

## **Fracture de l'extrémité inférieure du radius**

### **Qu'est-ce que l'extrémité inférieure du radius ?**

Le radius est l'un des deux os de l'avant-bras.  
Son extrémité inférieure participe à l'articulation du poignet.

Une fracture à ce niveau est **l'une des fractures les plus fréquentes.**

### **Comment survient cette fracture ?**

Le plus souvent :

- Chute sur la main
- Accident domestique
- Accident de sport
- Accident de la voie publique

Chez le sujet jeune : traumatisme à haute énergie

Chez le sujet plus âgé : chute simple, parfois favorisée par l'ostéoporose

### **L'importance d'un bilan précis**

Toutes les fractures du radius distal ne se ressemblent pas.

Il est essentiel de déterminer :

- Le déplacement de la fracture
- L'atteinte articulaire ou non
- La présence de plusieurs fragments
- L'état des ligaments associés
- L'atteinte éventuelle de l'ulna (cubitus)

Le bilan repose sur :

- Radiographies standards
- Parfois un scanner pour analyser précisément l'atteinte articulaire

### **Un bilan précis conditionne le choix du traitement.**

Un traitement insuffisamment adapté peut entraîner :

- Raideur
- Douleur chronique
- Perte de force
- Arthrose secondaire

À l'inverse, **un traitement bien indiqué et bien réalisé permet très souvent une récupération complète (ad integrum), notamment chez le patient actif.**

### **Quel est le traitement ?**

Le traitement dépend :

- Du type de fracture
- Du déplacement
- De l'âge
- Du niveau d'activité
- De la qualité osseuse

#### **► Traitement orthopédique (sans chirurgie)**

Indiqué si la fracture est peu ou pas déplacée, ou si une réduction stable est obtenue.

- Immobilisation par plâtre ou attelle pendant environ 6 semaines
- Surveillance radiographique régulière

#### **► Traitement chirurgical**

Indiqué si :

- La fracture est déplacée
- L'articulation est atteinte
- La fracture est instable

Techniques possibles :

- Plaque vissée (le plus fréquent)
- Broches
- Fixateur externe
- Association de techniques selon les cas

L'objectif est de restaurer **l'anatomie la plus parfaite possible**, condition essentielle à une récupération optimale.

### **Suites et récupération**

- Immobilisation variable selon le traitement
- Rééducation souvent nécessaire
- Reprise des activités légères : 6 à 8 semaines
- Reprise des activités plus exigeantes : 3 mois environ

La récupération complète peut prendre plusieurs mois.

Dans la majorité des cas, lorsque la fracture est bien analysée et correctement traitée, il est possible d'obtenir une récupération fonctionnelle complète.

### **Complications possibles**

Même avec un traitement adapté, certaines complications peuvent survenir :

- Raideur
- Douleurs persistantes
- Syndrome douloureux régional complexe (algodystrophie)
- Troubles de cicatrisation
- Gêne sur le matériel

Un suivi régulier permet de les dépister précocement.

### **Points essentiels à retenir**

- Il s'agit d'une fracture fréquente mais jamais "banale".
- Un **bilan initial précis est indispensable**.
- Le traitement doit être **adapté au type exact de fracture**.
- Une restauration anatomique correcte permet souvent une **récupération ad integrum**, notamment chez les patients actifs.
- La rééducation fait partie intégrante du traitement.