

Lésions de l'articulation supérieure de la cheville

Dominik Heim^a, Thomas Ilchmann^b, Robert Greuter^c

^a Chirurgische Gemeinschaftspraxis Hohmad, Thun; ^b Hirslanden Klinik Birshof, Münchenstein; ^c Praxis SP.E, Nänikon

Les entorses en supination de la cheville sont fréquentes et peuvent être bien traitées dans le cabinet de médecine familiale.

Mécanisme d'accident

Une entorse en supination survient souvent à la suite d'un faux pas du patient qui se produit lorsqu'il marche ou court sur un terrain accidenté, dans un escalier, sur une marche ou sur un trottoir. Les sports tels que le volley-ball, le basket-ball, le football, l'escalade et les sports tout-terrain font courir un risque accru d'entorse. Un mouvement forcé de supination, d'adduction ou de rotation interne du pied entraîne un traumatisme des structures latérales de la cheville. Parmi les prédispositions, on peut citer un varus du talon, un pes cavus (pied creux) et, chez les athlètes, une entorse non guérie.

Une entorse en pronation (pied vers l'extérieur, en abduction) est beaucoup plus rare et entraîne un schéma de blessure complètement différent (implication de la malléole médiale, du ligament deltoïde et de la syndes-mose), peut avoir des conséquences plus graves et nécessite souvent une thérapie plus complexe.

Anamnèse

Les patients déclarent souvent qu'ils se sont tordu le pied. Le mécanisme exact de l'accident doit être connu afin de s'assurer qu'il s'agit bien d'un traumatisme de supination.

Les questions importantes sont:

- Le pied s'est-il tordu vers l'intérieur ou l'extérieur (éventuellement, montrer du côté non blessé)?
- Avez-vous pu vous appuyer dessus/courir immédiatement après?
- Avez-vous déjà eu un accident de ce genre? Si oui à plusieurs reprises?
- Avez-vous eu une sensation d'instabilité avant l'accident?
- Quand exactement l'accident s'est-il produit (l'heure et le jour de l'accident doivent être demandés avec précision)?

Anatomopathologie

L'articulation supérieure de la cheville est passivement stabilisée sur le côté latéral par les trois ligaments suivants: ligament fibulo-talaire antérieur (LFTA), ligament fibulo-calcanéen (LFC) et ligament fibulo-talaire postérieur (LFTP) (fig. 1).

Les tendons péroniers sont essentiels pour une stabilisation active. La syndes-mose (ligament tibio-fibulaire antérieur) se situe au-dessus du LFTA et stabilise l'appui de l'articulation de la cheville. Attention à ne pas passer à côté d'une rupture de la syndes-mose!

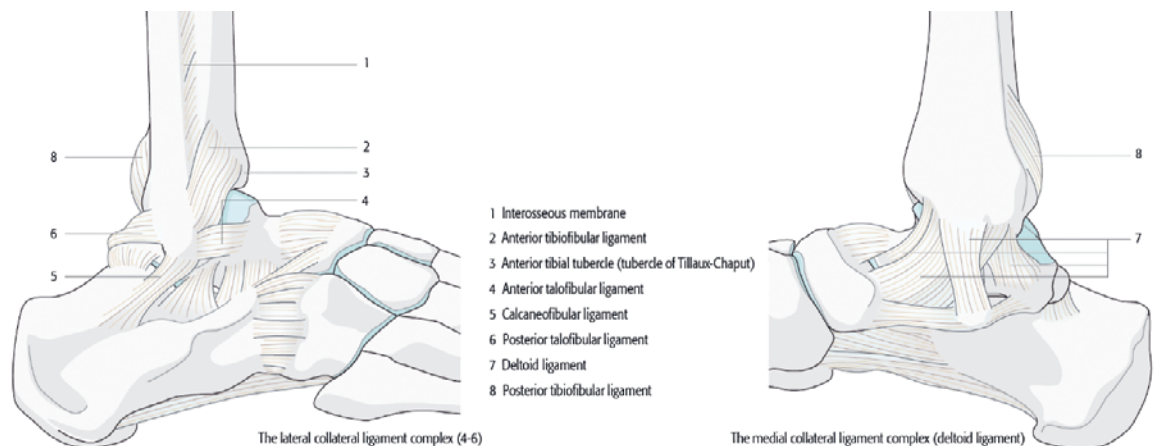


Figure 1: anatomie (Illustrations avec l'aimable autorisation de l'AO Foundation, Davos – Copyright: AO Foundation, Switzerland).

