

Entorse de cheville

Le site du Docteur Hervé FANON

Adresse du site : www.docvadis.fr/docteur.fanon

fréquente, parfois difficile à traiter

La maladie

L'entorse de cheville concerne le plus souvent le ligament collatéral latéral (LCL ou ligament latéral externe) ; l'entorse du ligament collatéral médial (ou ligament latéral interne), exceptionnellement isolée, plus volontiers associée à une fracture de la malléole latérale, n'est pas traitée dans cette recommandation.

Physiopathologie

Le ligament collatéral latéral (LCL) est composé de 3 faisceaux : faisceaux antérieur, médian et postérieur. Un traumatisme en varus forcé peut entraîner un étirement du ligament, sans rupture : l'entorse est dite bénigne. Un traumatisme important peut provoquer une rupture ligamentaire avec interruption d'un ou plusieurs faisceaux ; on peut alors retrouver des mouvements anormaux (tiroir antérieur et varus) : l'entorse est dite grave..

Quels patients traiter ?

Tous les patients présentant une entorse de cheville doivent être traités. Les modalités de traitement varient selon la gravité de l'entorse.

Diagnostic

Le diagnostic d'entorse du ligament collatéral latéral (LCL) de cheville est clinique. L'interrogatoire retrouve un traumatisme en varus équin (pied couché sur son bord externe), ayant déclenché une douleur parfois syncopale. Une douleur à la palpation du trajet de l'un ou des trois faisceaux du LCL est presque toujours retrouvée.

L'examen clinique doit rechercher des signes de fracture associée (palpation des malléoles, du bord postérieur de la fibula, 5e métatarsien, os naviculaire), dont la suspicion nécessite toujours la réalisation d'une radiographie.

Les critères d'Ottawa prennent également en compte l'âge et l'impotence et aident à prendre la décision de la réalisation ou non d'une radiographie.

Âge inférieur à 18 ans ou supérieur à 55 ans .

Incapacité de se mettre en appui immédiatement après le traumatisme et lors de la consultation (impossibilité de faire 4 pas).

Douleurs à la palpation osseuse du bord postérieur de la fibula (péroné) ou du tibia sur une hauteur de 6 cm, ou au niveau de la pointe d'une des deux malléoles.

Douleurs à la palpation de l'os naviculaire (scaphoïde tarsien) ou de la base du 5e métatarsien.

Certains arguments orientent vers une entorse grave : traumatisme violent avec impression de déboîtement ou de grand déplacement, notion de craquement, présence d'un hématome volumineux en œuf de pigeon très précoce, pré et sous-malléolaire, diffusant après quelques heures en laissant une ecchymose.

Objectifs de la prise en charge

Soulagement de la douleur.

Limitation rapide du gonflement de la cheville.

Prévention des complications à court et à long termes.

Prévention de la récurrence.

Prise en charge

Entorse de la cheville

1

Radiographie en présence d'au moins un critère d'Ottawa

2

Protocole GREC et mesures associées

En complément du protocole GREC (Glace, Repos, Élévation, Compression) : antalgiques de palier 1 ou 2..

Dès que l'œdème et la douleur ont cédé, un appui partiel ou total du membre inférieur est autorisé, associé à une immobilisation partielle de la cheville par orthèse ou strapping selon le degré de gravité initial.

L'utilisation de cannes anglaises peut être nécessaire les premiers jours.

Examens complémentaires

Recherche de mouvements anormaux

L'existence d'un tiroir antérieur est recherchée genou fléchi et cheville en flexion plantaire de 10 à 15°, en empaumant le talon et en essayant d'avancer l'arrière-pied sous le tibia ; la sensation d'un ressaut lors de la réduction du tiroir indique la rupture du faisceau antérieur. En varus forcé, la présence d'un bâillement talocrural témoigne de la laxité de la cheville. Des clichés radiologiques dynamiques en position contrainte peuvent alors aider le chirurgien orthopédiste à poser une indication opératoire.