Dr Bernard de Geofroy
Chirurgien orthopédiste · Chirurgie de la hanche et du genou
RPPS 10102056552 · Conventionné secteur 2 OPTAM

**Hôpital Privé Clairval** — 317 bd du Redon, 13009 Marseille
**Château-Gombert** — 16 rue Louis Leprince-Ringuet, 13013 Marseille
**Maison de santé Les Iris** — Av. Jean Giono, 13190 Allauch
**Secrétariat : 04 65 38 20 54 · chirurgie-hanche-genou-marseille.fr**

PROTOCOLE DE RÉÉDUCATION · TRAUMATOLOGIE

# Ostéosynthèse d'une fracture bimalléolaire ou trimalléolaire

Version 1 · octobre 2026

| BOTTE DE MARCHE HAUTE RIGIDE | MOBILISATION DE LA CHEVILLE | APPUI |
|---|---|---|
| **6 semaines** | **À partir de 3 semaines** | **À partir de 6 semaines** |

Protocole indicatif. Les consignes figurant sur votre compte rendu opératoire et celles données par votre chirurgien ou votre kinésithérapeute priment toujours : un geste associé peut modifier les délais.

## Consignes générales

- Dans une fracture bimalléolaire, les deux malléoles sont cassées ; dans une fracture trimalléolaire, le bord postérieur du tibia l'est aussi. Les fragments ont été fixés par plaques et vis, parfois avec une vis entre le tibia et la fibula (syndesmose).
- Ces fractures sont plus instables qu'une fracture isolée de la malléole externe : la cheville est immobilisée 3 semaines, puis mobilisée hors de la botte jusqu'à 6 semaines, toujours sans appui. L'appui est repris à partir de 6 semaines, après la consultation de contrôle et les radiographies.
- Les consignes du compte rendu opératoire priment sur ce protocole, en particulier en cas de vis de syndesmose, de fracture du pilon ou d'os de mauvaise qualité.
- Le gonflement de la cheville est habituel pendant plusieurs mois : jambe surélevée au repos, glaçage protégé, mouvements des orteils plusieurs fois par jour.
- Le traitement anticoagulant prescrit est poursuivi pendant toute la durée de la décharge.
- Les soins de la cicatrice sont réalisés par une infirmière ; les fils ou agrafes sont retirés vers le 15e jour.

## Consignes de port de la botte de marche haute rigide

- Elle se porte pendant 6 semaines, jour et nuit.
- Pendant les 3 premières semaines, elle n'est retirée que pour la toilette, assis, pied soutenu à angle droit.
- À partir de la 3e semaine, elle est retirée plusieurs fois par jour pour les exercices de mobilisation de la cheville, puis remise aussitôt.
- Pas d'appui sur le pied opéré pendant 6 semaines : deux cannes, pied soulevé du sol.
- Mettre et retirer la botte assis, pied à angle droit ; fermer les sangles du bas vers le haut, serrées sans comprimer ; regonfler légèrement les coussins chaque jour si la botte en comporte.
- Vérifier chaque jour la peau du talon, des malléoles et des cicatrices ; garder la jambe surélevée au repos.
- Après 6 semaines, la botte est abandonnée progressivement au profit d'une chaussure stable, selon l'avis du chirurgien.

## Les étapes de la rééducation

### Phase 1 — J0 à J21 — Immobilisation

**OBJECTIFS**

- Une cicatrisation sans complication.
- Limiter le gonflement.
- Entretenir la force du reste du membre.

CONTENU

- Botte rigide en permanence, décharge complète avec deux cannes.
- Mobilisation des orteils, contractions statiques du mollet dans la botte.
- Surélévation, glaçage protégé, soins de la cicatrice.
- Renforcement de la hanche et du genou, travail du membre sain.

À ÉVITER

- Pas d'appui sur le pied opéré.
- Pas de mobilisation de la cheville.

POUR PASSER À L'ÉTAPE SUIVANTE

- Cicatrice fermée.
- Consultation de contrôle vers 3 semaines.