Clinique

Inspection

Le pied supporte-t-il le poids en marchant, est-il déroulé ou est-il impossible de s'appuyer dessus en position debout?

Y a-t-il un gonflement de l'appareil ligamentaire externe (généralement un gonflement de forme ovoïde dans la zone du LFTA)? Y a-t-il un gonflement dans la région de la malléole médiale? Toute l'articulation de la cheville est-elle gonflée?

Concernant les blessures qui ne sont pas tout à fait récentes: y a-t-il une décoloration de l'hématome au-dessus du LFTA, isolée du côté latéral? Y a-t-il un hématome dans la région de la malléole médiale?

Remarque: la rupture isolée du ligament latéral ne présente des anomalies que dans la zone de la malléole latérale.

Palpation

Il est préférable de commencer la palpation dans la région de la cheville où aucune douleur n'est attendue.

Les régions anatomiques énumérées dans les *Règles d'Ottawa pour la cheville* (fig. 2) doivent être palpées pour assurer un diagnostic correct.

Appareil ligamentaire externe: en cas d'entorse simple et typique en supination, on observe une douleur à la pression isolée sur le LFTA. En cas de lésions ligamentaires importantes, on observe également une douleur à la pression au niveau du LFC.

Région du tendon péronier: rupture possible de la gaine du tendon ou (sub)luxation?

Péroné distal de la face dorsale: fracture?

Base du 5^e métatarsien: avulsion osseuse du tendon péronier?

Appareil ligamentaire interne: fracture de la malléole médiale?

Ligament deltoïde: lésion ligamentaire complexe, entorse en pronation impliquant la syndesmose, ou fracture du péroné supérieur?

Remarque: en cas de rupture isolée d'un ligament latéral, la douleur à la pression se situe exclusivement sur le LFTA et le LFC. La malléole médiale et le liga-

An ankle X-Ray series is only required if there is any pain in the malleolar zone and...

Bone tenderness at the posterior edge or tip of the lateral malleolus (A)

OR

Bone tenderness at the posterior edge or tip of the medial malleolus (B)

OR

An inability to bear weight both immediately and in the emergency department for four steps

A foot X-Ray series is only required if there is any pain the midfoot zone and...

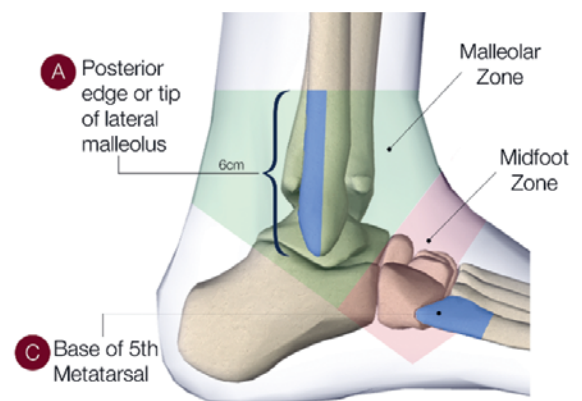
Bone tenderness at the base of the fifth metatarsal (C)

OR

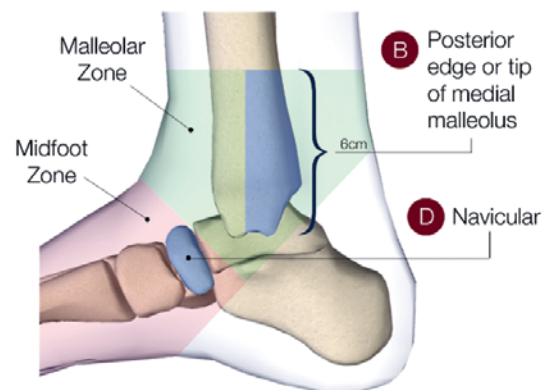
Bone tenderness at the navicular (D)

OR

And inability to bear weight both immediately and in the emergency department for four steps



Lateral View



Medial View

Figure 2: règles d'Ottawa pour la cheville. En l'absence de douleur à la pression dans les zones marquées, une radiographie n'est pas nécessaire. http://www.theottawarules.ca/ankle_rules. Reprinted with permission from the author.

ment deltoïde sont des éléments clés du diagnostic des lésions complexes de l'articulation supérieure de la cheville. L'absence de symptôme dans cette région exclut des lésions plus graves avec un degré de certitude élevé.

