : tout traumatisé du MI doit avoir une radio du bassin.
Vérifier le cintre cervico-obturateur
Diagnostiquer la variété :

Par la clinique : d'après les attitudes vicieuses

Iliaque

Extension
ADduction
Rotation Interne

ILEADRI

Pubienne

Extension
ABduction
Rotation Externe

PEABRE

POSTÉRIEURES

Ischiatique

Flexion
ADduction
Rotation Interne

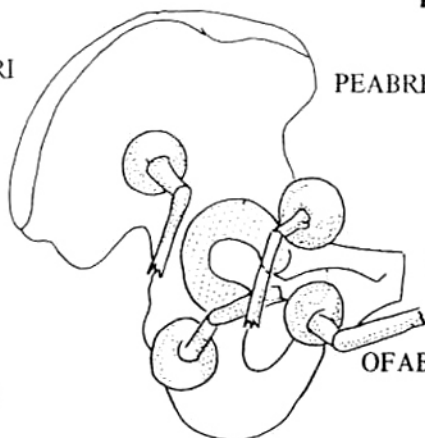
ISFADRI

Obturatrice

Flexion
ABduction
Rotation Externe

OFABRE

ANTÉRIEURES

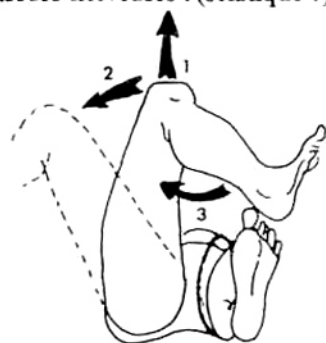


Déceler les lésions associées :

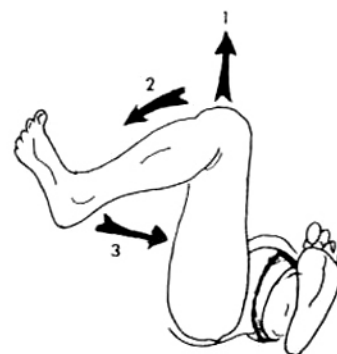
- viscérales (vessie : luxation pubienne)
- osseuses : cotyle ? chirurgie souvent.
demander radio : face, profil mais aussi -
3/4 Alaïre ; 3/4 obturateur
- vasculo-nerveuses : (sciatique ?)

POUR RÉDUIRE :

- sujet au sol (couverture)
- maintenu par crêtes iliaques (aide)
- anesthésie générale indispensable !



POSTÉRIEURES



ANTÉRIEURES

Après réduction :

- immobilisation 15 jours
- (Pelvi pédieux ou traction collée)
- appui : 1 mois

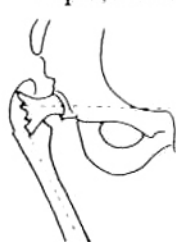
ÉVOLUTION FRÉQUENTE VERS NÉCROSE DE LA TÊTE !
une luxation réduite se suit pendant 2 ans

FRACTURES DU FÉMUR DE L'ADULTE

Les fractures CERVICALES VRAIES sont essentiellement CHIRURGICALES : PAS DE PLATRE.

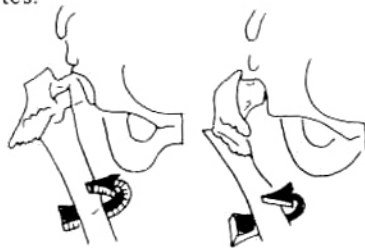
Pour toutes les autres fractures du fémur, les solutions chirurgicales sont souvent préférables.

Cependant, le traitement orthopédique reste « valable » dans certains cas : fractures poly-esquilleuses par exemple, fractures ouvertes.



TROCHANTÉRIENNES

- souvent engrenées
- consolidation en varus = infirmité ++



SOUS-TROCHANTÉRIENNES



DIAPHYSAIRES

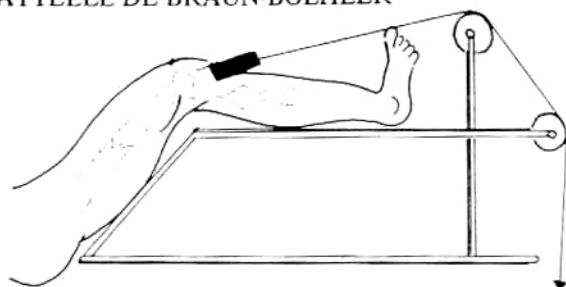


DISPHYSAIRES BASSES ET SUSCONDYLIENNES

Bascule en arrière du fragment inférieur

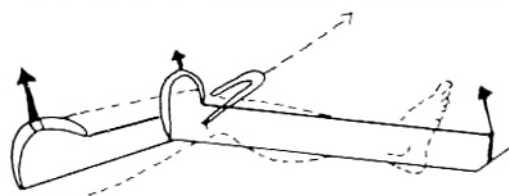
Le traitement orthopédique a recours à la TRACTION CONTINUE :

Soit ATTELLE DE BRAUN-BOEHLER



Mais : Méthode « statique »

Soit ATTELLE DE SUSPENSION-EXTENSION



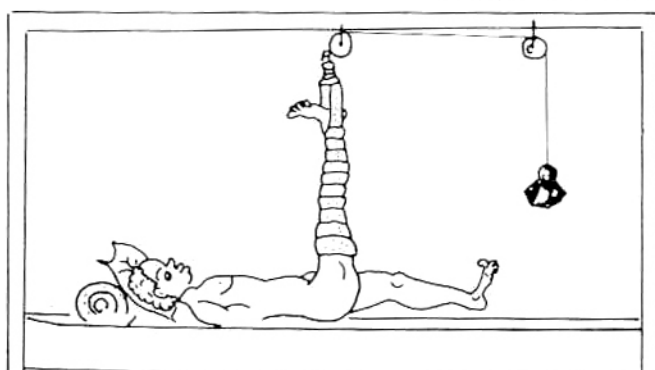
suspension-extension : diaphysaires et sus-condylienne

