

MEMBRE INFÉRIEUR- ENTORSES DE CHEVILLE

Partie 4

Dr Thibault VERMERSCH

2015/2016



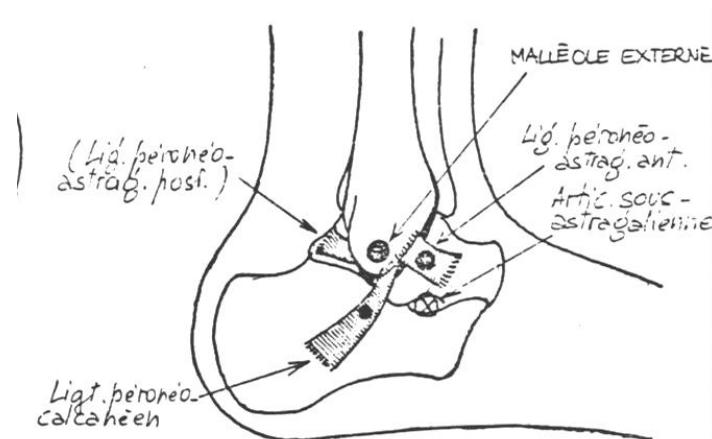
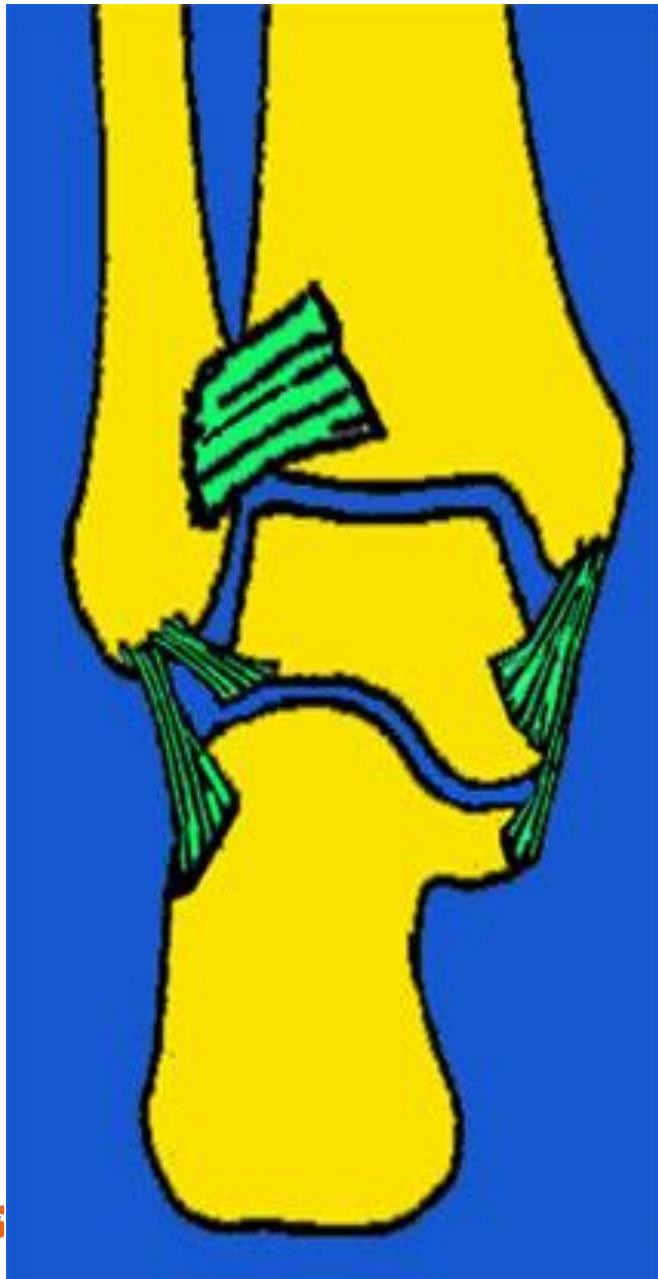
OBJECTIF

- Connaitre le type d'entorse le plus fréquent
- Connaitre les différents types de traitement

- Fracture extrémité supérieure du fémur
- Fractures de jambe
- Lésions ligamentaires du genou
- Entorse de cheville
- Fracture de l'enfant
- Amputation

