



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Les entorses de la cheville et leurs séquelles



Ankle sprains and sequelae

Thomas Bauer

Service de chirurgie orthopédique et traumatologique, hôpital Ambroise-Paré, hôpitaux universitaires Paris Île-de-France Ouest, 9, avenue Charles-de-Gaulle, 92100 Boulogne Billancourt, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Accepté le 24 avril 2014

Disponible sur Internet le 6 juin 2014

Mots clés :

Entorse de cheville

Ligament collatéral latéral

Instabilité chronique de cheville

Keywords:

Ankle sprain

Lateral collateral ligament

Chronic ankle instability

RÉSUMÉ

Les entorses de la cheville sont l'une des lésions les plus fréquentes en traumatologie et peuvent survenir pour tout type de sport. C'est le ligament talo-fibulaire antérieur qui est le plus atteint et à l'origine des éventuelles séquelles (douleurs chroniques, instabilité chronique). Les lésions vont de la simple élongation à la rupture complète avec atteinte parfois de plusieurs ligaments et lésions associées (capsulaires, tendineuses et ostéocondrales) qui font la gravité et le pronostic de l'entorse. C'est l'examen clinique 4 ou 5 jours après le traumatisme de la cheville qui reste le plus efficace et le plus utile pour la détection avec précision d'une rupture ligamentaire récente et de lésions associées. Le traitement d'une entorse récente latérale de la cheville repose sur le traitement antalgique et anti-inflammatoire associé à une mobilisation précoce et un traitement fonctionnel associant contrôle postural et travail proprioceptif afin de permettre une récupération rapide et surtout d'éviter la principale séquelle qu'est l'instabilité chronique latérale de cheville.

© 2014 Société française de rhumatologie. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

ABSTRACT

Ankle sprain are one of the most frequent sport injuries and can occur with every type of sport activity. The anterior talofibular ligament is the most injured ligament and can lead to sequelae (chronic pain, ankle instability). The severity of sprain is linked to the type of the lesion (partial or complete tear) and to the number of ligaments involved. Physical examination 4 to 5 days after the initial injury remains the most efficient way to assess the severity of the sprain and the eventual associated lesions. Treatment of acute ankle sprain is based on painkillers, anti-inflammatory with early mobilization and functional physiotherapy (postural control and proprioception) to enable a quick recovery and avoid chronic ankle instability.

© 2014 Société française de rhumatologie. Published by Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

1. Introduction

Les entorses de la cheville sont l'une des lésions les plus fréquentes, elles représentent environ 20% de tous les traumatismes sportifs et constituent le motif de consultation le plus fréquent en traumatologie. Les entorses de la cheville sont très fréquentes (environ 20% des tous les traumatismes sportifs) et apparaissent pour tout type de sport. Dans la plupart des cas (environ 80% des cas), il s'agit d'une entorse du ligament collatéral latéral de la cheville. Les entorses de la syndesmose tibio-fibulaire distale et les

entorses du ligament collatéral médial sont beaucoup plus rares et de diagnostic plus difficile [1,2].

2. Physiopathologie et classifications

Les traumatismes de la cheville en inversion sont les principaux pourvoyeurs d'entorses du ligament collatéral latéral. Les traumatismes en valgus forcé ou en éversion seront eux responsables respectivement d'entorses du ligament collatéral médial et de la syndesmose tibio-fibulaire distale. L'importance des lésions dépend de la force du traumatisme, allant de la simple élongation ligamentaire à la rupture complète (le plus souvent en plein corps) du ligament talo-fibulaire antérieur (LTFA) puis du ligament

Adresse e-mail : thomas.bauer@apr.aphp.fr

<http://dx.doi.org/10.1016/j.monrhu.2014.04.014>

1878-6227/© 2014 Société française de rhumatologie. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

calcanéo-fibulaire (LCF) et enfin, du ligament talo-fibulaire postérieur (LTFP). Ensuite, en fonction de la position de la cheville et de la force appliquée, des lésions associées pourront survenir comme la déchirure de la capsule antérieure de l'articulation talo-crurale, l'ouverture de la gaine des tendons fibulaires (surtout en cas de rupture du LCF), les fractures ostéochondrales du dôme du talus (localisées à la partie antéro-latérale du dôme du talus), les lésions en miroir (par compression, situées à la partie postéro-médiale de l'articulation de la cheville : il peut s'agir d'impaction ostéochondrale du dôme du talus, de fracture de l'apophyse postérieure du talus [ou de l'os trigone] ou de lésion capsulo-ligamentaire postérieure pouvant être à l'origine d'un syndrome de conflit postérieur de cheville).

Globalement, les entorses du ligament collatéral latéral sont classées en 3 stades de gravité, basés sur l'extension des lésions ligamentaires et le retentissement fonctionnel [3] :

- stade I : élongation isolée du LTFA sans rupture complète. Le patient se présente avec un œdème modéré antéro-latéral parfois associé à un hématome. Il existe un point douloureux à la palpation du LTFA. La mobilité de l'articulation tibio-talienne est conservée ou peu limitée. Aucune laxité n'est mise en évidence et l'appui complet est le plus souvent possible. Le retentissement fonctionnel des entorses de stade I est modéré et une reprise des activités sportives est possible après 10–15 jours ;
- stade II : rupture complète du LTFA et rupture partielle ou élongation du LCF. À l'examen, on retrouve un œdème avec une ecchymose et une zone douloureuse de toute la zone antéro-latérale de la cheville. La mobilité est souvent réduite. Il n'y a pas ou peu de laxité. L'appui monopodal est impossible ;
- stade III : rupture du LTFA, du LCF et de la capsule avec une rupture possible au niveau du LTFP. On retrouve un œdème et une ecchymose diffus et douloureux de toute la partie latérale de la cheville. Une laxité peut être mise en évidence à l'examen clinique.