suspension-traction : trochantériennes

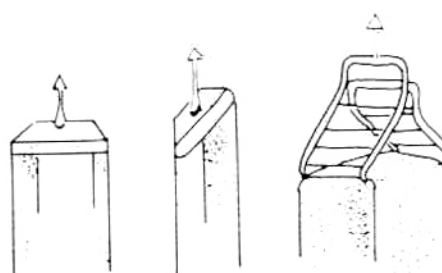
Méthode dynamique

FRACTURES DU FÉMUR DE L'ENFANT

TRACTION COLLÉE, AU ZÉNITH



1/7 du poids du corps :
la fesse doit être soulevée



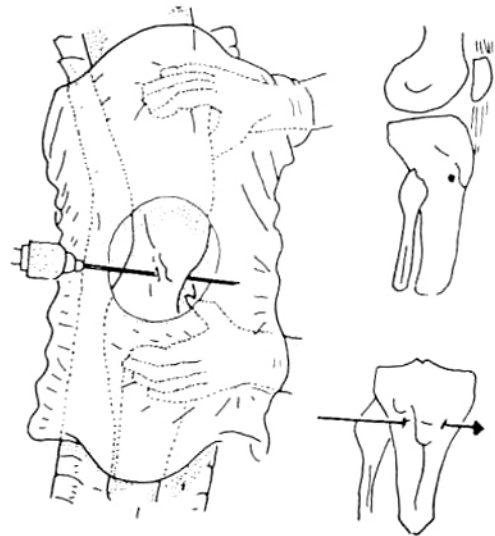
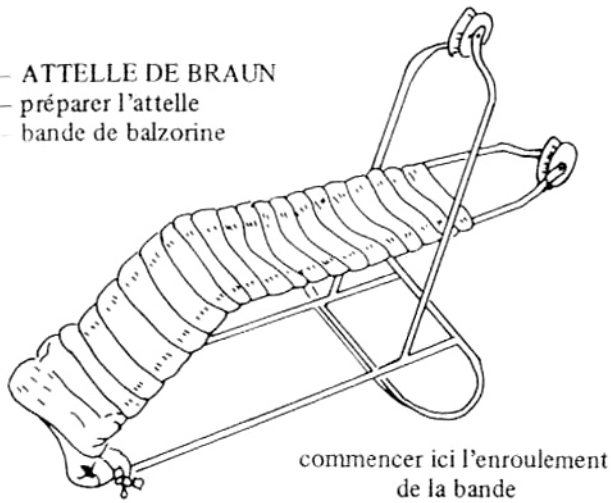
La planchette perforée a tendance à s'incliner. Il est préférable d'utiliser un fragment d'attelle de Cramer. Il maintiendra l'écartement des bandes collantes au-dessus des malléoles.

le membre doit être recouvert entièrement de collant jusqu'à mi-cuisse, les malléoles dégagées.

3 SEMAINES PUIS PELVI-PÉDIEUX 15 - 20 JOURS

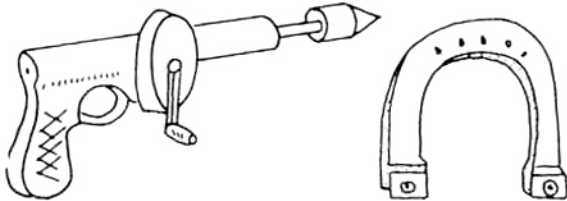
COMMENT INSTALLER UNE TRACTION TRANS-TUBÉROSITAIRE TIBIALE

- ATTELLE DE BRAUN
- préparer l'attelle
- bande de balzorine



- Le membre est placé sur l'attelle et tenu par un aide :
- aseptie
 - gants
 - champ troué
 - anesthésie locale Novocaïne 1 % (point de sortie)

Soit UNE BROCHE DE KIRSCHNER 18 ou 20/10

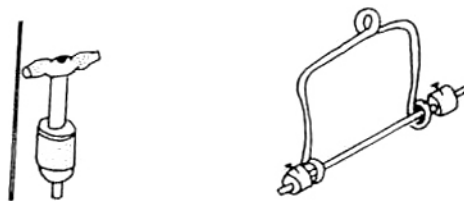


Mais il faut :

- une chignole et un étrier spécial

Mais, cette broche tourne dans le trajet osseux, peut le découper.

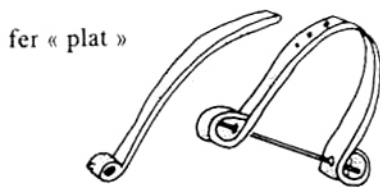
Soit mieux, UN CLOU DE STEINMANN (4 m/m)



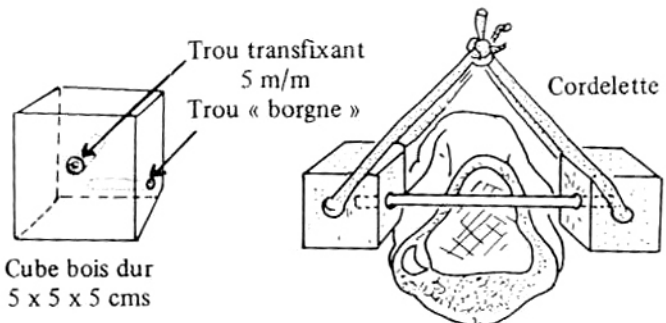
Il suffit :

- d'un porte clou
- l'étrier peut être éventuellement improvisé facilement.
- il doit tourner librement autour de la broche, fixe dans l'os (ainsi pas d'infection, pas de douleurs).

DEUX EXEMPLES D'ÉTRIERS DE FORTUNE POUR CLOU DE STEINMANN :



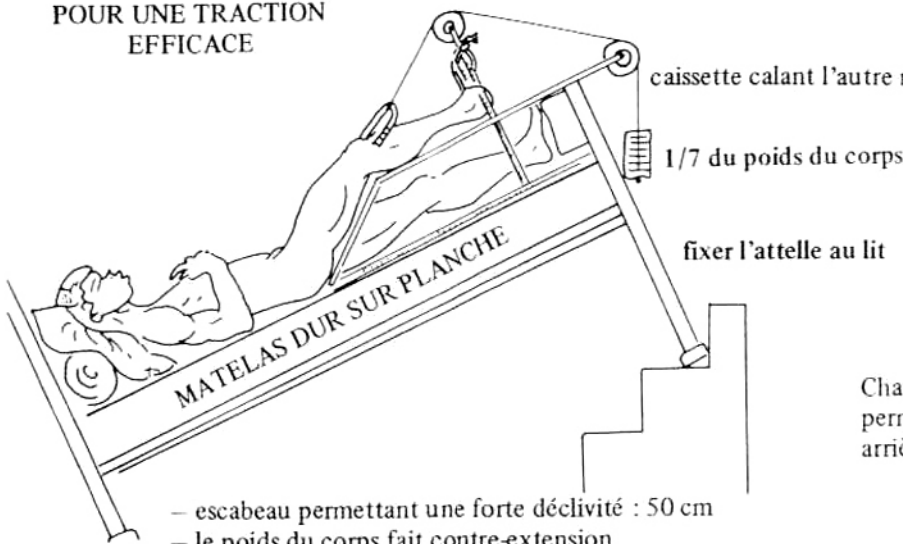
1 seul trou de 5 m/m dans la face axiale de chaque boucle.



L'étrier sera mis en place par écartement élastique de ses branches sur le clou.

Les cordelettes passées dans les tunnels longitudinaux sont solidarisées par un nœud : les cubes se rapprocheront sous l'effet de la traction (d'après RIEUNAU)

POUR UNE TRACTION EFFICACE



- escabeau permettant une forte déclivité : 50 cm
- le poids du corps fait contre-extension
- savoir augmenter de 1-2 kgs en cas de chevauchement.
- diminuer si traction trop forte (risque de pseudarthrose)

Comment éviter l'équin



Chaussette en jersey collé. Une Cramer permet, si besoin, de tirer plus en arrière.

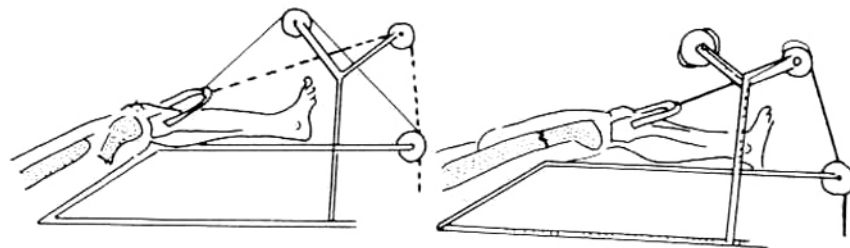
COMMENT ON PEUT AGIR SUR CERTAINS DÉPLACEMENTS

- CROSSES ANTÉRO- EXTERNES



sous-trochantériennes
- abduction

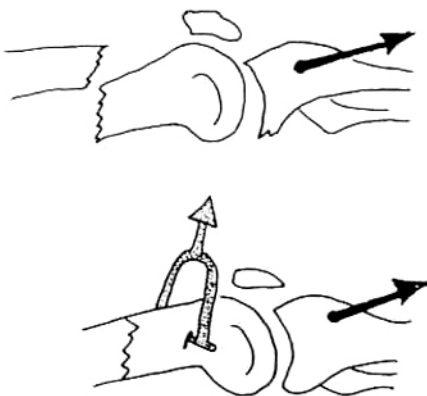
- CROSSES POSTÉRIEURES



sus-condyliennes

- placer l'angle de l'attelle sous le foyer
- abaisser l'axe du fil de traction
- ajouter éventuellement un coussin sous le foyer.

