

* Entorses : les prévenir les traiter

INTRODUCTION

L'entorse de cheville est une lésion des ligaments liée à leur étirement brutal et accidentel, responsable d'une elongation ou d'une rupture d'importance variable définissant les stades de gravité. Cet accident fait partie des plus courants de la vie quotidienne et sportive. Très souvent banale, cette entorse peut également avoir des répercussions invalidantes sur plusieurs semaines. Malgré sa grande fréquence, son évaluation est encore trop souvent approximative et les traitements éminemment variables.

La cheville, ou articulation tibio-astragaliennne, est une articulation portante très emboîtée. Sa stabilité dépend d'éléments osseux, ligamentaires et musculaires. Les entorses touchent de façon presque exclusive le

côté externe de la cheville du fait d'une tendance spontanée de la cheville et du pied à se tordre en dedans sous l'effet du poids du corps (*fig. 1*), l'importante stabilité osseuse sur le versant externe ne permettant pas la torsion en-dehors. Ce mécanisme définit l'entorse en *varus* associé à des degrés divers de flexion plantaire. Le ligament latéral externe est constitué de trois faisceaux : antérieur, moyen et postérieur, lésés successivement en fonction des stades de gravité (*fig. 2*).

Il existe de nombreuses classifications des entorses. Pour la plupart des gens, on distingue :

- l'entorse bénigne, en l'absence de rupture ligamentaire ;
- l'entorse de gravité moyenne, correspondant à une rupture ligamentaire isolée du faisceau antérieur du ligament latéral externe ;
- l'entorse grave, correspondant à une rupture ligamentaire de 2 faisceaux des ligaments latéral externe, antérieur et moyen ;
- le stade de gravité ultérieur, correspondant à des entorses graves accompagnées de lésions osseuses ou tendineuses.

Figure 1



Figure 2





* Entorses : les prévenir les traiter

2 ÉPIDÉMIOLOGIE

En général

Sa fréquence en fait un vrai problème de santé publique. En France, elle représente environ 6000 cas / jour. Cette fréquence est encore certainement sous-estimée puisqu'elle ne tient pas compte des personnes n'ayant pas consulté à la suite de l'accident (soit du fait de la bénignité des symptômes ressentis ou de leur évolution rapidement favorable).

Pour des raisons anatomiques et physiologiques, l'entorse ne peut survenir avant 6 ans ; elle reste rare avant 12 ans. En effet, l'os de l'enfant dans ces tranches d'âge est moins solide que les ligaments, un traumatisme suffisant entraîne alors une fracture, ou une lésion du cartilage de croissance. Les petits traumatismes en

torsion, eux le plus souvent, n'entraînent pas de lésions ligamentaires, même si une douleur est ressentie sur le coup.

À l'inverse, au-delà de 60 ans, pour le même traumatisme, le risque de fracture des malléoles s'accroît nettement et les entorses sont beaucoup plus rares.

L'étude de **Frey** (Journal de Traumatologie du Sport, 1994), faite au service des Urgences de l'hôpital de Poissy (78), sur 102 patients consécutifs consultant pour une entorse de cheville relève les répartitions suivantes :

- hommes 60 % - femmes 40 %,
- sexe ratio = 1,5,
- âge moyen 28 ans [10-64],
- accident de sport 15 % - de travail 30 % - autres, dont domestiques 55 %,
- patients ayant déjà eu une

entorse à la même cheville 35%,

- entorse bénigne 50 %, moyenne 35 %, grave 15 %.

Cette dernière représente le tiers des consultations pour traumatisme du membre inférieur.

L'étude de **Pécontal** (Journal de Traumatologie du Sport, 1996), faite sur 195 patients, relevait un délai moyen de consultation égal à 12 h. L'entorse n'est donc pas considérée comme une urgence mais comme une pathologie invalidante.

Les répartitions sont les suivantes :

- âge moyen 24 ans,
- entorse bénigne 60 %, moyenne 32 %, grave 8 %.

