

FAUSSES ENTORSES DE LA CHEVILLE CHEZ L'ADULTE



Dr Laurent ZABRANIECKI
Praticien Hospitalier Service de Rhumatologie
CHU Purpan - Toulouse (31)



INTRODUCTION

Le pied est le propre de l'Homme ! La cheville - couplée à la jambe + arrière-pied et au tarse + avant-pied - y a un rôle important de double cardan homocinétique permettant la transmission des forces propulsives et l'adaptation au sol (complexe fonctionnel talo-crural, sub-talien et médio-tarsien).

L'entorse de la cheville (essentiellement du ligament latéral externe ou LCL) est considérée souvent comme bénigne mais elle est très fréquente (6 000 nouveaux cas par jour en France) ; 20% seraient graves et les séquelles relativement fréquentes : 33% de douleurs à 1 an, 36-85% de récupération complète à 3 ans, Jusqu'à 34% de récurrences à 2 ans (Van Rijn et al. 2008). D'où un coût socio-économique important et parfois un contexte médico-légal (AT, travailleurs de force, sportifs).

Sans parler de ce qui n'est pas une entorse simple du LCL !

La qualité de la prise en charge initiale est déterminante .

A LA PHASE INITIALE

Il ne faut pas laisser passer une fracture parcel-laire (talus, tibia...) ou de la base de M5, entorse

du Lisfranc ou Chopart, une lésion de la syndes-mose tibio-fibulaire ou du «sping ligament».

Toutes ces lésions étant sources d'instabilité, de douleurs chroniques et d'arthrose en 1 an.

Suspecter une fracture

Palpation osseuse et rechercher l'ecchymose (si plantaire, alors fracture du tarse)

(Fibula, tubercules postérieur et latéral du talus, sustentaculum tali).

Les critères d'Ottawa imposent une radio si sujet <18ans ou >60 ans, ou si non amélioration en 5 jours.

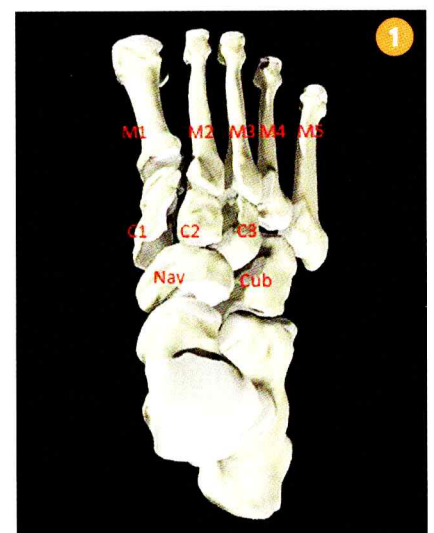
Lésion de la syndes-mose tibio-fibulaire

Correspond à des lésions du ligament tibio-fibulaire antéro-inférieur et de la membrane inter-os-seuse visibles à l'échographie ou IRM.

Entorse du Chopart (fig 1,2)

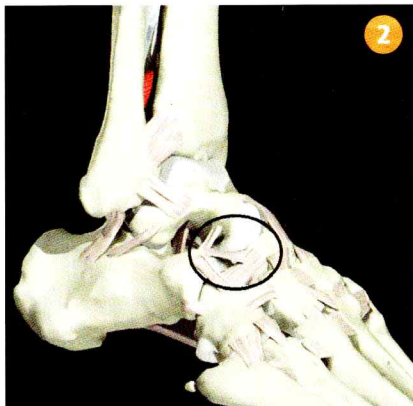
Pas vraiment une articulation (talus / naviculaire et calcaneus/cuboïde), l'entorse est une lésion du ligament bifurqué (inversion) ou talo-naviculaire (flexion plantaire). Sur les Rx (P + ¾) chercher un arrachement osseux du rostre calcanéen ou de la talo-naviculaire ; souvent s'aider d'une Echo, voire IRM ou TDM.

Fracture ou luxation du Lisfranc (fig 1)



En fait 3 articulations (C1 / M1 ; C2 C3 / M2 M3 et CUBOÏDE / M4 M5). Le diagnostic est confirmé par la Rx(Face et ¾) en charge ou par écho voire la TDM.

Au moindre doute : décharge, immobilisation et examen complémentaire (Rx,écho,TDM)



A LA PHASE CHRONIQUE

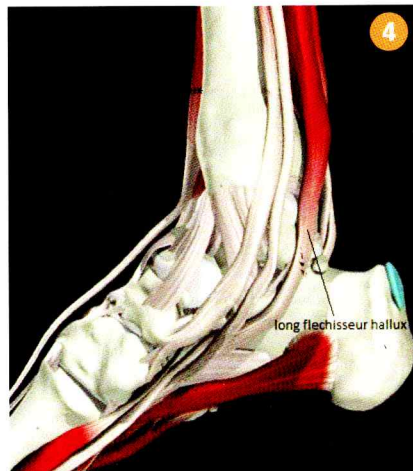
Devant une douleur chronique et/ou une sensation d'instabilité, il faut rechercher :

Syndrome du carrefour postérieur (impingement Syndrom) (fig 3,4)



Syndrome douloureux chronique par compression des tissus mous (ligaments tibio-taliens et tibio-calcanéen inter-maleolaire, long fléchisseur de l'hallux ou frange synoviale) sur des reliefs osseux (pilon tibial, queue du talus, articulation sub-talienne, calcaneus) lors de la flexion plantaire de la cheville.

