

Le plâtre ou l'attelle pour la fracture de la cheville ?



La fracture de la cheville est traitée classiquement par immobilisation par botte plâtrée. Si la fracture est stable et non déplacée, une attelle amovible peut toutefois être envisagée. Elle prévient les conséquences de l'immobilisation (raideurs articulaires, fonte musculaire) en favorisant une reprise plus rapide et progressive de la mobilité. Jusqu'à présent, la supériorité de l'une ou l'autre méthode n'a pas été démontrée.

Une équipe du Royaume-Uni a réalisé un essai randomisé contrôlé multicentrique qui a inclus 669 adultes présentant une fracture de la cheville nécessitant une immobilisation, soit après l'intervention chirurgicale (pour 54 % des patients randomisés), soit comme seul traitement. Les uns bénéficiaient d'une contention plâtrée et de rééducation une fois le plâtre retiré. Les autres d'une attelle amovible ajustée et les mouvements d'amplitude de cheville étaient commencés rapidement, en fonction de la douleur et selon des consignes écrites remises au patient. Le critère de jugement principal était le score d'Olerud et Molander à 16 semaines. Le moment de la mise en charge, la durée de l'immobilisation (au-delà de 3 semaines) et la décision de confier le patient à un kinésithérapeute étaient à la discrétion de chaque orthopédiste.

Pas de différence

Après 16 semaines, le score d'Olerud et Molander n'est pas statistiquement différent d'un groupe à l'autre (différence moyenne 1,8 point ; intervalle de confiance à 95 % -2,0 à 5,6, en faveur de l'attelle). Il n'est pas non plus retrouvé de différence significative à 6 semaines et à 10 semaines. D'autres évaluations ont été réalisées avec d'autres scores (un indice d'évaluation du handicap, le questionnaire Manchester-Oxford Foot, le questionnaire de qualité de vie EQ-5D-5L). Elles ne relèvent pas non plus de différence significative entre les deux groupes, à aucun point d'étape.

Les complications graves (thrombose veineuse, embolie pulmonaire, douleur chronique régionale, etc.) sont en nombres identiques dans les deux groupes. Les autres complications sont plus fréquentes dans le groupe avec attelle amovible : ouverture d'une plaie (15 vs 7), infection d'une plaie (19 vs 10), nécessité d'une reprise chirurgicale (8 vs 4). Mais l'étude n'est pas assez puissante pour détecter une différence statistique dans ces critères.

Notons toutefois que 25 % des patients ont été « perdus de vue », ce qui peut être à l'origine de biais, ces patients pouvant être différents de ceux inclus dans l'analyse finale.

Dr Roseline Péluchon

RÉFÉRENCES

Kearney R. et coll.: Use of cast immobilisation versus removable brace in adults with an ankle fracture: multicentre randomised controlled trial

BMJ 2021;374:n1506. [oi.org/10.1136/BMJ.N1506](https://doi.org/10.1136/BMJ.N1506)

Copyright © <http://www.jim.fr>

SUR UN THÈME PROCHE

Fracture stable de la fibula : n'immobilisons plus aussi longtemps !

COMMUNIQUÉS

- Découvrez : l'Institut Curie

DPC : NOS FORMATIONS E-LEARNING

- Vaccination : comment convaincre vos patients ?
- L'entretien pharmaceutique : le rôle du pharmacien
- Facteurs de risque cardio-vasculaires : détecter et évaluer
- Multimorbidité : comment suivre les patients polypathologiques en médecine générale ?
- Contraception : comment accompagner vos patientes ?
- Suicide : comment dénouer la crise ?

🗨️ VOS RÉACTIONS (1)

🗨️ Réagir

Précisions manquantes

Le 07 juillet 2021

Un critère d'inclusion n'est pas précisé et au combien important le type de fracture, la position du trait, une ou deux malléole, une malléole latérale plus un LLI, avec ou sans diastasis, bref on apprend pas grand chose.

Dr Jean-Louis Bernard

🗨️ RÉAGIR À CET ARTICLE

Paramètres des cookies