

# Les entorses de la cheville (257c)

Professeur Dominique SARAGAGLIA  
Mars 2003

## Pré-Requis :

Anatomie descriptive et fonctionnelle de la cheville

## Résumé :

L'entorse de la cheville est probablement la lésion la plus fréquente en traumatologie de l'appareil locomoteur. Souvent considérée comme une lésion bénigne elle ne doit pas être négligée pour ne pas être à l'origine d'une incapacité fonctionnelle prolongée. Le diagnostic de gravité évoqué par la clinique doit être confirmé par des radiographies dynamiques à la recherche d'une laxité objective quantifiable. Tout traumatisme de la cheville à radiographie « normale » n'est pas forcément une entorse et il faut parfois avoir recours au scanner pour visualiser une « fracture occulte » devant une « grosse » cheville post-traumatique très douloureuse. Le traitement dépend de la gravité de l'entorse. Exceptionnellement chirurgical, il est habituellement fonctionnel pour les entorses bénignes (sans laxité objective évidente) et orthopédique (immobilisation par plâtre ou attelle rigide) pour les entorses graves.

## Mots-clés :

Cheville, entorse, rupture des ligaments

## 1. Introduction

L'entorse latérale de la cheville est probablement la lésion traumatique la plus fréquente en traumatologie de l'appareil locomoteur. Elle représente 4 à 8 % des admissions d'un service d'urgence (7 % à l'hôpital sud de Grenoble soit 800 entorses par an). Souvent considérée comme une lésion bénigne, elle peut évoluer, si elle est négligée, vers un certain nombre de complications fonctionnelles sources d'arrêts sportifs ou de travail prolongés. Elles sont plus ou moins graves et un diagnostic de gravité est nécessaire pour choisir le traitement le plus adapté.

## 2. Clinique

### 2.1. Symptômes

Le blessé se présente aux urgences :

- après une torsion du pied
- qui a entraîné :
  - une douleur brutale parfois syncopale
  - un claquement ou un craquement
  - une impotence fonctionnelle plus ou moins importante
- à l'origine d'une claudication

## 2.2. Examen

### *2.2.1. Lorsque le patient est vu dans les heures qui suivent le traumatisme on retrouve :*

- une douleur pré et sous malléolaire externe
- parfois un œdème en « œuf de pigeon » en pré-malléolaire externe
- parfois un œdème de tout le cou de pied
- la mobilité est diminuée dans les amplitudes extrêmes
- la marche est possible mais souvent difficile
- la recherche des laxités est possible mais nécessite une certaine expérience. :
  - en varus équin
  - ou en tiroir antérieur

### *2.2.2. Lorsque le patient est vu le lendemain ou le surlendemain de l'entorse on retrouve :*

- un œdème global du cou de pied
- parfois une ecchymose qui diffuse vers le calcanéum et le dos du pied
- la douleur est maximale et empêche tout examen clinique contributif

### *2.2.3. Dans tous les cas on ne retrouve pas :*

- de douleur sur la styloïde du 5ème métatarsien
- de douleur rétro-malléolaire externe
- de douleur sur la malléole externe

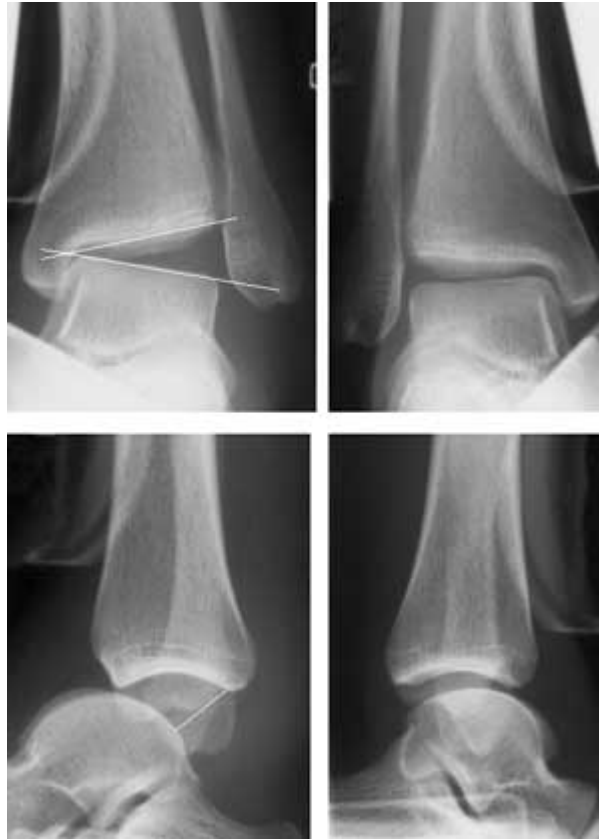
## 2.3. Imagerie

### *2.3.1. Les radiographies sont indispensables pour :*

- éliminer une fracture
- faire un diagnostic de gravité

### *2.3.2. Elles comportent :*

- des radiographies standards : F + P +  $\frac{3}{4}$  interne
- des radiographies dynamiques comparatives
  - en varus équin forcé de face
  - en recherche de tiroir antérieur
- à faire en urgence (anesthésie locale si nécessaire) ou au bout de 7 à 8 jours
- si possible avec un appareil type TELOS