- CROSSE EXTERNE

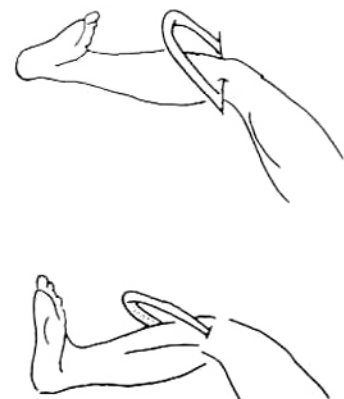


Parfois une deuxième broche est nécessaire pour soulever le fragment distal.

traction excentrique
+ pelote

(VOIR LE TABLEAU POUR LES TEMPS D'APPLICATION)

- ROTATION EXTERNE



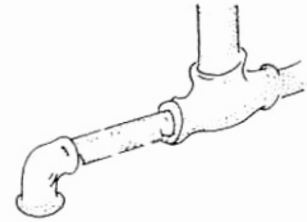
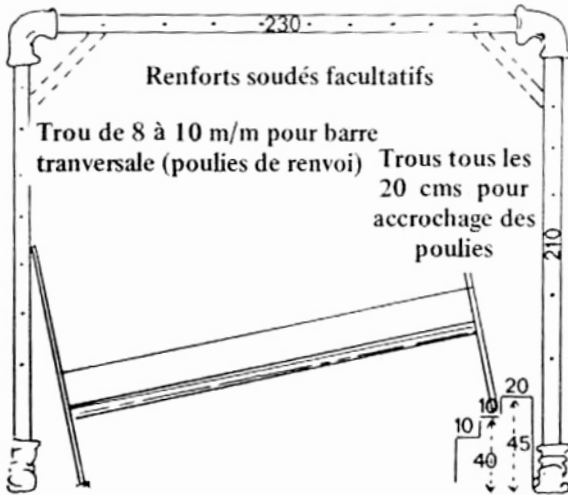
soulever l'extrémité externe du clou avec une bande de gaze, verticalement

– APPAREILLAGE EN SUSPENSION (RIEUNAU)

Ses avantages sont tels qu'il faut toujours le préférer aux méthodes statiques. Voici comment il peut être réalisé partout sans disposer de moyens considérables ni de matériel « d'origine » :

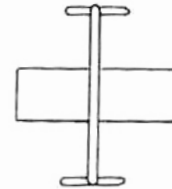
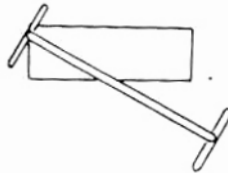
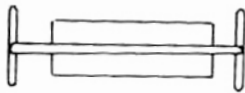
Il faut : un CADRE et une ATTELLE ARTICULÉE

A – LE CADRE sera réalisé par un plombier avec du tuyau d'acier galvanisé pour conduites d'eau, diamètre 40 m/m environ ; il faut adapter 6 coudes et 2 « T » vissés selon le schéma ci-dessous :

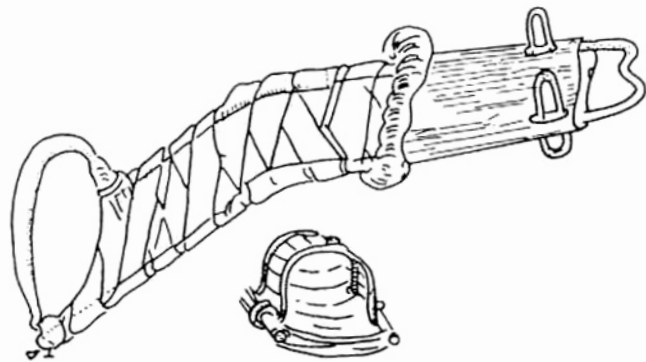
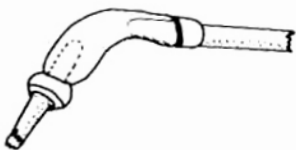
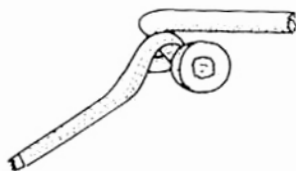


La longueur (2 m 20) ou 2 m 30) sera calculée d'après celle, hors tout, du lit, dont les pieds sont surélevés à 40 cm du sol, augmentée de la largeur de la 1ère marche (20 cm) de l'esca-beau ; sa base empêchera le recul du cadre lors de la mise en traction.

L'indépendance du cadre, par rapport au lit, permet de l'orienter à son gré (axial-oblique en cas de traction en ab-duction transversale pour disjonction pubienne par exemple)



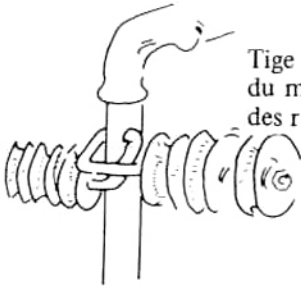
B – L'ATTELLE « quadrangulaire » est obtenue facilement en sciant en bonne place une attelle de « Thomas-Lar-dennois » (attelle très répandue) en supprimant (selon le côté) l'un des 2 demi-anneaux cruraux.



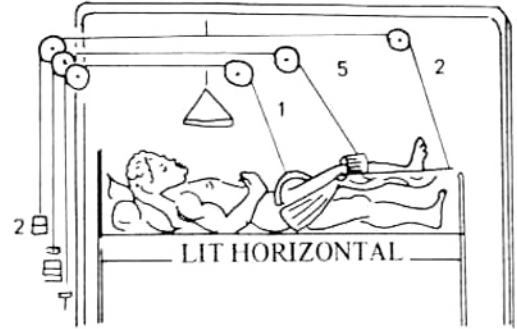
C – RÉALISATION PRATIQUE ET INDICATIONS DES SUSPENSIONS

SUSPENSION SIMPLE

- Fractures diaphyse et col ostéosynthésées
- Oedèmes infectieux
- Éléphantiasis des membres inférieurs avant et après intervention.



Tige de 8 passée « en boucle » en arrière du montant postérieur (poulies séparées par des rondelles ; fileter les extrémités pour les écrous).



SUSPENSION - EXTENSION

Ici, on a ajouté une extension par broche transtibiale. Naturellement, il faut mettre le lit en décline pour assurer la contre-extension.