Favorisé par une longue queue du talus, os trigone, arthrose sub-talienne, muscle accessoire.



Syndrome du sinus du tarse (fig 5)

Atteinte du sinus du tarse et / ou du ligament interosseux talo-calcanéen le plus souvent dans le cadre d'une instabilité chronique de la cheville,

parfois isolée. Douleur en avant et sous la pointe de la malléole latérale surtout lors de la marche en terrain irrégulier et lors mobilisation de la talo-calcanéenne.

Infiltration et orthèses suffisent le plus souvent ; sinon exploration par écho, IRM ou scanner.



Lésions des fibulaires

Source de talalgies externes par hyper sollicitations (tendinose), luxation par rupture rétinaculum (ski), syndrome fissuraire (Court Fibulaire) ou ruptures (Long Fibulaire).

Rechercher une douleur en éversion, flexion plantaire passive puis active sur le trajet des fibulaires.

Chercher un varus calcanéen.

L'examen clef-car dynamique- est l'échographie.

Syndrome de l'os naviculaire accessoire (fig 6)



Os accessoire fréquent (4 à 20 % dont 50/80% bilatéraux), il existe 3 types d'os naviculaire :

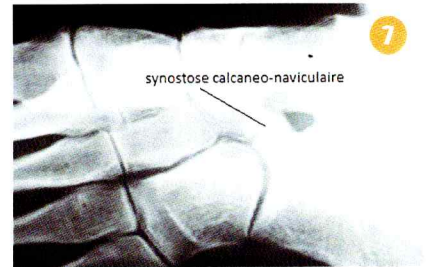
Type I (30%) : os tibial externe (sésamoïde 2/3 mm) dans tendon Tib post, asymptomatique.

Type III (20%) : os naviculaire cornu (synostose).

Type II (50%) : point d'ossification secondaire (5/10 mm) en regard de la surface plane du naviculaire avec parfois une syndesmose ou synchondrose qui se décompense donnant alors un syndrome douloureux.

Synostoses, synchondroses, syndesmose (fig 7)

Pont osseux, cartilagineux ou fibreux de la talo-calcanéenne ou calcanéo-naviculaire (50% bilat).



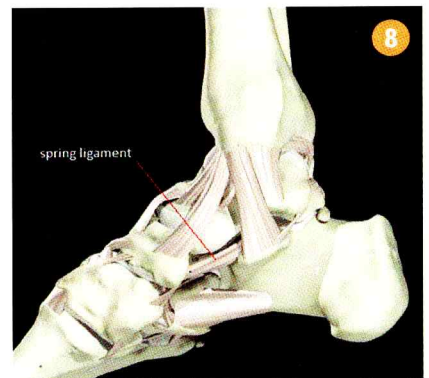
Classiquement donne un pied plat valgus contracturé de l'adolescent, parfois décompensation douloureuse chez adulte avec perte du couple de torsion.

Rx Profil ou ¾ si pont osseux ; TDM, IRM ou écho permettent leur visualisation.

Repos, immobilisation, infiltration sous guidage suffisent souvent ; parfois la chirurgie est nécessaire.

Entorse du ligament calcanéo-naviculaire (ou spring ligament) (fig 8)

Hamac entre sustentaculum tali et naviculaire où repose la tête du talus, le ligament calcanéo-naviculaire est un important soutien de voûte.



A rechercher dès la phase aiguë d'une entorse interne de la cheville, il peut être lésé lors d'un mouvement en éversion forcée, souvent avec lésion chronique du tibial postérieur et atteinte du ligament latéral interne de la cheville. Les ruptures isolées traumatiques sont exceptionnelles.

Passée inaperçue, cette entorse entraîne des douleurs face médiane de la cheville avec instabilité sur pied plat valgus.

CONCLUSION

Un bon examen clinique et un interrogatoire poussé sont indispensables à la phase initiale de l'entorse puis devant une douleur chronique de la cheville.

Les radios (Face, Profil, ¾) mais surtout l'échographie sont très utiles, parfois IRM ou TDM sont nécessaires.

Il faut s'appliquer à éliminer en priorité :

Les lésions osseuses de la syndesmose tibiofibulaire, du Chopart, du Lisfranc ou du spring ligament en aigu.

Un syndrome du sinus du tarse, des lésions des fibulaires ou un syndrome du carrefour postérieur devant une douleur ou une instabilité chronique.

Une étroite collaboration Rhumatologue, Orthopédiste et Podologue permet souvent de faire disparaître « l'entorse » et de reprendre des activités physiques. ■