

La cheville qui ne guérit pas

Bernard LaRue, MD, et Éric Anctil, MD, FRCSC

Le cas de Philippe

Philippe est un sportif âgé de 18 ans. Il y a sept semaines, vous l'avez traité pour une entorse à la cheville, infligée lors d'une partie de soccer. Les radiographies n'avaient alors pas démontré de fracture. Son entorse fut traitée par une semaine de décharge, puis par une mobilisation progressive et des séances de physiothérapie. Il présente toujours des douleurs incapacitantes. Il s'inquiète surtout par rapport à son retour au soccer et à ses performances futures. Vous songez à lui faire un plâtre de marche, mais ce retard de guérison vous laisse un peu perplexe.



Y a-t-il quelque chose qui vous échappe?

Les entorses à la cheville sont parmi les blessures musculosquelettiques les plus fréquentes. Bien que la plupart des cas récupèrent bien avec un traitement conservateur, jusqu'à 20 % des patients peuvent développer des symptômes chroniques, presque toujours reliés à une instabilité récidivante.

Puisque plus de 90 % des entorses à la cheville sont secondaires à un traumatisme en inversion de la cheville impliquant les ligaments latéraux, nous n'aborderons pas les lésions médiales isolées.

Trois ligaments principaux contribuent à la stabilité latérale de la cheville. Il s'agit des ligaments péronéo-astragalien antérieur, péronéo-

calcanéen et péronéo-astragalien postérieur. Lors des traumatismes en flexion-inversion, le péronéo-astragalien antérieur est touché en premier; les autres ligaments suivent successivement selon l'intensité du traumatisme.

Comment procéder à l'évaluation des traumatismes en inversion?

L'évaluation clinique

Un diagnostic différentiel de l'entorse de la cheville peut être utile pour effectuer une anamnèse et un examen physique complets d'un patient qui se présente avec une blessure à la cheville (tableau 1). Il sera pertinent, entre autres, de déterminer s'il s'agit d'un premier épisode ou d'une récurrence.

Il est important de bien palper les différentes structures osseuses et ligamentaires afin de cibler les points les plus douloureux. Il faut bien évaluer la syndesmose en utilisant la palpation directe, la compression du tibia et du péroné entre eux et la mise en tension, en faisant une rotation externe de la cheville (si le niveau de la douleur le permet). La stabilité de la cheville en position antéro-postérieure s'évalue avec le tiroir de la cheville (figure 1). Ce dernier s'effectue avec la cheville en flexion plantaire de 10° à 30°. Il peut s'avérer difficile d'évaluer la stabilité de la cheville dans un contexte de traumatisme aigu, et ce, à cause de la douleur. Si tel est le cas, l'examen peut alors être différé.

Comme pour toute blessure musculosquelettique, un examen neurovasculaire du membre atteint est de mise.

L'évaluation radiologique

Les règles d'Ottawa représentent un guide décisionnel aidant à éliminer, à la suite d'une évaluation clinique, les doutes de fractures de la cheville et du tarse (tableau 2). Elles permettent donc de juger de la pertinence de faire une évaluation radiologique de la cheville lors d'un traumatisme. Plusieurs études ont validé ces règles et confirmé une sensibilité de près de 100 %.

Lorsque l'on obtient des radiographies, celles-ci devraient toujours comprendre un cliché antéro-postérieur, latéral et une vue de la mortaise. On y cherchera des signes de fracture, de fragment ostéochondral, de gonflement des tissus mous, ou d'une asymétrie de la mortaise (2 mm et plus), laquelle témoigne d'une instabilité de la cheville. Les vues en stress de la cheville ne devraient pas être réalisées de façon routinière dans un contexte aigu.

Quel est le traitement?

Le traitement des entorses est avant tout conservateur. En plus d'une analgésie adéquate, un traitement anti-inflammatoire peut être instauré. Il est important d'éviter le développement d'équinisme, quel que soit le traitement utilisé. Deux écoles de pensée se distinguent particulièrement à propos du traitement des entorses : la réhabilitation fonctionnelle et le traitement par immobilisation.

D'une part, il existe divers protocoles de réhabilitation fonctionnelle intensive. La pierre angulaire est la physiothérapie. Les études semblent démontrer que la récupération s'effectue plus rapidement chez les patients traités par cette discipline médicale. Il s'agit là, à notre avis, du meilleur traitement des entorses dans pratiquement tous les cas (tableau 3).