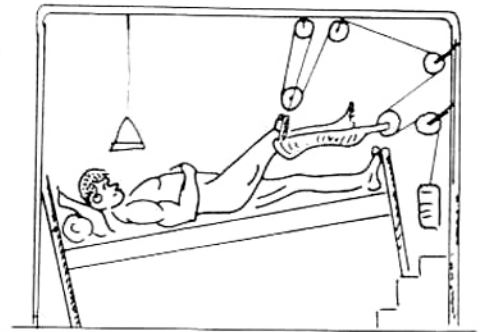
- Fractures diaphysaires et sus-condyliennes
- Fractures comminutives
- Fractures ouvertes



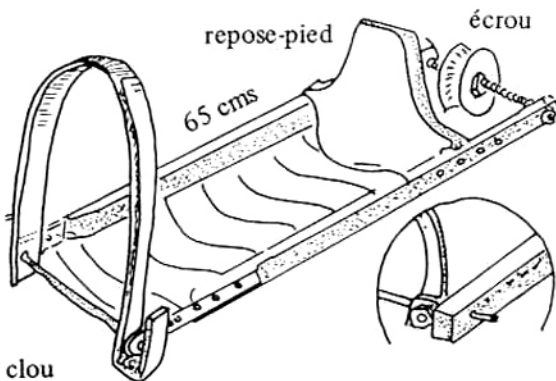
SUSPENSION - TRACTION

C'est la broche trans-osseuse qui réalise à la fois la suspension et la traction. La partie crurale de l'attelle a disparu. Sa partie jambière peut être réalisée de multiples manières en bois ou en métal (aluminium)

- Fractures trochantériennes : 2 kgs
- Transcotyloïdiennes et Malgaigne ascensionnée : 4 kgs
- Fractures transcotyloïdiennes (seule indication de la broche fémorale sus-condylienne : 4 kgs tireront 16 kgs dans l'axe !)
- Fractures trochantériennes : 2 kgs par traction transtibiale



RÉALISATION D'UNE ATTELLE JAMBIÈRE



Sa fixation à l'étrier de fortune, décrit précédemment, se fait par 2 pattes métalliques à trous multiples (permettant ainsi l'ajustage en longueur) pénétrant dans chaque boucle de l'étrier.

Plus simplement encore s'il s'agit d'une broche de Kirschner dont les pointes dépassent de l'étrier tendeur (en pratiquant des perforations du montant de bois)

LE PLATRE PELVI - PÉDIEUX

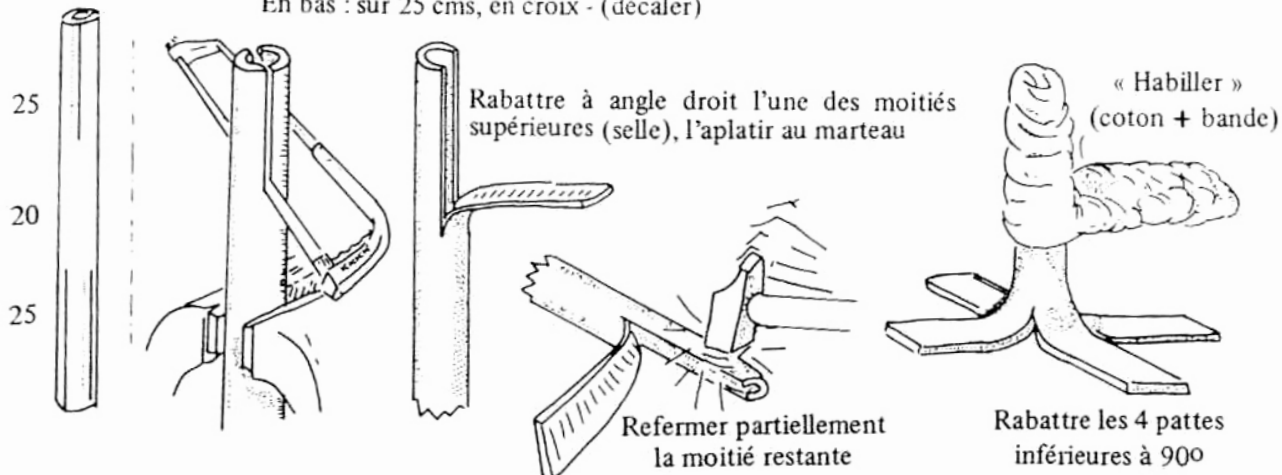
- Ses indications se sont **restreintes** en traumatologie
- Il reste un **excellent moyen anti-infectieux** (coxalgie - arthrites aiguës)
- Une **table orthopédique** est l'idéal pour le réaliser. Si on n'en dispose pas, voici comment fabriquer en moins d'une heure

UN PELVI-SUPPORT SOLIDE ET STABLE :

- Un tube de 70 cms x 50 mm de diamètre, en acier galvanisé, est fendu à la scie à métaux :

En haut : sur 25 cms, en deux

En bas : sur 25 cms, en croix - (décaler)



Plaque de contre-adduction (Côtes)

matelasser

coton

Cravate en coton dans tube jersey (ischion et creux inguinal)

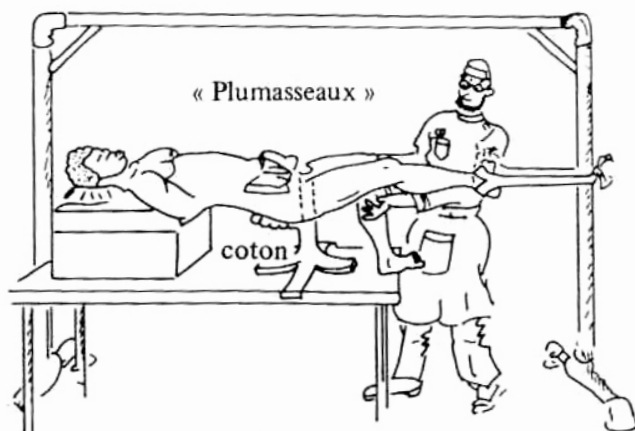
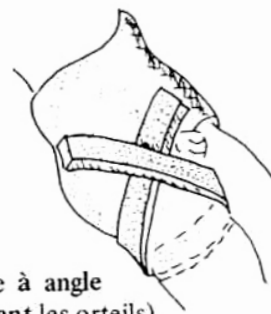
Renforcer le genou (grande attelle plâtrée postérieure)

La partie pédieuse est réalisée à angle droit à la fin (semelle dépassant les orteils)

Tube jersey

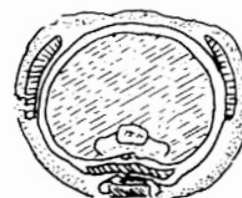


Une cravate (12 épaisseurs de plâtre) renforce le pli inguinal (on peut aussi noyer une attelle de Cramer dans le plâtre)



L'abduction désirée sera obtenue par obliquité du cadre légère flexion du genou

coton



Les bandes plâtrées passent autour de la selle du pelvi-support

ENTORSES DU GENOU

. Le meilleur traitement des entorses graves du genou est la syndesmorrhaphie.

. Sur le plan anatomo-clinique, la gravité est définie par la rupture d'un élément du pivot central (ligament croisé antérieur, ligament croisé postérieur) isolée ou associée à des atteintes latérales (ligaments latéraux, point d'angle), méniscales (désinsertion).

DIAGNOSTIC DE GRAVITÉ : il repose sur différents éléments :

1. Anamnestiques : Notion de traumatisme appuyé par mouvement forcé en position d'instabilité du genou ; craquement ressenti par le blessé ; baillement articulaire ; impotence fonctionnelle immédiate avec impossibilité de reprise de la marche ; sensation de déboîtement aux tentatives d'appui ; épanchement de survenue rapide.

2. Radiologiques : Arrachement des points d'insertion osseux ligamentaire (épines tibiales ++).

3. Cliniques : Flexum antalgique irréductible ; épanchement ecchymotique sous-cutané (brèche capsulaire) ; épanchement intra-articulaire → ponction → sang + = gravité ; recherche de mouvements anormaux : possible immédiatement après l'accident ; impossible quelques heures après = nécessité d'une anesthésie générale.

