

L'entorse latérale à la cheville

Une blessure sportive trop populaire!

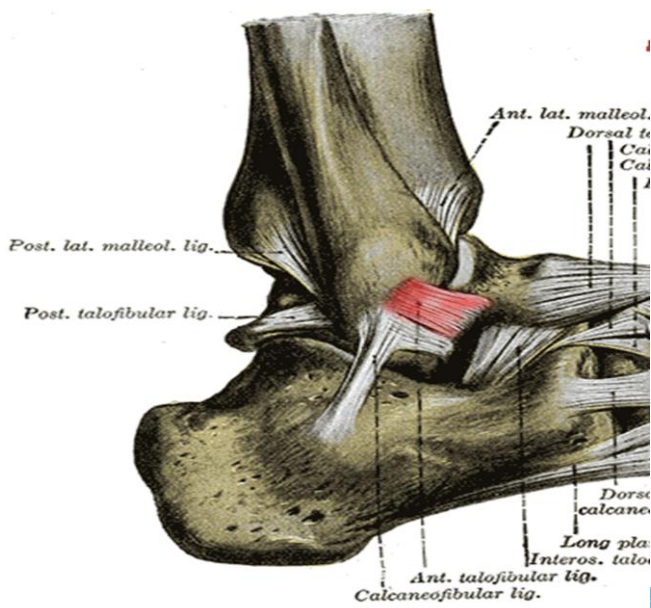
par Dre Marie-Eve Labrie, Chiropraticienne



CLINIQUE CHIROPRATIQUE
ST-SAUVEUR

Parmi toutes les blessures survenues pendant la pratique d'un sport, les entorses latérales aux chevilles sont les plus communes. Représentant environ 40% de toutes les blessures sportives, ces dernières surviennent principalement chez les athlètes pratiquant le basket-ball (53% sont des entorses de cheville), le soccer (29% sont des entorses de cheville), la course et le ballet/danse¹⁻². Environ 10% des visites aux urgences sont des entorses de cheville et aux États-Unis cela correspond à 30 000 entorses à la cheville par jour!³

Le trois quart de ces dernières implique les ligaments latéraux de la cheville soit les ligaments talo-fibulaire antérieur, calcanéo-fibulaire antérieur et le talo-fibulaire postérieur (voir figure 1)⁴. Le mécanisme le plus commun de blessure est un étirement des ligaments latéraux causé par une flexion plantaire forcée (pied pointé) et une inversion (dessous du pied vers l'intérieur) pendant que le poids du corps se déplace vers l'avant (voir figure 1)⁵. Les ligaments talo-fibulaire antérieur et calcanéo-fibulaire antérieur sont les plus souvent lésés. Les entorses de cheville surviendraient autant chez les femmes que chez les hommes. Lorsque l'entorse est prise en charge rapidement, 80% des entorses aiguës à la cheville récupéreront complètement avec un traitement conservateur, tandis que 20% pourront développer une instabilité mécanique ou fonctionnelle causant une instabilité chronique à la cheville.⁶⁻⁷ Cette instabilité serait principalement causée par une diminution des mécanorécepteurs (neurones sensoriels sensibles aux déformations mécaniques). L'instabilité pourrait mener rapidement à des changements dégénératifs sur le côté médial de la cheville dû à un débalancement lors de la mise en charge⁸. Étant donné ces conséquences majeures, il est primordial de prendre en charge toutes entorses à la cheville, et ce, le plus rapidement possible.



Inversion

Comment les Chiropraticiens procèdent-ils pour établir ce diagnostic?

Des clichés radiographiques de base peuvent être effectués après une entorse aiguë afin d'éliminer une fracture. La règle d'Ottawa a été établie par Stiell et Greenberg afin de guider les professionnels sur le "quand est-il nécessaire de prendre des radiographies de la cheville"? Ce guide a permis de diminuer les coûts du département d'urgence de 3 millions de dollars annuellement. Sauf lorsque d'autres blessures additionnelles sont suspectées, la tomодensitométrie ou l'imagerie par résonance magnétique (IRM) ne sont pas indiqués typiquement pour des entorses aiguës aux chevilles.