L'étude de **Menguy** (Journal de Traumatologie du Sport, 1999) concerne 972 accidents de sport ayant consulté aux urgences.



* Entorses : les prévenir les traiter

2...ÉPIDÉMIOLOGIE

L'entorse de cheville au sein des autres traumatismes sportifs est égale à 21,5 %.

Nombre d'entorses de cheville / total des traumatismes en fonction du sport

Course à pied	35 %
Course	35 %
Basket-ball	35 %
Volley-ball	30,7 %
Athlétisme	25 %
Football	23,7 %
Handball	17,5 %
Rugby	16,6 %
Gymnastique	13,7 %
Équitation	11,7 %
Patinage	8,3 %
Judo	0 %

Sports de montagne selon l'étude de **Saragaglia** (Journal de Traumatologie du Sport, 1999)

Ski de fond	8 %
Surf	7,3 %
Ski Alpin	2,2 %

En particulier

On ne peut donc dire si le sport protège ou favorise la survenue d'une entorse. Bien sûr, les sports de ballon avec contact d'adversaire expose fortement les joueurs à ce risque. Les accidents quotidiens concernant la cheville sont extrêmement fréquents, les "faux pas" et chutes sur un terrain irrégulier, un trottoir

ou dans les escaliers sont pourvoyeurs d'entorse grave au même titre que les accidents de sport. Ils ne dépendent pas uniquement du type d'activité pratiqué mais aussi de nombreux facteurs individuels, d'ordre constitutionnel (morphologie, souplesse ou laxité physiologique) ou contextuel (fatigue, stress...).



* Entorses : les prévenir les traiter

3 LES DIFFÉRENTES FORMES

SIGNES DE GRAVITÉ

Une partie importante des signes de gravité peut être retrouvée à travers l'histoire du blessé. Leur absence n'exclut en aucun cas une entorse grave. Ces signes de gravité sont :

- la violence du traumatisme : elle est importante à préciser, par exemple la réception sur une cheville en torsion à partir d'une hauteur de type trottoir ou en descente d'escalier ou en réception de saut. Néanmoins, on ne peut toujours établir un parallèle entre l'importance du traumatisme et la gravité des lésions ligamentaires ;
- la perception par la personne d'un craquement ou d'une sensation de déchirure : ils sont des signes fidèles s'ils sont présents ;

- les réactions douloureuses : elles sont tout à fait habituelles et d'intensité variable. Dans les entorses usuelles, une fois passée la douleur vive initiale, celle-ci s'atténue quelques heures durant la poursuite des activités puis réapparaît de façon plus franche au repos "à froid". À l'inverse, une douleur d'emblée invalidante et surtout qui va augmenter rapidement après le traumatisme a un caractère péjoratif ;
- le gonflement : il se forme sur le côté externe de la cheville, en avant de la malléole. Son apparition en quelques minutes traduit la formation d'un hématome : cet "œuf de pigeon" est le signe le plus fidèle de la gravité, il traduit une rupture ligamentaire certaine, les jours suivants apparaîtra une ecchymose qui diffusera



Figure 3

lentement (*fig. 3*). Attention, un gonflement rapide peut également traduire une fracture. En revanche, l'apparition d'un gonflement plus diffus dans les 24 premières heures traduit souvent simplement une réaction inflammatoire à type d'œdème et n'a pas de signification particulière concernant la gravité ;

- l'impossibilité de prendre appui sur la cheville : est un critère de gravité mais doit inciter surtout à rechercher une fracture.



* Entorses : les prévenir les traiter

4 LES PREMIERS SOINS

Ils peuvent être mis en place avant de consulter

G.R.E.C. → Glaçage Repos Elévation Contention

Ils sont applicables quelle que soit la gravité de l'entorse. Dans les minutes qui suivent l'accident, ces mesures diminuent certainement la constitution de l'hématome. Poursuivies les 3 premiers jours, elles permettent de diminuer les phénomènes inflammatoires locaux (oedème) et donc la douleur et le risque de raideur ultérieure.