RÉSULTATS SCHEMATIQUES DE L'EXAMEN CLINIQUE :

	ENTORSE BÉNIGNE (simple déchirure isolée d'un ligament latéral)	ENTORSE MOYENNE (rupture d'un ligament laté- ral + point d'angle ± mé- nisque)	ENTORSE GRAVE (rupture d'un élément du pivot ± formation latérale ± ménisque)
Laxité en ex- tension	—	douleur sans baillement	±
Laxité latérale en flexion à 20°	douleur mais pas de bail- lement	douleur + baillement lat. anormal	baillement ±
Tiroir antérieur ou postérieur	—	—	+

2 exceptions { la rupture isolée du ligament croisé postérieur = entorse grave = tiroir postérieur seul,
la rupture isolée du ligament croisé antérieur = entorse grave = tiroir antérieur rare sur-
tout tiroir rotatoire externe (test spécifique).

THÉRAPEUTIQUE :

A — Indications

1. Entorse bénigne : plâtre 21 jours (antalgique, anti-inflammatoire) supérieur au traitement fonctionnel immédiat.

2. Entorse moyenne : plâtre 45 jours sauf exception : indication de réparation des lésions latérales isolées, de la « convexité » sur genu varum ou valgum.

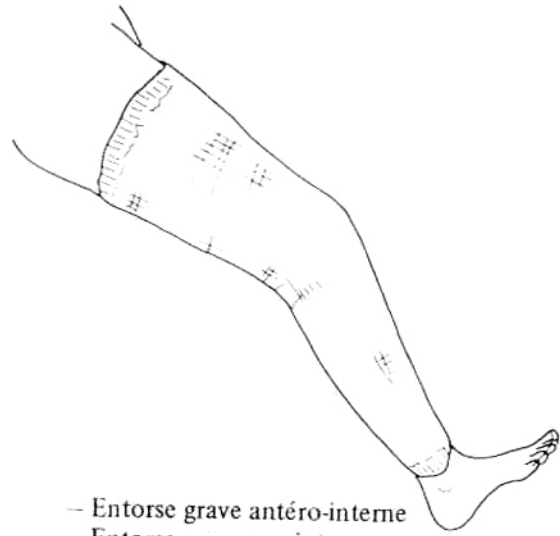
3. Entorse grave : Indication opératoire formelle. Mais si contre-indication d'ordre local (état cutané) général (âge-tares) ou technique (incompétence ou centre mal équipé). Plâtre 60 jours.

B — Type et position des plâtres :

Immobilisation par plâtre cruro-malléolaire suivant 2 positions :



- Entorse bénigne
- Entorse moyenne externe
- Entorse grave avec lésion du L.C.P.



- Entorse grave antéro-interne
- Entorse moyenne interne

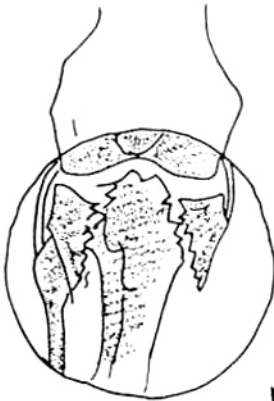
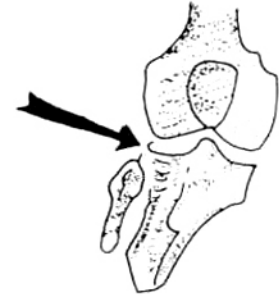
En n'oubliant pas la rééducation sous plâtre du quadriceps

FRACTURES DE L'EXTREMITÉ SUPÉRIEURE DU TIBIA

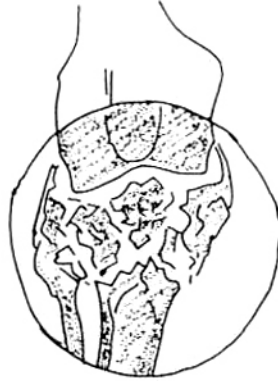
Toujours vérifier : Pouls d'aval - Mobilité : SPE ?

TRAITEMENT

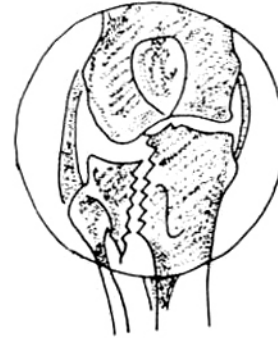
- Sujet jeune – bon état général
(déplacement fragmentaire)
Intervention le plus souvent, impérative si enfoncement
- sujet âgé – mauvais état général
- fracture séparation pure, comminutive ou bitubérositaire (dans les conditions d'un poste isolé)
= EXTENSION CONTINUE



Fracture bitubérositaire



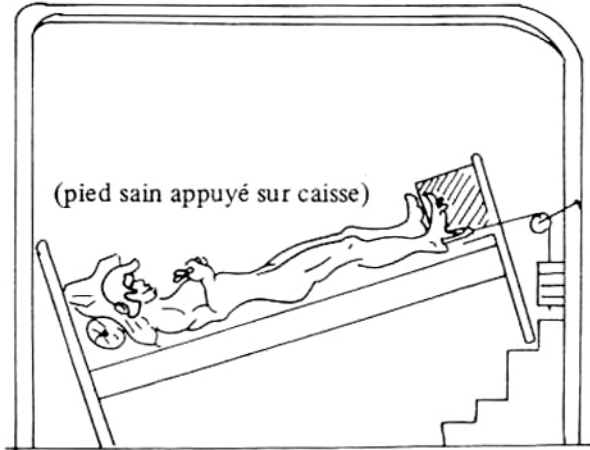
Fracture comminutive



Fracture - séparation pure

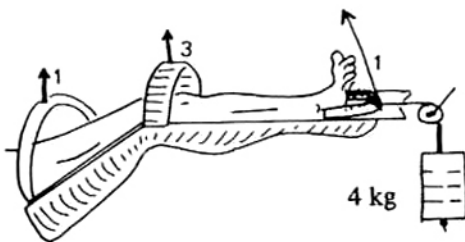
EXTENSION CONTINUE par Broche de Kirschner (20/10 transcalcaneenne)

- Soit traction sur le plan du lit



- prophylaxie ATT
- asepsie +++
- novocaïne 1 %
- passage de DD en DH

- Soit traction en suspension sur attelle

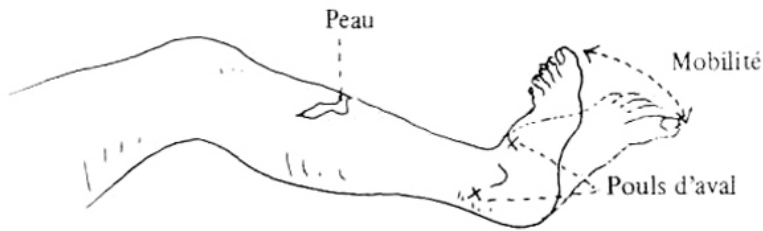


Durée de la traction : 45 JOURS
Appui : 90° JOUR

FRACTURES DIAPHYSAIRES FERMÉES DE JAMBE

La plus fréquente des fractures.

Vérifier : Peau, Pouls d'aval, mobilité, pied, orteils.