Examen fonctionnel

Le patient bouge-t-il activement l'articulation supérieure de la cheville/le pied, est-il limité ou tout mouvement est-il impossible?

Quel est l'état de la mobilité passive? L'examen est-il rendu impossible par la douleur?

Stabilité: cet examen est-il douloureux ou impossible en raison de la douleur? Si la cheville se plie fortement, le LFTA et le LFC au minimum sont déchirés.

Quelle est la stabilité sagittale de l'articulation supérieure de la cheville (glissement du talus ou tiroir ap, fig. 3)? Un glissement du talus positif permet de conclure à une déchirure du LFTA au minimum.

Remarque: un test de stabilité ne peut être effectué que si l'on soupçonne une lésion isolée des ligaments latéraux. Si l'on soupçonne une lésion d'autres structures lors de l'inspection et de la palpation de l'articulation supérieure de la cheville (voir ci-dessus), l'examen fonctionnel doit être omis.

Imagerie

Le diagnostic de rupture isolée d'un ligament latéral peut être purement clinique; l'imagerie n'est pas toujours nécessaire. Voir: *Règles d'Ottawa pour la cheville* (fig. 2) [2]. Ces règles sont affinées par les règles dites *bernoises* [3]. Une comparaison des deux règles [4] a conduit à la conclusion suivante: «The OAR remain the decision rules of choice for ankle injuries despite its modest 'ruling out' capacity.».

Règles d'Ottawa pour la cheville: si le patient n'a pas pu supporter de poids depuis le traumatisme ou s'il y a



Figure 3: le tiroir a-p: le talon est placé sous le poing, puis on appuie l'autre main/avant-bras contre la partie inférieure distale de la jambe. Le test doit toujours être effectué du côté opposé également. Une différence de plus de 2 mm est pathologique. Photo de l'auteur [1].

une douleur à la pression en dehors de la région de l'appareil ligamentaire latéral et qu'il y a donc suspicion de lésion osseuse ou ligamentaire plus complexe, le diagnostic radiologique doit être effectué de façon large. Il s'agit généralement de clichés de l'articulation supérieure de la cheville sur deux niveaux [4]. Si le patient est en mesure de le faire, les clichés doivent être pris en appui sur le pied, car cela fournit plus d'informations sur la stabilité de l'articulation de la cheville. Si l'expertise nécessaire est disponible, un examen échographique peut également fournir des informations complémentaires.

La poursuite de l'imagerie par tomодensitométrie ou IRM est rarement nécessaire et est plutôt réservée à un examen spécialisé.

Remarque: recourir librement au diagnostic radiologique en cas de gonflement important, d'examen difficile et de suspicion de lésion plus complexe.

Classification

La classification des lésions ligamentaires externes figure dans le tableau 1.

Diagnostics différentiels

Fracture de la malléole (douleur à la pression directement sur l'os), fracture ostéochondrale du dôme du talus (gonflement de l'ensemble de l'articulation supérieure de la cheville), luxation du tendon péronier, (due à l'éversion du pied et l'extension dorsale contre résistance), rupture isolée de la syndesmosse (douleur à la

Tableau 1: graduation des lésions ligamentaires externes (IT = inclinaison du talus, GT = glissement du talus, FTA = ligament fibulo-talaire antérieur, FC = ligament fibulo-calcanéen) [5]. Réimprimé avec l'aimable autorisation de la Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V.

Catégorie	Lésion	Fonction	Instabilité	Gonflement (différence par rapport au côté opposé)
Catégorie I	Élongation (rupture microscopique)	Pas de réduction de la mobilité	Pas d'IT, pas de GT	≤0,5 cm
Catégorie II	Rupture partielle	Réduction de la mobilité de 5–10°	Pas d'IT, GT + (atteinte FTA)	0,5–2 cm
Catégorie III	Rupture totale	Réduction de la mobilité >10°	IT +, GT + (atteinte FTA et FC)	>2 cm

pression), fracture du proc. lateralis tali («cheville du snowboarder»), difficilement distinguable d'une rupture ligamentaire sur le plan clinique, mais anamnèse atypique, principalement traumatisme en valgus du talon, diagnostic radiographique, fracture d'avulsion à la base du 5^e métatarsien (douleur à la pression).