ENTORSES DE CHEVILLE

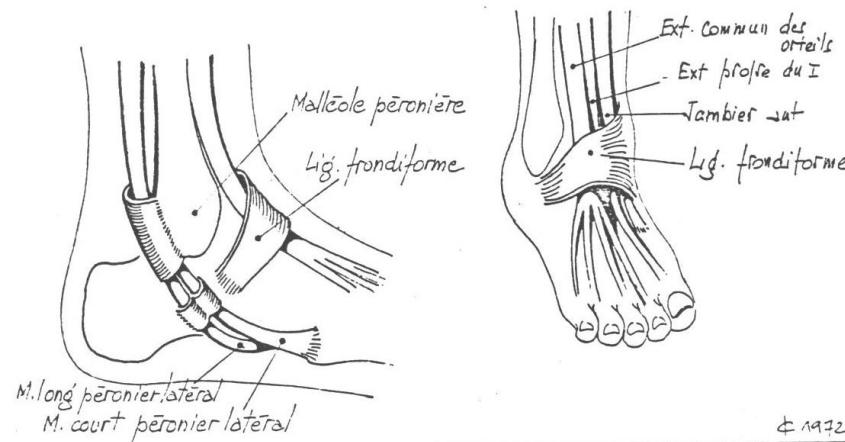
- Epidémiologie
 - Urgence traumatologique la plus fréquente
 - Problème de coût car arrêt de travail long
 - Majorité des cas entre 15 et 35 ans
 - Mécanisme : faux pas ou sport
- Rappel anatomique
 - Ligament latéral externe à 3 faisceaux
 - Talo fibulaires antérieur et postérieur
 - Calcanéo fibulaire
 - Ligament latéral interne à 2 plans
 - Superficiel
 - Profond



PROJECTION CUTANÉE DES ÉLÉMENTS
CONSTITUANTS DU LIG. LATÉRAL EXTERNE

- palpation facile
- palpation difficile
- ⊗ valeur semi-diagnosticque
discutable ...

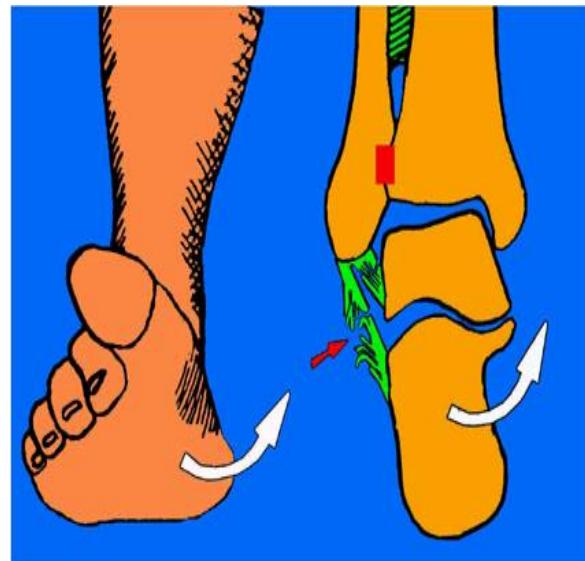
LES TENDONS PÉRI-ARTICULAIRES PASSENT DANS
DES COULISSES



4/1972

• Physiopathologie

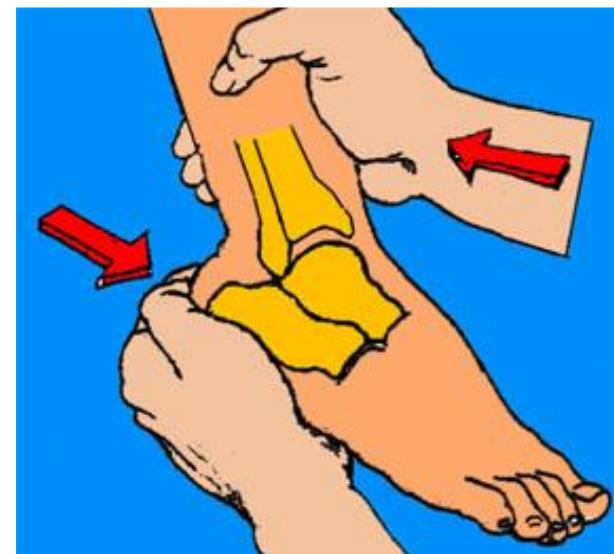
- Trois niveaux de gravité
 - Contusion
 - Distension
 - Rupture
- Entorse du LLE
 - Plus fréquente
 - Mécanisme indirect en varus forcé
 - Lésion de 1 à 3 faisceaux
- Entorse du LLI
 - Plus rare
 - Souvent associée à une fracture de la malléole externe dans le cadre des fractures bimalléolaires