[Photo : radiographies dynamiques comparatives](#)  
Entorse grave de la cheville gauche  
(D. Saragaglia)

### 3. Diagnostic de gravité

#### 3.1. Il est basé sur :

##### 3.1.1. La clinique

- notion de craquement ou de claquement
- impotence fonctionnelle majeure
- ballotement de la cheville
- « œuf de pigeon » immédiat
- ecchymose rapide et importante
- douleur syncopale
- laxité en varus-équin et tiroir antérieur

En fait tous ces critères peuvent être pris en défaut, et une cheville hyperalgique peut très bien correspondre à une entorse bénigne et à l'inverse une entorse grave peut se présenter comme un traumatisme bénin.

##### 3.1.2. Les radiographies dynamiques

- bien que parfois à l'origine de faux négatifs (douleur +++ d'où anesthésie locale)

- ils sont fondamentaux pour mesurer l'importance de la laxité
- on peut considérer que l'entorse est grave si :
  - bâillement externe supérieur à 12 degrés
  - tiroir antérieur supérieur à 8 mm

### 3.2. L'entorse grave correspond :

- à une rupture des ligaments :
  - Péronéo-artragalien antérieur (talo-fibulaire antérieur)
  - Et péronéo-calcanéen (calcanéo-fibulaire)
- la rupture isolée du ligament péronéo-astragalien antérieur peut être considérée comme une entorse bénigne ou pour certains, comme une entorse de gravité moyenne.

## 4. Diagnostic différentiel

Il faut éliminer :

### 4.1. Une fracture du cou de pied

- fracture isolée de la malléole externe
- fracture bimalléolaire
- fracture non déplacée du pilon tibial ou de la malléole postérieure.

Grâce à des **radiographies systématiques**, contrairement à ce qui est préconisé par les règles d'Ottawa difficilement applicables dans les services d'urgence français.

### 4.2. Une fracture autre que le cou de pied

- fracture de l'astragale
- du calcanéum (sustentaculum tali par exemple)
- fracture de la styloïde du 5ème métatarsien

### 4.3. Une luxation des tendons fibulaires

- douleur rétro-malléolaire externe
- empâtement rétro-malléolaire
- échographie au moindre doute

### 4.4. Une entorse de localisation différente

- Entorse médiale beaucoup plus rare pour ne pas dire exceptionnelle
- Entorse médio-tarsienne (douleur plus antérieure sur le cou de pied)
- Entorse de l'articulation tibio-fibulaire inférieure (douleur au niveau de l'interligne tibio-fibulaire)

## 5. Traitement

Il est tout aussi illogique de ne jamais immobiliser d'entorse de la cheville que de plâtrer systématiquement.

Le traitement chirurgical est exceptionnel et mérite seulement d'être cité.

Le traitement dépend en fait de la gravité de l'entorse.

- **entorse grave** : varus-équin supérieur à 12° et tiroir antérieur supérieur à 8 mm => immobilisation (plâtre de marche ou attelle rigide) pour 45 jours.
- **entorse bénigne** : varus-équin inférieur à 12° et tiroir antérieur inférieur à 8 mm => traitement fonctionnel
  - strapping ou attelle souple pour 1 mois
  - physiothérapie
  - rééducation proprioceptive

## 6. Conclusion

Il faut avoir à l'esprit que tout traumatisme de la cheville à « radiographies normales » n'est pas obligatoirement une entorse de la cheville. Dans certains cas, devant une « grosse » cheville douloureuse post-traumatique, à radiographies « normales », il peut être utile de demander un scanner en urgence qui permettra de déceler une fracture « occulte » et de proposer le traitement adapté.

### Références :

- DEJEAN (O). Orthopédie, Collection Med-Line. Éditions Estem et Med-Line, Paris, 1994, pages 229-237.
- IMPACT INTERNAT : appareil locomoteur 1, février 1998, question n° 281, pages 143-151.
- LECOCQ (C), CURVALE (G). Les entorses de cheville. Maîtrise orthopédique, 2002, n° 113, p. 22 à 29.