

Document N°	FSLC	ADM	008	MED	Nature	Date	Mise en page	Page	REV 1
					Fiche médicale	11/04/2017	PH	4	
Rev 0	01/12/14	Première émission			<b>Titre :</b>	L'entorse de la cheville		<b>DIFFUSION ETENDUE</b>	
Rev 1	01/12/16	Mise en forme			<b>Auteur :</b>	Arnaud Bourjalliat			

## FICHE MEDICALE 2017-04-11

# L'entorse de la cheville

L'entorse de la cheville est une lésion extrêmement fréquente (environ une entorse par jour pour 10.000 personnes). Elle représente 10 % de toutes les lésions de traumatologie orthopédique admises en urgence, et entre 20 et 40 % de tous les traumatismes sportifs. Cette valeur est certainement sous-estimée par rapport à la réalité compte tenu de l'automédication fréquente dans ce domaine.

### QU'EST CE QU'UNE ENTORSE ?

Une entorse est une **lésion ligamentaire\*** traumatique due à un **mécanisme indirect**, sans perte des rapports normaux entre les surfaces articulaires.

La lésion ligamentaire peut être plus ou moins sévère :

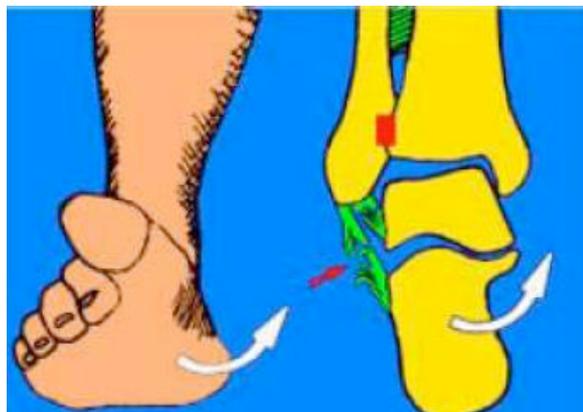
- **Entorse bénigne** : pas d'atteinte macroscopique (visible) de l'intégrité anatomique du ligament
- **Entorse grave** : déchirure plus ou moins complète du ligament ou arrachement de la zone d'insertion (sur l'os).

\* Un **ligament** est une bande constituée de tissu conjonctif fibreux et élastique de couleur blanchâtre. Une des caractéristiques principales du ligament est sa **grande résistance**. Son rôle est de relier deux pièces osseuses d'une articulation, ou encore de suspendre, ou fixer des organes.

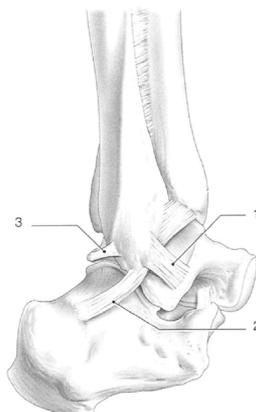
### LE MECANISME DE L'ENTORSE DE CHEVILLE

Nous ne nous intéresserons ici qu'aux entorses du plan ligamentaire externe.

La plupart de ces entorses (c'est à dire 85%) se produisent en **inversion du pied** (voir le schéma ci-dessous) et intéressent le complexe ligamentaire externe, encore appelé ligament collatéral latéral ou anciennement appelé ligament latéral externe (LLE).



Mécanisme : inversion du pied



### Anatomie de la cheville

Le complexe ligamentaire externe :

- 1) Faisceau péronéo-astragalien ou talo-fibulaire antérieur
- 2) Faisceau péronéo-calcanéen ou calcanéofibulaire
- 3) Faisceau péronéo-astragalien ou talo-fibulaire postérieur

### **POURQUOI EST IL NECESSAIRE DE VOIR UN MEDECIN ET D'EVITER L'AUTOMEDICATION ?**

**Pour mettre en place le plus rapidement un traitement adapté.** La précocité de la mise en route des soins va conditionner les suites en limitant les conséquences locales du traumatisme et des phénomènes douloureux.

**Pour évaluer la gravité de l'entorse et ainsi répondre à deux question (chères aux sportifs) :**

**Combien de temps de traitement (voir le chapitre traitement) ?**

**Quand puis je reprendre le sport (voir le chapitre traitement) ?**

**Pour pouvoir bénéficier d'une prescription de rééducation adaptée afin de diminuer le risque de complication et de récidence.**

**Pour rechercher des lésions associées :** fracture ou lésion ostéochondrale du dôme du talus (Loda)\*, entorse du medio-pied etc.