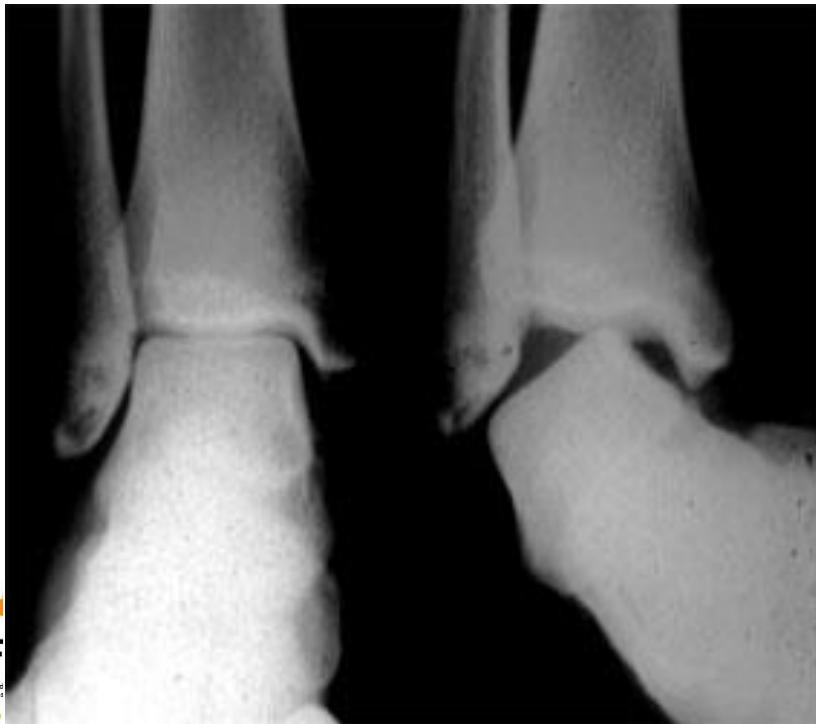
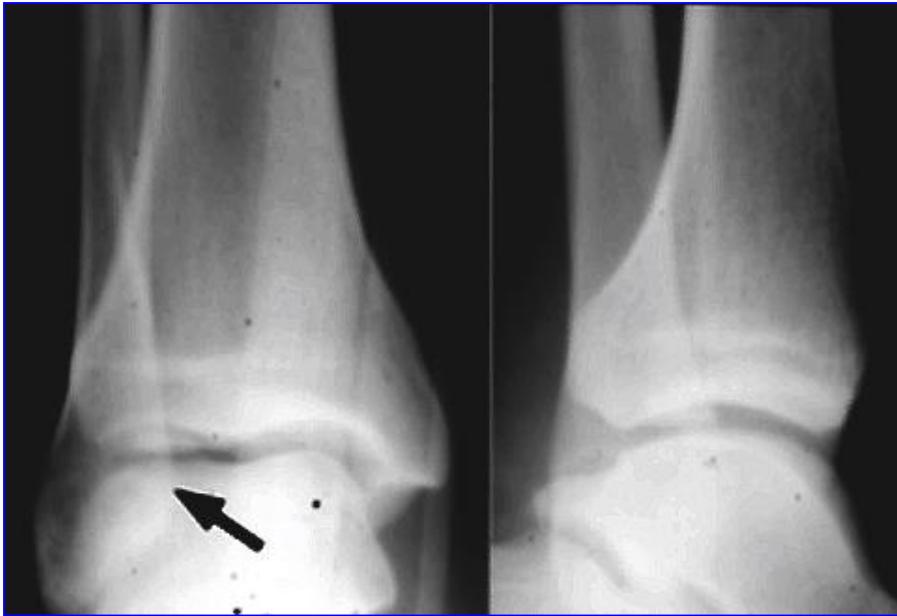
• Diagnostic

– Clinique

- Interrogatoire : mécanisme, craquement, impotence fonctionnelle (variable selon la gravité), douleur
- Inspection : oedème, déformation, hématome sous périmalléolaire
- Palpation : douce, prudente, recherche de points douloureux exquis, testing de la cheville à la recherche d'un bâillement externe et d'un tiroir antérieur (rarement possible en urgence)