Remarque: si l'on soupçonne l'une de ces lésions à l'examen clinique ou radiologique, elle doit être traitée par un médecin expérimenté. Un traitement trop tardif ou trop peu cohérent prolonge la durée du traitement et peut entraîner des dommages irréversibles.

Traitement

Le traitement est individuel et dépend de la gravité de la lésion. De nombreux concepts de traitement sont proposés dans la littérature. Ils ont tous en commun une stabilisation fonctionnelle: *functional treatment – early mobilisation with use of an external support* [6]. Cet «*external support*» doit non seulement empêcher la supination, mais aussi assurer la rotation! Le traitement par plâtre rigide est aujourd'hui obsolète. Une compression légère avec un bas de compression de classe I est recommandée en complément du traitement orthopédique [7].

Nous recommandons l'approche suivante, adaptée à la catégorie (légèrement plus prudente que la directive O12-O22 de l'AWMF [5]):

- **Catégorie I:** pose d'orthèse en première intention, si les tissus mous le permettent. Mise en charge totale, pas de prophylaxie de la thrombose. L'orthèse doit être portée pendant six semaines.
- **Catégorie II:** immobilisation de l'articulation supérieure de la cheville en première intention si nécessaire, par exemple avec Softcast fendue pendant environ une semaine, avec mise en charge talon-orteil et prophylaxie de la thrombose. Ensuite, passage à une orthèse empêchant la supination, permettant la rotation, mise en charge complète et arrêt de la prophylaxie de la thrombose. Durée du traitement: six semaines.
- **Catégorie III:** immobilisation de l'articulation supérieure de la cheville en première intention, par exemple avec Softcast fendue pendant une à deux semaines, avec mise en charge talon-orteil et prophylaxie de la thrombose, selon la gravité des symptômes. Puis passage à une orthèse empêchant la supination, assurant la rotation, mise en charge

complète et arrêt de la prophylaxie de la thrombose. Durée totale du traitement: six semaines après le traumatisme. L'orthèse doit être portée jour et nuit. Chez les patients sportifs présentant des ruptures de catégorie III et une instabilité massive, un traitement chirurgical peut également être conseillé en première intention.

Nous recommandons de porter l'orthèse également la nuit, car l'étirement passif des ligaments peut passer inaperçu chez les patients qui dorment sur le côté et sur le ventre.

Remarque: le traitement avec une orthèse doit durer au total six semaines pour les ruptures de ligaments. Une convalescence complète peut prendre plus de temps.

Activités sportives: il faut éviter les sports «*stop and go*» pendant six semaines. Les sports linéaires (marche, etc.), en revanche, sont autorisés après que le gonflement et la douleur ont disparu [7].

L'entraînement proprioceptif (après la phase aiguë) favorise la stabilité et constitue une prophylaxie efficace contre une nouvelle entorse [8].

En cas d'instabilité persistante et d'entorses récurrentes, la reconstruction ligamentaire peut être envisagée en fonction des besoins du patient.

Remarque: si les symptômes persistent après douze semaines, une imagerie supplémentaire (IRM) est recommandée afin d'écartier la possibilité de lésions concomitantes.

Pronostics

Voici la conclusion d'une étude récente: «*However, prognostic factors associated with chronic residual symptoms from acute lateral ankle ligament sprains are poorly understood*» [9]. Néanmoins, cette étude tente d'identifier des indices vis-à-vis du pronostic. À court terme, le pronostic des patients qui présentent initialement des douleurs intenses, une mise en charge réduite et une amplitude de mouvement limitée n'est pas bon. À long terme, les patients âgés ou les femmes n'ont pas un bon pronostic. Un autre problème de pronostic est la survenance d'une nouvelle entorse dans les trois mois.

Références

La liste complète des références est disponible dans la version en ligne de l'article sur www.primary-hospital-care.ch

Correspondance:
PD Dr. med. Dominik Heim
Chirurgische Gemeinschafts-
praxis Hohmad
Hohmadstrasse 1
CH-3600 Thun
dominik.heim[at]
klinikhohmad.ch