

Préambule : Le résumé suivant est rédigé à partir de notes prises au vol. Des erreurs ou fautes de frappe sont possibles.

Voici le lien pour visualiser les visioconférences HUG-CHUV (nouveau) :

<https://www.hug.services/groupe/departement-enfant-et-adolescent>

La première fois il faut créer un compte externe (onglet), puis après s'identifier comme collaborateur externe.

Colloque de pédiatrie Lausanne-Genève du mardi 4 février 2020

Première heure :

Tout ce que vous avez toujours voulu savoir sur l'entorse de cheville

Dre B. Kwiatkowski, CHUV

L'entorse de la cheville est un problème très fréquent, on estime qu'il y a 700 cas par jour, avec une prévalence fille-garçon de 2 :1. Les enfants font plus d'entorse que les adolescents. Le risque est accru lors de sport en salle. Le ligament latéral externe est plus touché que le ligament latéral médian. Des symptômes résiduels sont possibles, comme instabilité et risque d'entorse à répétition.

Le ligament collatéral externe est composé de trois faisceaux (antérieur, médian, postérieur). Les ligaments sont fins d'où une plus grande fragilité.

Le ligament collatéral médian est plus épais, résiste mieux.

La syndesmose tibio péronière est composée d'un ligament antérieur et postérieur, et est nécessaire pour stabiliser la mortaise.

L'entorse est une atteinte ligamentaire sans perte des rapports osseux.

Il existe trois stades :

Stade I, étirement (possibilité d'atteinte des nerfs, et atteinte de la proprioception).

Stade II, entorse modérée, rupture partielle du ligament

Stade III, rupture complète du ligament.

Il est nécessaire de conduire une bonne anamnèse avec les mécanismes du traumatisme (inversion, éversion, hyperflexion), de rechercher des antécédents d'entorse de la cheville, de connaître les traitements antérieurs pratiqués, et de connaître les activités sportives et la vie quotidienne du patient. L'évaluation clinique évalue la marche, la marche sur la pointe des pieds.

Des lésions de la syndesmose sont recherchées par squeeze test (pression tibio péronière proximale) ;

On recherche la mobilité active et passive, un œdème.

Il faut procéder à une palpation osseuse (malléole, os du pied).

On recherche une laxité en varus ou valgus et on évalue la proprioception.

Il faut rechercher des signes d'hyperlaxité à l'aide du score de Beighton comportant neuf critères comme hyperextension du 5^e rayon, hyperflexion du pouce pouvant toucher l'avant-bras, hyperextension des coudes et genoux.

Une radiographie est à envisager selon la règle d'Ottawa, c'est-à-dire la présence d'une douleur osseuse sur la partie postérieure de la malléole interne ou externe, ou de douleur sur l'os naviculaire ou la tête du 5^e métatarsien. L'impossibilité de charger est également une raison de faire une radiographie. Le bilan devrait comporter une radiographie de la cheville face et profil en charge si possible (on recherche en particulier un arrachement osseux) et éventuellement une oblique interne (lésion de la syndesmose).

Lors de douleur du pied, il faut faire des radiographies face, profil et oblique du pied.

La radiographie est également utile pour rechercher des causes pouvant favoriser des entorses, comme des synostoses ou des coalitions osseuses, calcanéo talienne ou calcanéo naviculaire.

La prise en charge doit être ciblée, la physiothérapie est indiquée selon besoin et peut être commencée dès le premier jour. La présence d'un œdème justifie un drainage lymphatique, une diminution de la mobilité une mobilisation douce, et un déficit de proprioception va demander un travail proprioceptif. Il faut également stabiliser la cheville par renforcement (tonification) musculaire, favoriser l'équilibre et le dynamisme.

Tout cela s'intègre dans l'évaluation de la vie quotidienne, il faut travailler la musculature proximale.

Les ultrasons et le massage antalgique ne sont pas nécessaires.

Le bon de physiothérapie doit préciser le diagnostic, s'il s'agit d'un premier épisode ou d'une récurrence, décrire l'activité physique et le type de sport pratiqué par le patient. Le patient doit apprendre des gestes et des exercices qu'il faudra suivre à domicile.

La prise en charge proposée se fait selon le tableau (diagrammes décisionnels) suivant (article RevMedSuisse) :

Entorse du ligament latéral interne : nécessité d'exclure une atteinte de la syndesmose

Entorse du ligament latéral externe stade I : repos, glace

Entorse du ligament latéral externe stade II : présence d'une laxité, attelle

Entorse ligament latéral externe stade III : attelles jambières pendant 48 heures, puis attelle pendant 10 jours jour et nuit, puis quatre semaines la journée. Une prophylaxie de TVP est nécessaire si l'enfant est pubère.

Le retour à l'activité sportive n'est pas clair, il faut que les chevilles soient symétriques, l'aspect de récupération peut être évalué par le physiothérapeute avec une mobilité récupérée et une diminution de la laxité. Les critères sont peu spécifiques.

Les détails de la prise en charge figurent dans l'article « entorse de la cheville chez le jeune sportif », B Kwiatkowski, RevMedSuisse 2019.

Compte rendu du Dr V. Liberek

vliberek@bluewin.ch

Transmis par le laboratoire MGD

colloque@labomgd.ch