D'autre part, le traitement par immobilisation a l'avantage d'offrir un meilleur soulagement de la douleur. Les patients peuvent faire de la mise en charge selon leur tolérance dès les premiers jours post-trauma. Habituellement, le plâtre est enlevé après trois semaines, puis le patient reprend graduellement ses activités. La physiothérapie est ajoutée au besoin. L'inconvénient de ce type de traitement est l'atrophie plus marquée de la jambe,

Tableau 1

Le diagnostic différentiel de l'entorse latérale de la cheville

- Fracture du péroné
- Fracture du calcanéum (antérieur)
- Fracture du 5^e métatarse
- Fracture de l'astragale (latéral)
- Fracture ostéocondrale de l'astragale
- Atteinte des tendons péronéens
- Atteinte de la syndesmose
- Atteinte de l'articulation sous-astagalienne
- Atteinte de l'articulation de Lisfranc
- Atteinte du tendon d'Achille
- Atteinte du tendon plantaire grêle

Tableau 2

Les règles d'Ottawa

Les critères pour procéder à une radiographie de la cheville sont :

Une douleur dans la région malléolaire et une des constatations suivantes :

- Une douleur à la palpation (6 cm distal à partir du rebord postérieur des malléoles)
- Une incapacité à commencer une mise en charge immédiatement après le traumatisme et une incapacité de faire quatre pas lors de la visite

Les critères pour obtenir une radiographie du pied sont :

Une douleur à l'arrière-pied et une des constatations suivantes :

- Une douleur à la palpation de la base du 5^e métatarsien
- Une douleur au naviculaire
- Une incapacité à commencer une mise en charge immédiatement après le traumatisme et une incapacité de faire quatre pas lors de la visite

Adapté de : Stiell, IG, Greenberg, GH, McKnight, RD, et coll. : Decision rules for the use of radiography in acute ankle injuries: Refinement and prospective validation. JAMA 3(9):1127, 1993.



Figure 1. Le tiroir antérieur de la cheville.

Tableau 3

Protocole de réhabilitation fonctionnelle

Phase 1 (5 à 7 jours)

- Repos (béquilles, décharge)
- Glace (15 minutes/heure)
- Compression (chevillère, bandage élastique)
- Élévation
- Anti-inflammatoires non stéroïdiens

Phase 2 (1 à 2 semaines)

- Mobilisation et mise en charge progressive selon la tolérance du patient
- Port d'une chevillère, d'une orthèse stabilisatrice de la cheville ou d'un bandage
- Début de la physiothérapie

Phase 3 (2 semaines et plus)

- Physiothérapie intensive
- Amplitude articulaire et étirement du tendon d'Achille
- Renforcement (notamment des péronéens et des dorsifléchisseurs)
- Proprioception
- Port d'une chevillère, au besoin

un risque d'ankylose plus important et une période de récupération plus longue. De plus, il y a un risque non négligeable de thrombophlébite associé au plâtre.

Il existe une certaine controverse en ce qui a trait aux entorses graves avec une instabilité grossière. Une période d'immobilisation sera préférée par certains. Le traitement devrait être individualisé, bien que de plus en plus de médecins préconisent une mobilisation précoce, quelle que soit l'intensité du traumatisme.

Le traitement chirurgical des entorses de la cheville n'occupe que très peu de place en aigu et il ne devrait s'appliquer qu'aux rares cas d'entorses très graves et instables chez des patients ayant de grandes demandes physiques (athlète de haut niveau, par exemple). Même dans ces cas, le sujet demeure controversé.

Qu'en est-il des cas qui ne guérissent pas?

Les patients dont les symptômes perdurent à la suite d'un traitement adéquat de leur entorse se plaignent de douleur, d'instabilité, d'ankylose, de faiblesse, de blocage ou d'une combinaison de ces manifestations. Certains patients se plaindront d'œdème persistant ou encore de coloration bleutée à la face latérale du pied. Si aucune autre manifestation n'est associée, ils peuvent être rassurés, car l'œdème peut persister plusieurs mois.

Chez les patients toujours symptomatiques après un traitement adéquat de leur entorse, il faut envisager deux possibilités : le diagnostic était juste et le patient présente des séquelles de son entorse, ou le diagnostic était incomplet et



Le **Dr Anctil** est professeur adjoint, Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke, orthopédiste, Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke et *fellow* en chirurgie de la cheville et du pied, Arizona.



