



Comment soigner une entorse?

Harold Dion, MD, CCMF, FCMF

Benoît, jeune cadre de 28 ans, s'est blessé à la cheville droite, il y a 2 jours en jouant au soccer. Il vient vous consulter car il a un œdème important et il boite. Comment le soignez-vous?

L'histoire du cas

À l'interrogatoire, il est important de connaître le mécanisme exact de la blessure, car il peut donner une idée de la structure atteinte. (Sa cheville était-elle en inversion, éversion ou dorsiflexion? Y a-t-il eu une rotation du pied? Un autre joueur est-il tombé sur sa cheville?). L'apparition immédiate d'un œdème et/ou d'une douleur suggère une fracture ou une déchirure importante d'un ou de plusieurs ligaments.

Le fait de marcher sur le pied blessé immédiatement après l'accident aide à évaluer la gravité de la blessure. Enfin, les blessures antérieures, l'évaluation et les antécédents médicaux figurent aussi parmi



Le **Dr Dion** est médecin de famille, Clinique médicale l'Actuel, Montréal. Il est également président du conseil d'administration du Collège québécois des médecins de famille.

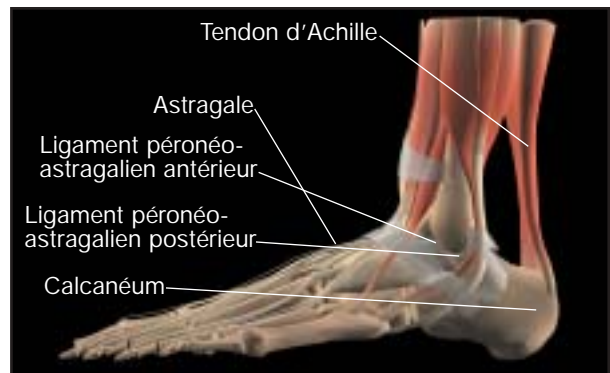


Figure 1. Vue latérale de la cheville.

les éléments qu'il est important d'inclure dans notre interrogatoire.

Par quoi commencer l'examen clinique?

1. Observez la cheville pour rechercher une déformation, une ecchymose et/ou un œdème. S'assurez de l'intégrité neurovasculaire en palpant les pouls pédieux et tibial postérieur et en vérifiant la sensibilité des orteils.
2. Palpez pour rechercher une sensibilité aiguë et ainsi localiser la ou les structures anatomiques atteintes.
Palpez les 6 cm postérieurs et inférieurs de chaque malléole puis, la base de la 5^e métatarse et du naviculaire. Palpez ensuite, à tour de rôle, les ligaments

péronéo-astragalien antérieur et postérieur, le ligament péronéo-calcanéen et le ligament deltoïde, ainsi que les tendons péronéens et le tendon d'Achille.

3. Déterminez si le patient peut faire au moins quatre pas sur le pied blessé. S'il en est incapable, il faut faire une radiographie avant de continuer.

Les mouvements qui résistent permettent de percevoir les sites douloureux et d'évaluer les points de faiblesse dans les structures anatomiques.

4. Faites les manœuvres spécifiques telles que l'épreuve du tiroir antérieur pour évaluer sans trop de douleur la laxité ligamentaire et la stabilité articulaire.

D'une main, stabilisez la partie distale du tibia et du péroné; puis, placez le talon du patient dans l'autre main avec la cheville en position neutre et déplacez doucement (mais avec fermeté) le calcanéum et l'astragale vers l'avant — un déplacement palpable et visible du pied hors de la mortaise indique que des ligaments sont déchirés.

***O*n élimine la possibilité d'une fracture puisque le patient peut marcher sur son pied blessé.**

L'évaluation

Une radiographie simple est effectuée seulement en présence d'une douleur osseuse et si votre patient ne peut pas faire au moins quatre pas en marchant sur son pied blessé (critères d'Ottawa).

Tableau 1

La classification des lésions ligamentaires

Grade 1

Implique un léger étirement ligamentaire sans déchirure ou instabilité ligamentaire (peu de douleur ou d'œdème et aucune limitation dans la capacité de marcher sur le pied blessé).

Grade 2

Indique une déchirure partielle des ligaments avec une légère instabilité articulaire, accompagnée d'un œdème modéré avec douleur et ecchymose.

Grade 3

Indique une rupture complète des ligaments, ce qui provoque une instabilité articulaire considérable. Il y a une sensibilité marquée et ecchymose.

Pour les blessures qui tardent à guérir et si la radiographie est négative, l'imagerie par résonance magnétique a la meilleure résolution pour identifier un traumatisme des tissus mous (muscles, tendons, ligaments, cartilages), tandis que la scintigraphie osseuse constitue le meilleur moyen de rechercher la présence de lésions osseuses (microfracture, tumeur bénigne ou maligne, nécrose vasculaire).

Et l'état de Benoît?

En questionnant Benoît davantage, vous apprenez qu'il est retombé sur le rebord externe de son pied après avoir effectué un saut. Il a immédiatement ressenti une douleur sur la partie externe de la cheville et il est sorti du terrain en boitant. Un œdème est apparu

une ou deux heures plus tard. Il n'a pas d'antécédents pertinents et il ne s'est jamais blessé à la cheville auparavant.

À l'examen, Benoît ne présente aucune douleur osseuse et il marche en boitant légèrement sur son pied blessé. De plus, l'épreuve du tiroir antérieur est positive (5 à 6 mm environ).

Il souffre donc d'une déchirure (grade II) du ligament péronéo-astragalien antérieur. On élimine la possibilité d'une fracture puisqu'il peut marcher sur son pied blessé (tableau 1).

Le traitement

Le traitement d'une entorse ligamentaire de la cheville comporte trois phases :

1. Limiter l'œdème et diminuer l'inflammation et la douleur. L'approche, à ce stade-ci, se résume bien par l'acronyme PRICEM (protection, repos relatif, *ice* (glace), compression, élévation et médication).
2. L'œdème s'est estompé et le patient peut marcher assez facilement. Les objectifs sont la reprise de la mobilité et le renforcement musculaire. Vous pouvez prescrire vous-mêmes les exercices ou envisagez de le diriger en physiothérapie.

3. Le patient peut exécuter les exercices de renforcement avec peu de douleur. L'objectif de cette phase est de préparer le patient à reprendre ses activités physiques régulières. Des exercices de proprioception sont alors recommandés.

Quand diriger le patient vers un spécialiste?

Si votre patient ne récupère pas comme prévu, revoyez le diagnostic ou le traitement, ou encore consultez un orthopédiste ou un spécialiste en médecine sportive. *Clin*

Références disponibles — contactez
Le Clinicien à : clinicien@sta.ca