Le froid doit être appliqué par séquence de 20 minutes, le plus souvent possible (5 à 6 fois par jour) sous forme de glace dans un sac étanche en protégeant la peau par un linge, ou sous forme de pack réfrigérant acheté en pharmacie (Coldpack® par exemple).

La surélévation du membre blessé lors de la position assise ou allongée

facilite le drainage naturel de l'oedème. De même, un bandage circulaire peu tendu peut être efficace en veillant à ce qu'il ne comprime pas trop la cheville.

LA CONSULTATION

Dans quel cas ?

Systématiquement, si un gonflement apparaît.

Qui consulter ?

Un médecin généraliste ou un médecin du sport, éventuellement un service d'urgence à l'hôpital ou une clinique de proximité.

Le rôle du médecin

Vérifier qu'il ne s'agit pas d'une fracture.

Relever les signes de gravité par l'interrogatoire, la palpation et la mobilisation de la cheville.

Déterminer s'il est nécessaire de faire une radiographie.

Mettre en place les éléments du traitement en fonction de l'âge, de l'histoire

du traumatisme, des antécédents possibles sur cette articulation, de la personnalité, des activités professionnelles et sportives du blessé.

LA RADIOGRAPHIE

Dans quel cas ?

Le plus souvent systématique, s'il existe des signes de gravité dans l'histoire. Chez l'enfant, la radiographie doit toujours comparer les 2 chevilles.

Chez l'adulte jeune [16 - 55 ans], si la marche est possible et s'il n'existe aucune douleur à la palpation osseuse, le médecin peut juger que la radiographie n'est pas indispensable. Les radiographies en position forcée n'ont pas d'intérêt au stade aigu.

Les autres examens plus sophistiqués ne sont pas utiles à ce stade et ne seront indiqués que dans certains cas d'entorses à répétition ou de douleur chronique post-traumatique.

* Entorses : les prévenir les traiter

5 QUELS TRAITEMENTS

L'ENTORSE BÉNIGNE

Application de glace puis, si la douleur persiste, d'anti-inflammatoires par voie locale. Des anti-inflammatoires par voie orale peuvent éventuellement compléter le traitement. L'immobilisation est inutile, l'application d'un bandage de contention aide à résorber l'œdème et sécurise le blessé.

La kinésithérapie n'est pas indispensable, mais quelques exercices d'auto-rééducation appris lors de la consultation peuvent suffire si la coopération du blessé est suffisante. Si la reprise d'un sport est envisagée, celle-ci sera prudente, progressive et précédée d'un échauffement de bonne qualité.

EN DEHORS DE L'ENTORSE BÉNIGNE

La gravité réelle des lésions ligamentaires est parfois bien difficile à évaluer dans les 24 premières heures. En cas de doute, le protocole

Glace-Repos-Élévation-Contention associé à l'utilisation de cannes anglaises est suivi pendant 5 à 7 jours, le patient est alors réévalué plus facilement permettant le choix du traitement le plus adapté.

Il existe une grande diversité dans les modalités de traitements. Le choix se pose entre la cicatrisation ligamentaire permettant d'éviter la survenue d'une instabilité chronique, mais qui nécessite une forme d'immobilisation, et la reprise rapide des activités souhaitées par la plupart des blessés.

L'ENTORSE DE GRAVITÉ MOYENNE Le traitement fonctionnel

Il consiste en une reprise rapide des activités au-delà des 3 premiers jours sous couvert d'une contention souple par bandage élastique adhésif ou cohésif appelé strapping (fig. 4) ou une chevillère souple (fig. 5 et/ou 6) pendant 10 à 15 jours associés à des

exercices entrepris d'emblée avec l'aide d'un kinésithérapeute et pratiqué assidûment en-dehors des séances.



Figure 4



Figure 5



Figure 6

Le traitement orthopédique par botte plâtrée ou en résine

Dans la plupart des cas, ce traitement n'est actuellement pas indiqué, néanmoins, il peut être choisi par le médecin en fonction de l'âge (enfant), du contexte personnel et d'éventuelles lésions anatomiques associées.