Le **Dr LaRue** est résident, Service d'orthopédie, Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke.

À retenir...

- Les entorses latérales de la cheville se trouvent parmi les blessures musculosquelettiques les plus fréquentes.
- La majorité des patients répondent bien au traitement conservateur comprenant l'analgésie, un repos temporaire et la physiothérapie.
- Chez le patient qui demeure symptomatique après un traitement adéquat, le médecin traitant doit éliminer une condition associée sous-jacente, telle qu'une fracture occulte, une tumeur, une ostéochondrite, etc.
- Il est également essentiel de déterminer si le patient souffre d'une instabilité chronique, laquelle représente la séquelle la plus fréquemment rencontrée à la suite d'une entorse à la cheville.
- Bien qu'un traitement conservateur puisse être tenté chez ces patients, ceux-ci devraient tout de même être référés à un spécialiste.

Tableau 4

Les causes des symptômes chroniques

1. Instabilité chronique récidivante (plus fréquent)

2. Autres causes :

- Lésion ostéochondrale de l'astragale
- Subluxation ou déchirure des tendons péronéens
- Syndrome d'accrochage (syndrome de gouttière médiale ou latérale)
- Fracture occulte (astragale, calcanéum, tarse, métatarses)
- Lésion chondrale avec ou sans changements arthrosiques précoces
- Os trigone
- Atteinte de la syndesmose
- Souris articulaire
- Autre atteinte articulaire (sous-astragaliennne, calcanéocuboïdienne)

Questions et réponses

1. Les patients devraient-ils tous avoir un plâtre lors d'une entorse?

Non. Il s'agit d'un traitement pour les entorses graves. L'immobilisation plâtrée est utile chez les patients moins actifs chez qui l'entorse est très incapacitante. Le meilleur traitement demeure une réhabilitation fonctionnelle intensive précoce.

2. De quels symptômes se plaignent les patients qui présentent des séquelles à la suite d'une entorse à la cheville?

Ils peuvent se plaindre de douleur, d'instabilité, d'ankylose, de faiblesse, d'un blocage ou d'une combinaison de ces symptômes.

3. Après combien de temps peut-on considérer qu'il y a un échec du traitement conservateur?

Il n'existe pas de consensus. Chez un athlète, il faut y penser après six semaines et après deux mois chez tous les autres patients.

4. Est-ce que le traitement conservateur a sa place dans les cas d'instabilité chronique de la cheville?

Tous les patients bénéficieront d'un programme de physiothérapie visant à corriger les déficits de proprioception, de force et d'amplitude articulaire. Par contre, ce traitement ne sera suffisant que pour un nombre limité de patients. La modification des chaussures ou le port d'une orthèse stabilisatrice pourra suffire pour le patient avec de faibles demandes physiques. Les patients avec une instabilité récidivante invalidante pour qui le traitement conservateur ne fonctionne pas devraient être référés en orthopédie pour évaluer la pertinence d'une correction chirurgicale.

5. Quel type de chirurgie est offert aux patients souffrant d'instabilité de la cheville postentorse?

On distingue les chirurgies de réparation (primaire ou retardée) et les chirurgies de reconstruction (transfert tendineux pour stabiliser la cheville).

une condition associée a été négligée. Les symptômes qui perdurent plus de huit semaines après le traumatisme sont qualifiés de symptômes chroniques.

Le tableau 4 présente les causes des symptômes chroniques post-entorse. Le problème le plus fréquent à la suite d'une entorse est de loin l'instabilité récidivante, qui survient chez environ 10 % à 20 % de tous les patients subissant une entorse. Déterminer s'il y a présence ou non d'instabilité résiduelle représente donc un élément clé de l'évaluation de l'entorse réfractaire.

Et le bilan?

Une anamnèse et un examen physique ciblés, tout en gardant en tête le diagnostic différentiel, représentent deux sources importantes d'information. Les patients atteints d'instabilité résiduelle décriront

de multiples traumatismes en inversion ou un malaise lors des changements de direction ou lors de la marche en terrain inégal. À l'examen, si le tiroir de la cheville se révèle positif, cela signifie qu'il y a une laxité ou une douleur au stress en inversion de la cheville.