3. Diagnostic

La démarche diagnostique devant une « entorse de cheville » doit être rigoureuse pour permettre de différencier un traumatisme bénin d'une réelle rupture ligamentaire (LTFA isolé ou non) dont l'évolution naturelle sans traitement est très souvent défavorable [4,5]. C'est l'examen clinique 4 ou 5 jours après le traumatisme de la cheville qui reste le plus efficace et le plus utile pour la détection avec précision d'une rupture ligamentaire récente : sa sensibilité est de 98 % et sa spécificité de 84 % [6].

L'interrogatoire va permettre de préciser le mécanisme du traumatisme, les antécédents sur cette cheville et certains signes en faveur d'une rupture ligamentaire.

L'examen physique doit également rechercher des éléments en faveur d'une rupture ligamentaire. La douleur à la palpation du LTFA n'est pas spécifique en revanche l'absence de douleur signifie qu'il n'y a pas de rupture ligamentaire. L'hématome antéro-latéral est un bon signe de rupture ligamentaire (Se : 86 % ; Sp : 68 %). L'existence d'un tiroir talien antérieur (recherché genou fléchi à 90° et avec une bonne relaxation du patient) et la sensation d'un ressaut lors de sa réduction sont très évocateurs de rupture du LTFA (Se : 74 % ; Sp : 77 %). L'association d'une douleur à la palpation du LTFA, d'un hématome et d'un tiroir talien antérieur signe quasiment la rupture ligamentaire (Se : 98 % ; Sp : 84 %). L'examen clinique doit éliminer une fracture (palpation des malléoles, de la base du cinquième métatarsien et de l'os naviculaire) et rechercher des lésions associées (rupture de la gaine des tendons fibulaires, fractures ostéochondrales du dôme talien) [7].

4. Imagerie

La réalisation de clichés radiographiques (incidence de cheville de face, de face à 30° de rotation médiale et de profil) après une entorse du ligament collatéral latéral de la cheville n'est pas systématique. Ils ne doivent être réalisés qu'en cas de suspicion de fracture [8].

Les clichés en stress (varus forcé et tiroir antérieur) n'ont aucun intérêt dans le diagnostic et l'évaluation des entorses récentes en raison de leur grande variabilité, de leur faible reproductibilité et de leur valeur pronostique médiocre [9].

L'IRM et l'échographie permettent de montrer avec précision les lésions des ligaments collatéraux en distinguant les ruptures complètes ou partielles, les distensions ou les épaississements. Par ailleurs, ces examens permettent de mettre en évidence un épanchement articulaire, une lésion chondrale, un œdème osseux, une avulsion ostéochondrale ou une lésion tendineuse. Pourtant, malgré la précision offerte par ces examens, leur utilisation dans le cadre des entorses récentes de la cheville n'apporte aucune supériorité par rapport à l'examen clinique et radiographique simple puisque les lésions observées ne modifient pas le traitement et ne représentent pas actuellement des facteurs prédictifs de l'évolution et du résultat à long terme [10].

5. Traitement

Bien que l'entorse du ligament collatéral latéral de la cheville soit l'un des traumatismes sportifs les plus fréquents, le traitement optimal reste controversé. Plusieurs études ont confirmé que l'absence de prise en charge après une entorse de la cheville majorait le risque de survenue de séquelles (instabilité, douleurs) [11,12]. De même, l'immobilisation (botte plâtrée) ne devrait plus être utilisée, même pour les entorses graves, en raison des mauvais résultats obtenus comparés à ceux rapidement obtenus après traitement fonctionnel [13,14]. Il semble que la mobilisation et la reprise de l'appui précoces associés à une rééducation proprioceptive représentent le meilleur traitement des entorses latérales récentes de la cheville (y compris les entorses de stade III) en termes de reprise des activités (professionnelles et sportives) et de résultats fonctionnels à moyen ou long terme [9,11,15].

5.1. Traitement chirurgical

Il n'existe pas actuellement de place évidente pour la réparation chirurgicale lors d'une entorse récente de la cheville [9]. Même si le traitement chirurgical permet d'obtenir de meilleurs résultats que le traitement fonctionnel après entorse récente de la cheville, ceci doit être mis en balance avec le délai de récupération plus long, la raideur de cheville, le risque de complications et le coût socio-économique propres au traitement chirurgical si bien qu'il est actuellement impossible d'affirmer que la prise en charge chirurgicale est meilleure que le traitement fonctionnel [16,17]. De plus, en cas d'échec du traitement fonctionnel, avec notamment une laxité résiduelle, un traitement chirurgical peut être réalisé avec de très bons résultats, même plusieurs années après l'entorse initiale.

5.2. Traitement fonctionnel et rééducation

Après un traitement fonctionnel associant mobilisation, reprise précoce de l'appui et rééducation proprioceptive, les résultats cliniques sont bons dans 70 à 90 % des cas, alors que 10 à 30 % des patients vont développer des symptômes d'instabilité chronique ou de douleur [9,11]. Le traitement fonctionnel permet une reprise plus rapide des activités sportives sans altérer le résultat fonctionnel à long terme [18]. Le principe du traitement fonctionnel et de

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3389878>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3389878>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)