* Entorses : les prévenir les traiter

5... QUELS TRAITEMENTS

Le traitement par attelle stabilisatrice (fig. 7)

Ces attelles représentent actuellement le traitement de choix. Elles sont amovibles en forme d'étrier, présentent l'intérêt de maintenir la cheville immobilisée partiellement, évitant tout mouvement de torsion en laissant libre la flexion extension et donc la possibilité de marcher et de conduire. La plupart des attelles du commerce ne maintiennent bien la cheville que si le pied est chaussé. L'efficacité de cette immobilisation relative sur la cicatrisation des ligaments est très bonne si l'attelle est maintenue selon la prescription médicale 3 à 4 semaines.

La kinésithérapie

Quel que soit le mode de traitement choisi, la kinésithérapie est importante afin de récupérer une fonction complète de la cheville, que ce soit pour les actes de la vie quotidienne ou le sport. Elle comprend en général 10 à 15 séances réparties au rythme de 2 à 3 séances

de 30 minutes par semaine. Elle comprendra des massages, l'application d'agents physiques (ultrasons ou courants), la réalisation d'exercices de renforcement des muscles stabilisateurs, un par un, puis globalement, des exercices dits "proprioceptifs", visant à reprogrammer progressivement la cheville dans ses capacités d'équilibration et d'anticipation (fig. 8). La reprise du sport ne pourra être envisagée qu'au terme de cette période : 2 mois à 2 mois et demi après le traumatisme initial. Une chevillère souple à rappel élastique peut être utilisée lors de cette reprise du sport.

L'entorse grave

Son traitement repose sur l'immobilisation. Le traitement orthopédique par botte en résine pour une durée de 6 semaines est encore souvent retenu. Les attelles d'immobilisation

sus-citées sont de plus en plus prescrites du fait de travaux scientifiques montrant des résultats de cicatrisation équivalents à ceux du traitement orthopédique. De plus,

les patients retrouvent beaucoup plus vite leur autonomie et ne s'exposent pas au risque de phlébite qui existe avec la botte rigide. Néanmoins, ce traitement nécessite une bonne discipline quant au port de l'attelle. Comme pour la botte, la rééducation

indispensable n'est débutée qu'au décours de la période de 6 semaines d'immobilisation.

La reprise des sports à risque ne se fait donc souvent que 3 mois après le traumatisme.

Quelle que soit la gravité, il n'y a pas d'indication à la chirurgie réparatrice en urgence, actuellement réservée au traitement des séquelles sous formes d'instabilité chronique.



Figure 7



Figure 8



* Entorses : les prévenir les traiter

6 L'ÉVOLUTION

Les études de suivi à 2 ans montrent que la majeure partie des entorses évoluent favorablement permettant la reprise d'un vie normale après quelques semaines. En revanche, une entorse peut devenir elle-même source d'entorse à répétition, voire de douleurs prolongées. Cette évolution défavorable est probablement multifactorielle : elle peut dépendre de la gravité initiale, d'une prise en charge aléatoire d'ordre médical ou personnel, mais aussi de facteurs personnels encore mal définis. C'est la raison pour laquelle la prise en charge médicale initiale est fondamentale, surtout s'il s'agit d'un premier épisode souvent déterminant pour l'avenir.

L'instabilité chronique

Elle est due à l'insuffisance du ligament latéral externe (laxité) et

se manifeste par des entorses survenant pour des traumatismes minimes. Ces épisodes sont parfois peu douloureux ou le sont seulement pendant quelques heures. Elle s'accompagne d'une appréhension à la marche en terrain accidenté où peuvent survenir des récives. Au stade ultime, la cheville peut se tordre sur terrain plat.

Les entorses à répétition

Il s'agit de la répétition des accidents au fil des ans, avec à chaque fois les signes habituels d'entorse : gonflement, douleurs, gêne fonctionnelle durant quelques semaines. Chaque épisode doit être traité au cas par cas. Le passage vers l'instabilité chronique sus-décrite n'est pas obligatoire.

