

Item 357 – Entorses de cheville

Epidémiologie	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Adulte jeune 18-55 ans ▪ Ligament collatéral latéral >> ligament médial 	
Rappels anatomiques	<u>LCL</u>	<u>LCM</u>
	Ligament talo-fibulaire antérieur + ligament calcanéo-fibulaire + ligament talo-fibulaire post	2 plans (superf et profond), ligament deltoïdien
Physiopathologie	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Inversion du pied ▪ Si trauma en flexion plantaire : trauma du LTFA ++ => diastasis tibio-talien externe => exposition LCF et LTFP ▪ Si trauma en flexion dorsale : trauma de articulation sous-talienne ▪ Facteurs de risque d'entorse : déformation du pied en varus équin , atteintes ligamentaires (séquelles entorse, déficits proprioceptifs, hyperlaxité),déficit des muscles éverseurs (lésions tendons fibulaires, maladie de CMT) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rares ▪ + fracture malléolaire interne => équivalent fracture bo-malléolaire ▪ Lésions isolées du LCM sont rares et surviennent après traumatisme violent
Entorse du Ligament collatéral latéral		
Signes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fonctionnels : impotence fonctionnelle passive et active, douleurs vives ▪ Cheville tuméfiée, œdématisée, boiterie, marche à cloche pied ▪ Attitude vicieuse en varus équin douleur sur trajet des 3 faisceaux ▪ + Rechercher fracture : malléoles, 5^{ème} métatarsien, os naviculaire 	
Signes de gravité	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Impotence fonctionnelle totale, immédiate et persistante => appui au sol impossible ▪ Tuméfaction pré- et sous-malléolaire latérale en œuf de pigeon ▪ Craquement audible ou sensation de « déboitement » lors trauma ▪ Impression de déchirure ▪ Sensation d'un écoulement chaud ▪ Tiroir talien antérieur avec ressaut lors de sa réduction (atteinte du LTFA) ▪ Bâillement tibio-talien latéral (atteinte LCF) ▪ Lésions associées évoquant un traumatisme important 	
Lésions associées	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Osseuses : fracture base du 5^{ème} métatarsien, fracture malléolaire lat ou médiale ▪ Ligamentaires : entorse sous-talienne (douleur palpation sinus du tarse), entorse médio-tarsienne (douleur à torsion de avant-pied) ▪ Tendineuses : rupture du tendon calcanéen (test de Thompson), luxations des tendons fibulaires 	
Examens complémentaires	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Radio : <ul style="list-style-type: none"> - Incidences : Mortaise (F + 20° RI), P, +/- ¾ - Normale si entorse isolée - Clichés dynamiques : à distance du trauma, si instabilité chronique, doute sur gravité => rcher laxité (bâillement talo-crural, tiroir ant forcé) ▪ Échographie, IRM ▪ TDM, arthroscanner : si suspicion fracture du dôme talien ou recherche d'un fracture du tubercule latéral du talus 	<p>Incidence de Mortaise :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vérifier //isme articulaire, intégrité cintre talofibulaire et tubercule lat du talus ▪ Rcher : fracture dôme du talus, diastasis, arrachements périostés ▪ Mesurer angle bimaléolaire
		<p>Incidence de profil :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Recher : hémarthrose, arrachement de malléole post ▪ Vérifier : //isme articulaire, contours osseux 5^{ème} métatarsien et du naviculaire
Classifications	<p><u>3 stades généraux :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Stade 1 : entorse bénigne = contusion : simple élongation ligamentaire <ul style="list-style-type: none"> - Pas de déficit ou d'instabilité - +/- gonflement et douleur ▪ Stade 2 : entorse de gravité moyenne = distension : <ul style="list-style-type: none"> - Déformation élastique (longueur augmentée) - Instabilité articulaire - Gonflement, douleur, ecchymose retardée 	

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stade 3 : entorse grave = rupture : <ul style="list-style-type: none"> - Laxité et déficit fonctionnel immédiat - +/- hématome précoce 		
	<p><u>Classification radiographique de Castaing :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Stade 0 : élongation sans rupture du LFTA => entorse bénigne ▪ Stade 1 : rupture du LFTA => entorse de gravité intermédiaire ▪ Stade 2 : rupture du LFTA + LCF => entorse grave ▪ Stade 3 : rupture du LFTA + LCF + LTFP => instabilité majeure 		
Diagnostic différentiel	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fracture des malléoles ▪ Fracture arrachement de base du 5^{ème} métatarsien ▪ Fracture arrachement tubercule naviculaire ▪ Luxation des tendons fibulaires ▪ Ruptures tendineuses ▪ Entorses des articulations de voisinage : talonaviculaire, talocalcanéenne, calcanéocuboïdienne 		
Complications	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Aigües :</u> <ul style="list-style-type: none"> - Osseuses : fracture base 5^{ème} métatarsien, fracture malléolaire lat ou méd - Ligamentaires : entorse sous-talienne, entorse médio-tarsienne - Tendineuses : rupture tendon calcanéen, luxations des tendons fibulaires ▪ <u>Moyen et long termes :</u> <ul style="list-style-type: none"> - SDRC : fréquent - Instabilité chronique latérale de cheville ++++ : instabilité fonctionnelle/sensation subjective (liée à déficit proprioceptif) ET/OU laxité articulaire (défaut de cicatrisation ligamentaire ++) => Tt : rééducation +/- chirurgie (suture/réinsertion des ligaments ou ligamentoplastie (reconstruction des ligaments à partir d'autogreffes) - Fracture ostéo-chondrale du dôme talien : douleurs chroniques de cheville, blocages, sensation de corps étranger => arthroscanner => Tt : ablation du fragment sous arthroscopie ou chirurgie - Autres : complications thromboemboliques, complications des immobilisations plâtrées, douleurs résiduelles, arthrose de cheville 		
	<u>Forme bénigne</u>	<u>Forme de gravité moyenne</u>	<u>Forme grave</u>
Evolution	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Favorable ▪ Cicatrisation ligamentaire en 6 semaines ▪ Peu ou pas de séquelles si rééducation correcte 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ +/- séquelle : laxité articulaire instabilité ▪ Rééducation ++ 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rééducation ++ ▪ Consultation systématique J5 ▪ Pronostic lié aux complications aigües
Traitement	<p><u>Tt symptomatique :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Repos (+/- canne) + glace 4x/j pendant 3 jours ▪ Contention veineuse, élévation au niveau du cœur ▪ Thromboprophylaxie +/- ▪ Puis reprise de l'appui sous contention veineuse/strapping pendant 7 j ▪ Si échec => tt fonctionnel 	<p><u>Tt fonctionnel :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Contention par strapping ou orthèse stabilisatrice pendant 21j ▪ Repos (canne) ▪ Thromboprophylaxie +/- ▪ Rééducation 6 semaines avec travail proprioceptif ▪ Reprise du sport à 6 semaines sous couvert d'un strapping ou d'une chevillière souple 	<p><u>Tt orthopédique (entorse grave ou + fracture) :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Immobilisation botte plâtrée/résine pendant 6 semaines : sans appui si fracture, avec appui sinon ▪ Thromboprophylaxie ▪ Rééducation 6 semaines + travail proprioceptif ▪ Reprise du sport à 12 semaines sous couvert d'un strapping ou chevillière souple
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Tt chirurgical</u> : exceptionnel en aigu, tt pour instabilité chronique ▪ Béquilles + attelle ▪ +/- anticoagulation ▪ Surveillance : consultation à J5, du plâtre, de la clinique 		