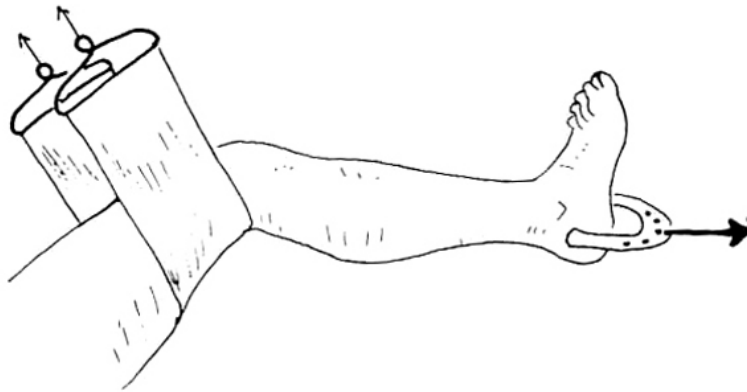


FRACTURES STABLES SANS DÉPLACEMENT . gouttière plâtrée comme ci-dessous.

FRACTURES AVEC DÉPLACEMENT :

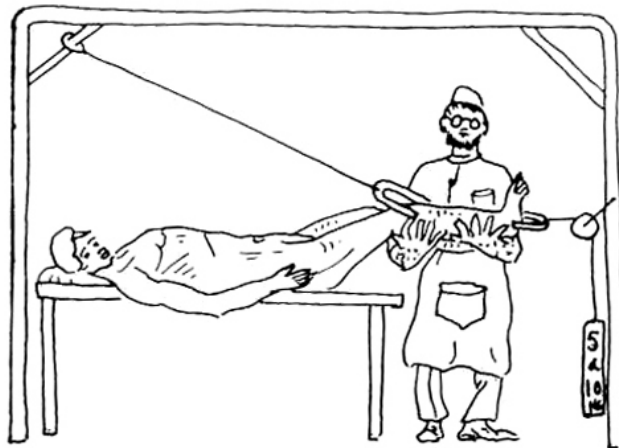
Réduction urgente : ne pas « attendre sur attelle », sauf : si œdème énorme, troubles vasculaires, phlyctènes.
Dans ces cas : traction transcalcaneenne provisoire ; jamais comme traitement définitif.

– Anesthésie générale indispensable - broche de Kirschner 20/10 transcalcaneenne - asepsie ++ Prophylaxie ATT - jersey remontant jusqu'au pli inguinal - table orthopédique utile mais non indispensable.



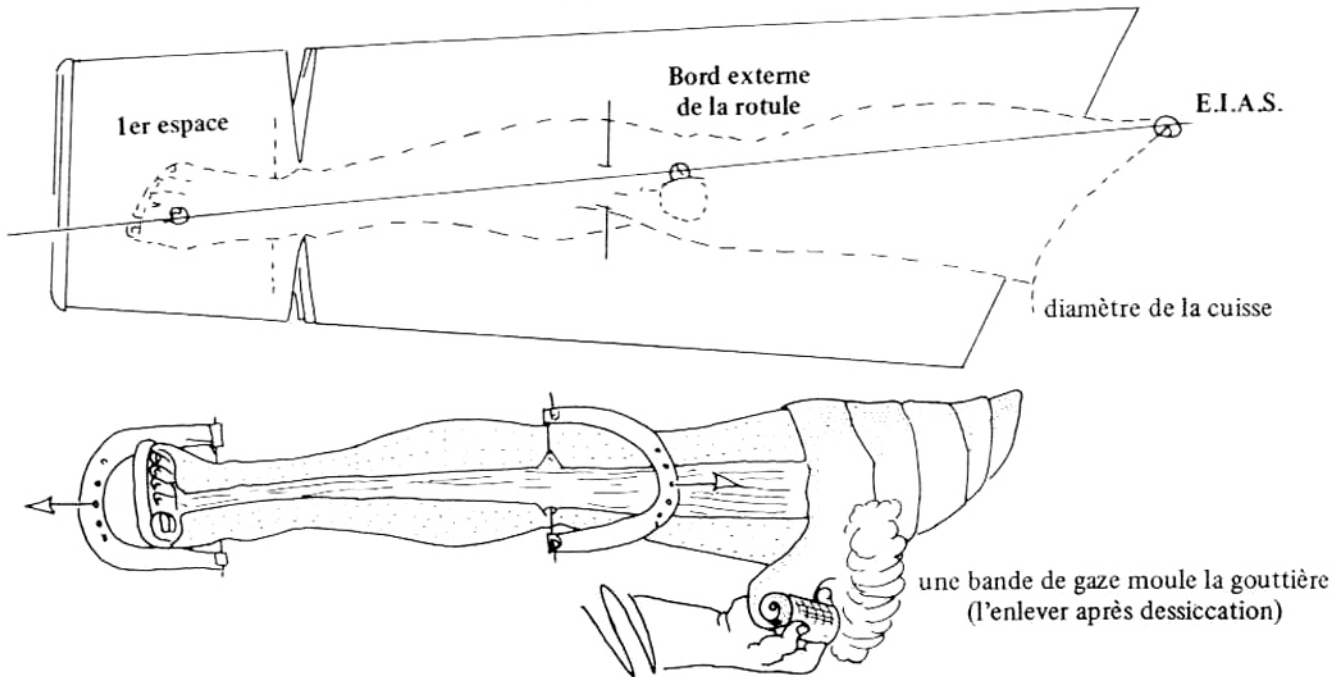
Dans le cadre : la contre-extension est réalisée :

- soit par une sangle vaselinée afin de pouvoir la retirer après dessiccation du plâtre,
- soit, mieux, par une broche transtibiale : 5 à 10 kgs assurent la réduction en quelques minutes ; manipuler le foyer pour parfaire la réduction, soulever pendant la confection du plâtre.



CONTENTION : GOUTTIERE PLATRÉE

14 à 16 épaisseurs en bandes de 20



Les broches, noyées dans le plâtre, seront enlevées **impérativement** en cas de fracture **transversale**. Elles peuvent être utiles pour empêcher un déplacement secondaire d'un oblique ou d'une spiroïde (transfixation à la Boehler).

Le **plâtre circulaire** n'est admissible que pendant .. 5 minutes !!!.., le temps de le fendre sur toute sa longueur, ce qui est facilité par l'artifice du tuyau de caoutchouc.

LES GYPSOTOMIES

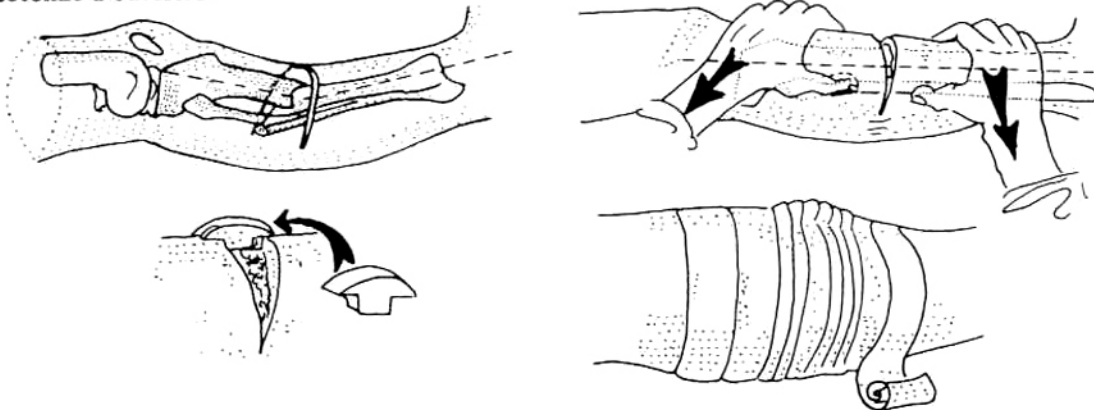
But : corriger les angulations résiduelles sous plâtre.