La rééducation permet de développer des mécanismes de compensation musculaire à cette laxité, jouant

surtout sur la vigilance des muscles. En cas d'échec de ce traitement, une réparation chirurgicale peut être envisagée. Les résultats sont très bons, mais l'intervention est le plus souvent suivie de 6 semaines d'immobilisation et plusieurs mois de rééducation. La motivation doit donc être suffisante par rapport à la gêne ressentie.

Les douleurs persistantes

Les causes en sont multiples. Les plus fréquentes et plus bénignes sont les douleurs d'origine ligamentaire. C'est la douleur initiale de l'entorse qui persiste à un degré moindre mais au même endroit : sur le trajet du ligament atteint.

Le traitement doit être local : application de gel AINS, agents physiques et massage par le kinésithérapeute, mésothérapie, infiltrations.



* Entorses :
les prévenir
les traiter

6...L'ÉVOLUTION

À plus long terme, peuvent survenir des douleurs d'origine cartilagineuse, si ce cartilage a été lésé initialement. Le traitement est beaucoup plus difficile, nécessitant le recours à des examens complémentaires (arthro-scanner) pour déterminer le traitement adapté : infiltrations et parfois chirurgie par voie arthroscopique ou à ciel ouvert.

L'algodystrophie est une réaction douloureuse chronique, non rare, caractérisée par la diffusion des douleurs à l'ensemble du pied accompagnées de troubles micro-circulatoires (œdème, chaleur, rougeur). Le traitement reste difficile et l'évolution s'étale sur 1 ou 2 ans.

La raideur

La perte de quelques degrés de flexion est facilement ressentie comme gênante, notamment lors des activités sportives.

Elle peut faire suite à une période d'immobilisation mais non obligatoirement.

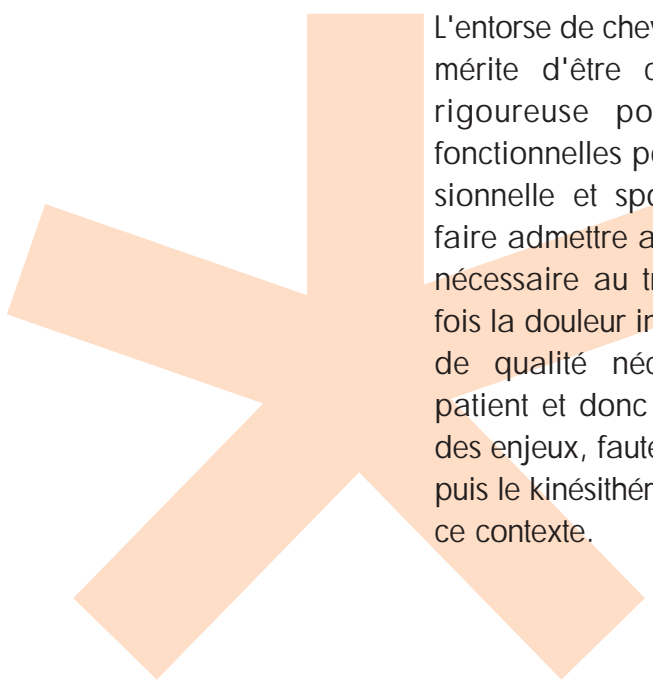
Elle peut être due à une réaction inflammatoire persistante des tissus mous en avant et en-dehors de la cheville.

La raideur la plus importante est celle survenant au décours de l'algodystrophie.



*** Entorses :
les prévenir
les traiter**

CONCLUSION



L'entorse de cheville, bien qu'extrêmement fréquente, mérite d'être considérée et traitée de manière rigoureuse pour minimiser les conséquences fonctionnelles pour la vie active, ménagère, professionnelle et sportive. La difficulté est souvent de faire admettre aux personnes blessées cette rigueur nécessaire au traitement du premier épisode, une fois la douleur initiale disparue. Une prise en charge de qualité nécessite toute la collaboration du patient et donc sa compréhension du problème et des enjeux, faute de quoi, il restera passif. Le médecin puis le kinésithérapeute ont un rôle fondamental dans ce contexte.