## Phase 2 J21 à J45 — Mobilisation sans appui

OBJECTIFS

- Récupérer progressivement la mobilité de la cheville.
- Lutter contre le gonflement et la raideur.

CONTENU

- Botte retirée pour la rééducation et les exercices, remise entre les séances et la nuit ; décharge toujours complète.
- Mobilisation active douce de la cheville : flexion et extension du pied, puis mouvements latéraux doux.
- Mobilisations passives douces par le kinésithérapeute, sans forcer.
- Drainage du gonflement, massages de la cicatrice.
- Contractions du mollet et des muscles péroniers sans charge, renforcement de la cuisse.

À ÉVITER

- Pas d'appui sur le pied opéré.
- Pas de mobilisation forcée ni douloureuse.

POUR PASSER À L'ÉTAPE SUIVANTE

- Consultation de contrôle et radiographies vers 6 semaines, avant la reprise de l'appui.

## Phase 3 J45 à 3 mois — Reprise de l'appui

OBJECTIFS

- Une marche sans canne et sans boiterie.
- Des amplitudes de cheville proches du côté sain.

CONTENU

- Reprise progressive de l'appui avec deux cannes, puis une, dans une chaussure stable ; sevrage de la botte selon l'avis du chirurgien.
- Récupération des amplitudes, en particulier de la flexion dorsale.
- Renforcement progressif du mollet et des péroniers, d'abord sans charge, puis en charge.
- Proprioception sur deux pieds, puis sur un pied.
- Vélo d'appartement, balnéothérapie et marche en piscine.

POUR PASSER À L'ÉTAPE SUIVANTE

- Marche sans canne et sans boiterie.
- Appui unipodal stable de 30 secondes.

## Phase 4 À partir de 3 mois — Réathlétisation

OBJECTIFS

- Retrouver force, équilibre et endurance.
- Reprendre les activités sportives.

CONTENU

- Renforcement en charge : montées sur la pointe des pieds, montées de marche, squats.
- Proprioception dynamique, sauts légers.
- Course à pied dans l'axe vers 4 mois si la marche est normale et indolore.
- Reprise des sports avec changements de direction et sauts vers 6 mois, selon la récupération.

## Reprise des activités (repères indicatifs)

| | |
|---|---|
| **Travail sédentaire** | 4 à 6 semaines si la jambe peut être surélevée |
| **Conduite automobile** | Vers 10 à 12 semaines pour la cheville droite, une fois l'appui complet et indolore |
| **Travail physique** | 3 à 4 mois |
| **Vélo, natation** | Vers 2 à 3 mois |
| **Course à pied** | Vers 4 mois |
| **Sports de pivot et de contact** | Vers 6 mois |

## Informations pour le kinésithérapeute

- Aucune mobilisation de la cheville avant 3 semaines, et aucun appui avant 6 semaines sauf avis contraire du chirurgien.
- En cas de vis de syndesmose, les délais d'appui peuvent être allongés : se référer au compte rendu opératoire.
- Une raideur et un gonflement persistants sont fréquents pendant plusieurs mois ; la récupération complète demande souvent 6 à 12 mois.
- L'ablation du matériel n'est pas systématique ; elle se discute si le matériel est gênant, après consolidation.

## Référence

Lin CW, Donkers NA, Refshauge KM, Beckenkamp PR, Khera K, Moseley AM. Rehabilitation for ankle fractures in adults. Cochrane Database Syst Rev. 2012;11:CD005595. doi:10.1002/14651858.CD005595.pub3

## Contacter rapidement l'équipe chirurgicale en cas de

- fièvre supérieure à 38,5 °C ou frissons ;
- rougeur, chaleur, écoulement ou ouverture de la cicatrice ;
- douleur ou gonflement du mollet, essoufflement ;
- douleur qui augmente au fil des jours ou devient insupportable dans la botte ;
- orteils froids, pâles, bleutés ou engourdis ;
- appui douloureux qui ne s'améliore pas après la reprise de l'appui.

**Essoufflement brutal ou douleur dans la poitrine : appelez le 15.**