Date : jamais tardives : **pas après le 12e-15e jour**
(cisaillement du cal en voie d'organisation)

Technique : aucune anesthésie n'est nécessaire ; **douceur !**

tracer les axes du tibia sur les radios : les perpendiculaires matérialiseront l'angle à corriger.

– Gypsotomie d'ouverture

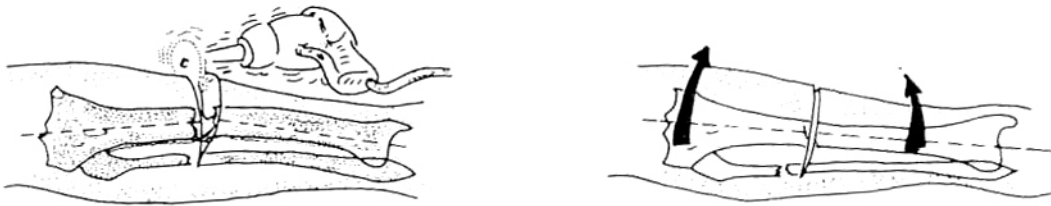


Scier transversalement jusqu'au jersey (**EXCLU !**) les 3/4 de la circonférence du plâtre dans le sinus de l'angle, au niveau du foyer repéré.

Redresser en ouvrant progressivement le plâtre autour de sa charnière postérieure (dans le cas représenté ci-contre, par exemple).

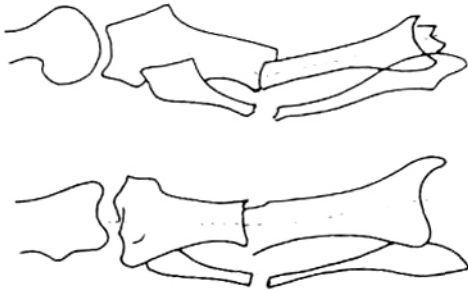
Introduire du coton cardé dans la fente. Placer une cale en bois (le liège s'affaisserait). Fixer la « réduction » par quelques tours serrés de plâtre.

Gypsotomie de fermeture : Fragments ayant tendance à s'écarter (rare)



Enlever un coin de plâtre du côté du sommet de l'angle.
Ici c'est la charnière du plâtre qui sera dans le sinus de l'angle (1/3 ou 1/4 de sa circonférence).
Attention ! : ne pas pincer la peau en fermant (arrondir les bords du plâtre, mettre du coton).

Gypsotomie combinée : En cas de déviations complexes, à la fois dans le plan sagittal et dans le plan frontal.



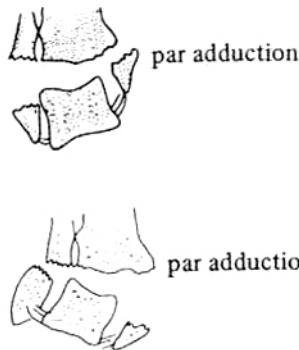
Gypsotomie d'ouverture à charnière postéro-externe

FRACTURES MALLÉOLAIRES

Fréquence++. Gravité des séquelles si la réduction n'est pas parfaite.

DÉPLACEMENTS : D'après le niveau par rapport au ligament péronéo-tibial inférieur.

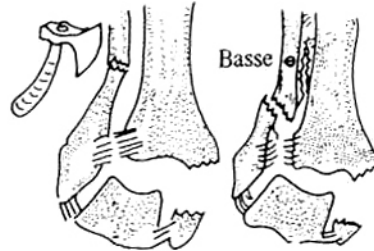
SOUS-LIGAMENTAIRES



Pas de diastasis

SUS-LIGAMENTAIRES

Haute : Type Dupuytren
« coup de hache externe »



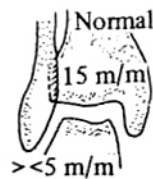
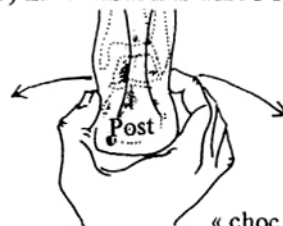
Diastasis constant

INTER-LIGAMENTAIRES



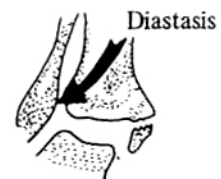
Pas de diastasis

Toujours rechercher : 1) LE DIASTASIS TIBIO-PÉRONIER



Cliniquement :

« choc » et « ballotement » astragalien

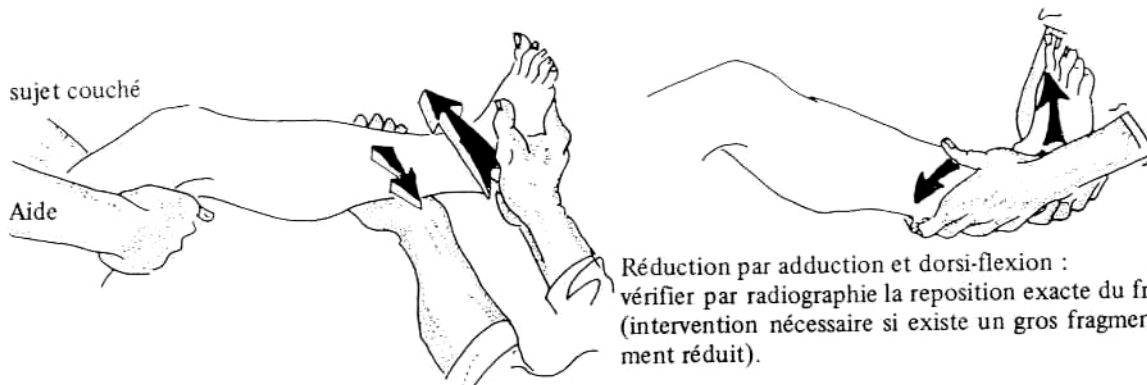
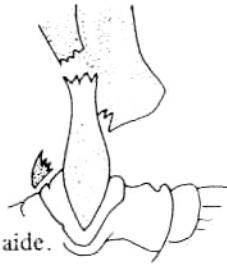


Radiologiquement

2) rechercher LE FRAGMENT POSTÉRIEUR : la luxation postérieure du pied n'est pas possible sans lui (DESTOT)

RÉDUCTION : le plus tôt possible

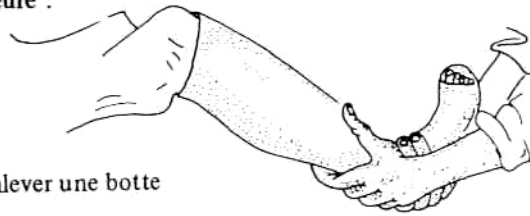
- A.G. indispensable
- Genou et hanche fléchis maintenus par un aide.



Réduction par adduction et dorsi-flexion : vérifier par radiographie la reposition exacte du fragment post. (intervention nécessaire si existe un gros fragment imparfaitement réduit).

La paume de la main droite pousse le pied en dedans.