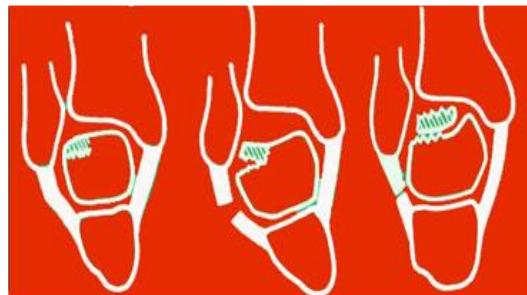


- Recherche de lésions associées : # bimalléolaire, # de la base du 5ème métatarsien, # du talus, entorse sous talienne, rupture tendineuse, luxation des tendons fibulaires
- Paraclinique
 - Radiographies standards
 - **Indication selon critères d'Ottawa**
 - » Plus de 55 ans
 - » Douleur d'une des malléoles sur 6 cm de hauteur
 - » Douleur du naviculaire ou de la base de M5
 - » Incapacité à faire 4 pas
 - Clichés de face (20 ° de RI du pied) et de profil
 - Utile pour la recherche de lésions associées mais pas pour le diagnostic positif d'entorse
 - Radiographies dynamiques : tiroir antérieur et varus forcé
 - Bilatérales, comparatives, à distance, absence de #
 - Recherche d'une laxité : BE sup 10 ° et TA sup 8 mm
 - Arthroscanner : recherche de lésions ostéochondrales (dôme du talus)



• Evolution

- Favorable : délai de cicatrisation de 6 semaines
- Complications
 - Lésions associées, thrombose veineuse profonde, compression sous plâtre, douleurs résiduelles

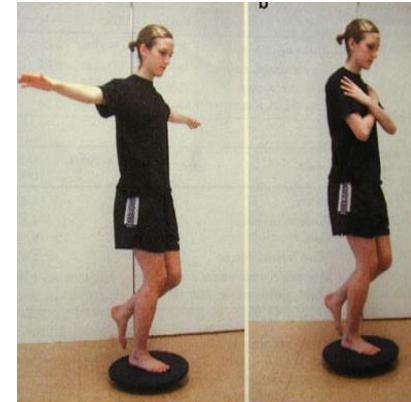


- Algodystrophie
- Instabilité chronique de la cheville +++
 - 10 à 30 % des cas
 - Absence de cicatrisation ligamentaire
 - Laxité au testing et sur les clichés dynamiques

• Traitement

– Fonctionnel

- Contention
 - Elastique : strapping valgisant à refaire régulièrement
 - Semi rigide : type Aircast autorisant les mouvements de flexion extension en bloquant les mouvements de varus / valgus



- Mesures associées
 - **Protocole RICE**
 - **Rest : repos**
 - » **Ice : glaçage**
 - » **Compression**
 - » **Elevation**

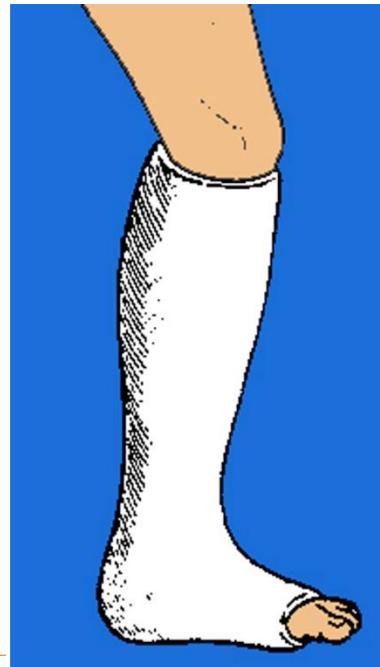
- Rééducation précoce : appui autorisé, drainage lymphatique, mobilisation passive douce, renforcement des fibulaires et travail proprioceptif

– Orthopédique

- Botte plâtrée pied à 90 ° pendant 6 semaines
- Mesures associées
- Anticoagulation préventive

– Chirurgical

- Phase aigüe : réinsertion ou résection d'un fragment ostéochondral
- A distance : plastie ligamentaire dans les laxités



• Indications

- Absence de signe de gravité : traitement fonctionnel, reprise des activités sportives à 1 mois
- Testing initial impossible : protocole RICE puis contrôle à J5
- Signes de gravité : traitement orthopédique, reprise des activités sportives à 3 mois
- Lésions associées : traitement chirurgical
- Laxité chronique symptomatique après rééducation bien conduite: traitement chirurgical
- Laxité majeure chez le sportif de haut niveau : traitement chirurgical

Université Claude Bernard Lyon 1



Réalisation technique : Service ICAP - Université Claude Bernard Lyon 1
Soutien financier : Région Rhône-Alpes dans le cadre de l'UNR-RA



Des questions