La suite du bilan comprend la palpation des différentes structures péri-articulaires, l'évaluation de l'alignement et de l'amplitude, la recherche de crépitements et un examen neu-

rovasculaire. Il faut, encore une fois, évaluer la syndesmose.

À cela s'ajoute un bilan paraclinique qui devrait comprendre des radiographies des deux chevilles et des deux pieds en charge. Dans les cas où il semble y avoir présence d'une instabilité chronique, des radiographies en stress sont indiquées. Il faut alors effectuer des clichés bilatéraux.

Le reste du bilan radiologique comprendra, selon les constatations et les besoins, une scintigraphie osseuse, une tomographie axiale (avec ou sans injection de contraste intra-articulaire) et une résonance magnétique (avec ou sans injection de contraste). L'arthrographie simple et la ténographie sont des modalités de moins en moins utilisées de nos jours.

Pour le patient qui présente une faiblesse et une atrophie importante, une étude électrophysiologique est indiquée si aucune amélioration n'est notée après plusieurs semaines d'un programme de renforcement ou si l'examen démontre une atteinte sensible de la jambe ou du pied.

Si le bilan s'avère négatif, un programme de physiothérapie peut être commencé (ou poursuivi), en mettant l'accent sur l'amplitude articulaire, la force et la proprioception. Le port d'une orthèse

L'entorse de la cheville

stabilisatrice pourra aider le patient dont les symptômes sont reliés à une instabilité. De plus, une consultation en orthopédie devrait être considérée chez les patients qui sont toujours invalidés malgré un traitement conservateur adéquat, afin d'évaluer la pertinence d'une intervention chirurgicale. Les patients qui ont des symptômes chroniques devraient également être référés en spécialité.

Les entorses latérales de la cheville sont parmi les blessures musculosquelettiques les plus fréquentes. Généralement, les patients répondent bien au traitement conservateur composé d'anal-gésie, de repos temporaire et de physiothérapie. Chez le patient qui demeure symptomatique, le médecin traitant doit éliminer une condition associée sous-jacente telle une fracture occulte, une tumeur, une ostéochondrite, etc. Il faut déterminer si le patient présente une instabilité chronique, qui est la séquelle la plus fréquemment rencontrée à la suite d'une entorse à la cheville. Une intervention chirurgicale pourra, dans certains cas, aider le patient à regagner le meilleur niveau fonctionnel possible lorsqu'il y a échec au traitement conservateur. *Clin*

Suggestions de lecture

1. Coughlin, MJ, Mann, RA : *Surgery of the Foot and Ankle*, septième édition, Mosby, 1999, p. 1114.
2. Wülker, N, Stephens, M, Cracchiolo III, A : *An Atlas of Foot and Ankle Surgery*, Mosby, 1998.
3. Kitaoka, HB : *Master techniques in Orthopaedic Surgery : The Foot and Ankle*, Lippincott-William-Wilkins, 2002.
4. Miller, MD : *Review of Orthopaedics*, troisième édition, Saunders, 2000 p. 214.
5. Stiell, IG, Greenberg, GH, McKnight, RD, et coll. : Decision rules for the use of radiography in acute ankle injuries: Refinement and prospective validation. *JAMA* 3(9):1127, 1993.
6. Bachmann, LM, Kolb, E, Koller, MT, et coll. : Accuracy of Ottawa ankle rules to exclude fractures of the ankle and mid-foot: Systematic review. *BMJ* 22(7386):417, 2003.
7. Chapman, M : *Chapman's Orthopaedic Surgery*, troisième édition, Lippincott-William-Wilkins, 2001.
8. Greenspan, A : *Orthopedic radiology: A practical approach*, troisième édition, Lippincott-William-Wilkins, 2000, p. 277.

Les auteurs désirent remercier le Docteur Gaétan Langlois pour sa précieuse collaboration à la réalisation de cet article.

www.stacommunications.com



Cet article est disponible en ligne. Visitez *Le Clinicien*.

**Vous voulez
une bonne raison
pour participer
à un marathon?**

Nous vous en donnerons 4 millions.

En effet, plus de quatre millions de Canadiens sont atteints d'arthrite. Renseignez-vous au sujet des marathons tenus dans le monde entier, qui appuient notre cause. Préparez-vous à voyager... et à triompher !

Composez le **1 800 321-1433** ou visitez notre site Web au www.arthrite.ca/ArthroAction