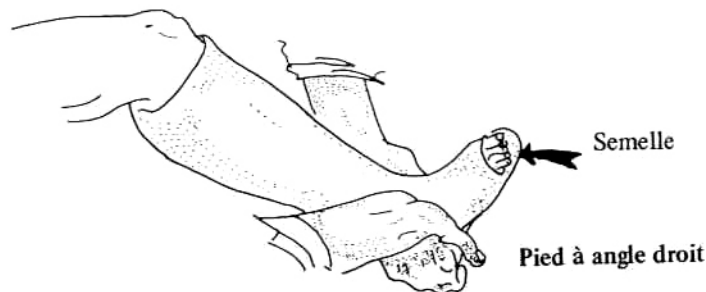
Cas de luxation postérieure :



même geste que pour enlever une botte

IMMOBILISATION :

- jersey, botte plâtrée bien moulée
- refouler le pied en dedans sans tordre pendant la dessiccation du plâtre.

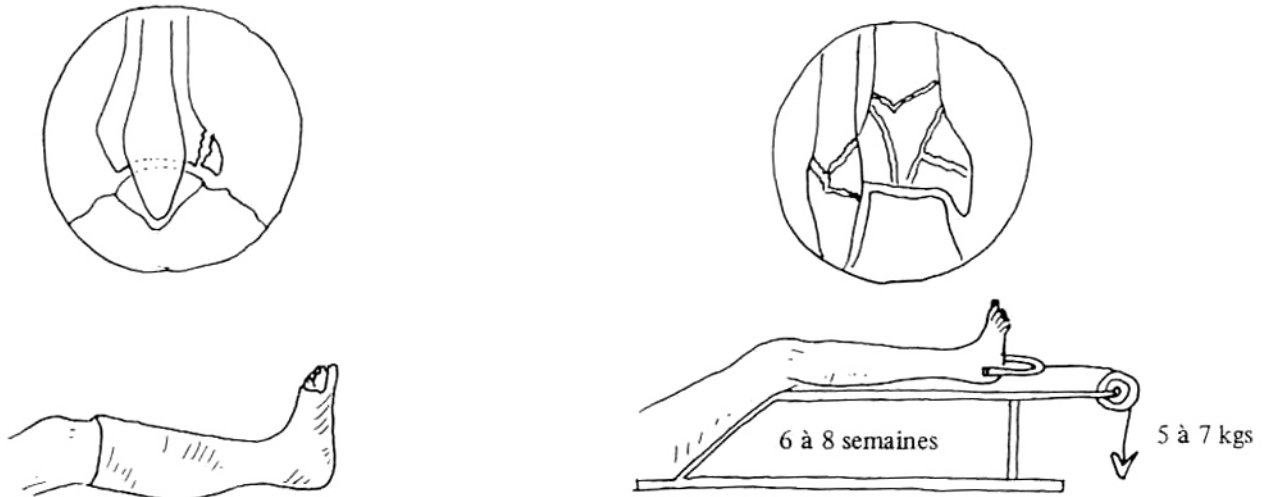


- refaire le plâtre, devenu lâche, après 3 semaines.
- 60 à 70 JOURS : l'appui différé est prudent.

FRACTURES DU PILON TIBIAL

- Un des traits traverse le plafond de la mortaise.
- Gravité fonctionnelle : la reconstruction anatomique est indispensable.
- La plupart de ces fractures relèvent d'un traitement chirurgical.

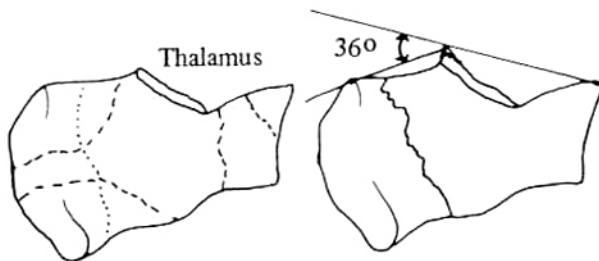
En cas de fracture sans déplacement de petits fragments : botte plâtrée simple.
 de fracture comminutive extension continue sur attelle de Braun.



FRACTURES DU CALCANEUM

L'essentiel est de reconnaître le degré d'atteinte de l'articulation sous-astragalienne.

FRACTURES « EXTRA-THALAMIQUES » Bon pronostic



Angle de Boehler normal = 36° Bon pronostic

FRACTURES « THALAMIQUES » Mauvais pronostic

Fracture-séparation

Fracture-enfoncement



Angle de Boehler = 0 ... = 2ème degré
 Angle de Boehler négatif = 3ème degré du fait de l'atteinte articulaire mauvais pronostic

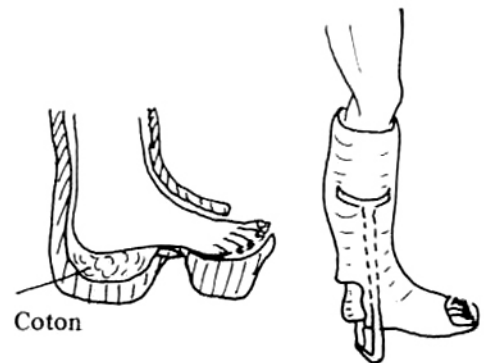
La tendance moderne est à la stabilisation par broche après réduction ou à l'ostéosynthèse.

Traitement immédiat :

- soit traitement purement fonctionnel : sujet au lit, jambe surélevée, anti-inflammatoire et anti-œdémateux par voie générale et même locale (asepsie ... !)

Mobilisation 5 minutes par heure du pied et de la tibio-tarsienne, puis mobilisation et physiothérapie, toujours sans appui, pendant 6 semaines au moins, ensuite appui progressif du bout des orteils, talon au 90e jour.

- soit botte plâtrée à chambre talonnière libre, type Graffin, et marche précoce.



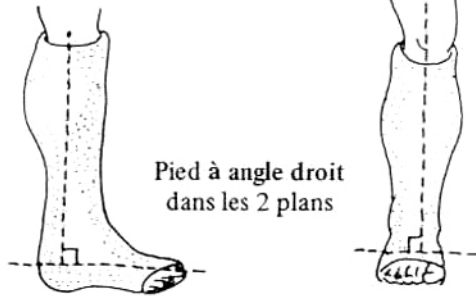
Botte plâtrée sans appui talonnier (chambre talonnière ou étrier)

LES PLATRES DE MARCHE

1 – LA BOTTE PLATRÉE SIMPLE

Doit permettre
la flexion
du genou

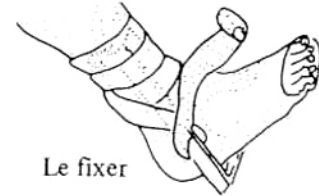
Bords mous



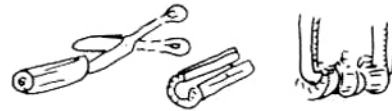
Pied à angle droit
dans les 2 plans

Semelle dépassant les orteils laissés libres

Comment placer un étrier
Le mettre bien dans l'axe

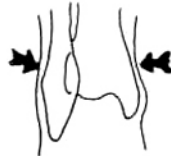
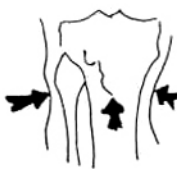


Le fixer



Tube de caoutchouc antidérapant

2 – LA « LEGGING » utilisé comme **plâtre de sécurité** lors de la reprise de la marche (et non comme immobilisation initiale) a l'avantage de laisser libres les articulations du genou et du coup de pied.



Les points d'appui supérieurs et inférieurs

- Le genou peut fléchir
- La dorsiflexion du pied et la marche sont possibles.

- Les **échancrures** au niveau du tendon d'Achille et, en avant, du coup de pied sont réalisées après dessiccation du plâtre.
- Une bande de gaze l'aura parfaitement moulé sur les malléoles et l'extrémité supérieure du tibia.