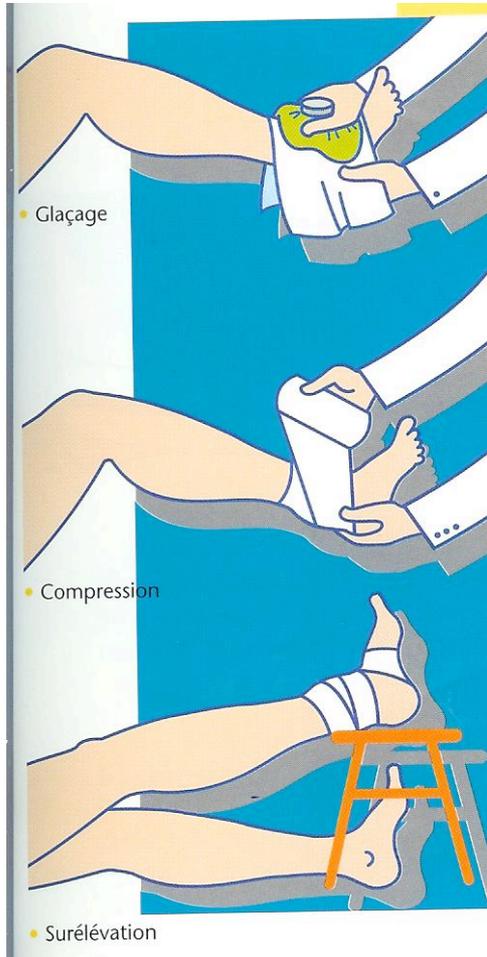


\* lésion ostéochondrale du dôme du talus (LODA).

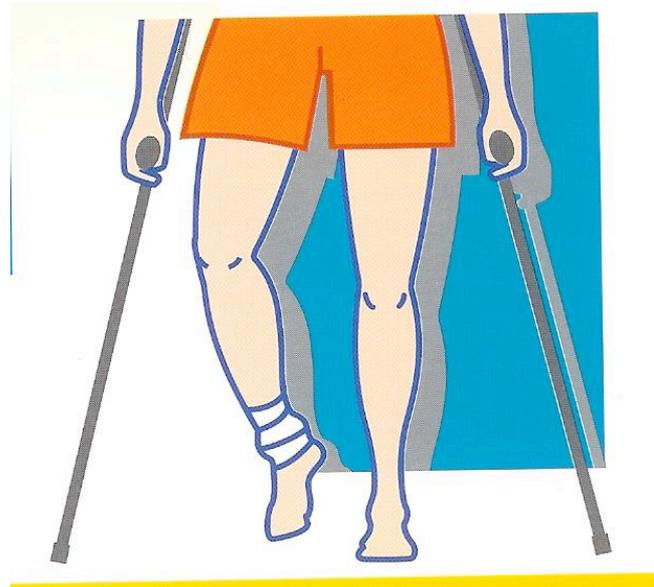
Sur cette radio : vous voyez la cheville avec les 2 os de la jambes le tibia et le péroné (également nommé fibula) et en dessous le talus (également nommé astragale) avec son dôme c'est à dire la partie en contact avec le tibia et péroné.

### QUE FAIRE AVANT DE VOIR LE MEDECIN ?

- Repos – Glace - Compression - Elévation
- Et éviter l'appui.



T.Livain / J. Vaillant, EK CHUG



### LES GRANDS PRINCIPES DU TRAITEMENT

TRAITEMENT INITIAL dans tous les cas : J0 - J1

Objectifs:

- diminuer la douleur
- diminuer l'œdème
- diminuer l'hématome
- éviter toute mobilisation pouvant aggraver une lésion

Repos

Glace

Compression

Elévation

Et protection : port d'une attelle.

## 2 SITUATIONS :

Il n'existe aucun signe de gravité et il est alors important de débiter la rééducation

Il existe au moins 1 signe de gravité (entorse non bénigne)

### **Le traitement et sa durée vont dépendre de la gravité de l'entorse.**

*Pour vous donner une idée des délais :*

- Pour une **rupture partielle d'un faisceau** du complexe ligamentaire externe : 21 jours de port d'attelle jour et nuit. La reprise du sport ne devra pas se faire avant minimum 3 semaines.

- Pour une **rupture totale d'un faisceau** du complexe ligamentaire externe : 21 jours de port d'attelle jour et nuit, puis port de l'attelle le jour jusqu'à J30-J45. La reprise du sport ne devra pas se faire avant minimum 4 - 6 semaines.

- Pour une **rupture totale de 2 faisceaux** du complexe ligamentaire externe : port d'une attelle 45 jours, jour et nuit. La reprise du sport ne devra pas se faire avant minimum 6 - 8 semaines.

### **DANS TOUS LES CAS DE FIGURES : REEDUCATION**

Récupération des amplitudes articulaires - Renforcement musculaire

Travail de la stabilité et de la proprioception

CRITERES DE REPRISE DU SPORT : des critères donnés par l'examen clinique du médecin

*Je vous donne ces critères juste pour souligner l'importance de l'avis médical sur la reprise, donc pour mémoire : pas de laxité de la cheville, amplitudes articulaires quasi normales, tests isométriques corrects, sensibilité à la palpation du complexe ligamentaire externe tolérée, tests proprioceptifs satisfaisants.*

L'échographie nous permet de voir l'état des faisceaux du complexe ligamentaire externe. Or **l'état de ces faisceaux est un élément déterminant pour poser les délais de reprise du sport, d'où l'importance de réaliser une échographie chez le sportif.**