La classification "entorses latérales" est divisée en trois grades selon la sévérité et les dommages ligamentaires associés. Cette classification guide le chiropraticien dans l'administration du bon traitement. Le tableau 1 nous décrit ces différents grades.

Classification de la blessure et présentation clinique⁹

	Ligaments blessés	Présentation clinique
Grade 1	Étirement du lig. talo-fibulaire antérieur	Enflure légère et tension Difficulté minimale à faire les amplitudes de mouvement et de mettre le poids du corps
Grade 2	Déchirure complète du lig. talo-fibulaire antérieur et +/- du lig. calcanéofibulaire	Enflure modérée et ecchymose Tension antéro-latérale Amplitudes de mouvement diminuées, augmentation de la difficulté à mettre le poids du corps
Grade 3	Déchirures complètes du lig. talo-fibulaire antérieur et du lig. calcanéofibulaire, +/- déchirure de la capsule et +/- déchirure du lid. talo-fibulaire postérieur	Enflure généralisée, ecchymose Tension au niveau de la capsule antéro-latérale et des lig. talo-fibulaire antérieur et calcanéofibulaire Instabilité lors de la mise en charge du poids du corps

En quoi consistent les traitements?

Comme dans tous les types de blessures, il est évident que la prévention est la clé. Toutefois, le port de chevillière ou de bandage est controversé dans la prévention des entorses de cheville.

Pour les entorses de grade I et II, un traitement conservateur assidu est indiqué. Ce dernier consiste en une courte période de repos avec immobilisation, compression, élévation et application de glace suivi d'un taping adapté. Dans ces cas, la réhabilitation peut varier selon la fréquence des soins, mais on peut compter environ 8 jours pour un grade I et 15 jours pour un grade II⁷. La réhabilitation fonctionnelle varie selon les stades de guérison cellulaires. Au début, l'acronyme RICE (repos, immobilisation, compression et élévation) est utilisé afin de diminuer l'inflammation et l'œdème dans le but de favoriser la guérison future¹. Ensuite, les ligaments doivent être protégés pendant quelques semaines pendant la guérison et la phase de prolifération. Durant cette période, les fibroblastes envahissent la région et forment des fibres de collagène. Ensuite, un taping ou une orthèse est recommandé afin de diminuer les chances de glissement du talus¹ (os très important à la cheville). Environ 3 semaines après la blessure, les fibres de collagènes deviennent matures ce qui devient le tissu cicatriciel. Des exercices d'étirement seront alors nécessaires afin de permettre aux fibres de collagène de se réorienter comme il se doit et ainsi diminuer les chances de rigidité. En général, après 6 à 8 semaines post-blessure, le quatrième stade de guérison permet au patient de retrouver sa force maximale et de retourner à ses activités normales.

Toutefois, l'athlète doit se rappeler que cela prendra 6 à 12 mois pour une maturation complète et le remodelage des ligaments blessés.⁷ En pratique, chez un athlète qui suit les recommandations à la lettre, il est très fréquent que ces stades soient accélérés.

Le traitement de réhabilitation se concentre sur l'augmentation de la mobilité de la cheville et la proprioception. Le vélo stationnaire et la natation peuvent être très utiles pour augmenter l'amplitude de mouvement. Le renforcement doit commencer seulement après une mise en charge du poids du corps normal et des amplitudes de mouvements sans douleur. Le traitement est concentré à l'augmentation de la proprioception par exemple en utilisant le "tilt board" afin d'augmenter l'équilibre et le contrôle neuromusculaire.

Pour une blessure de grade III, le traitement est moins standardisé et bien que ce soit rare, certains cas graves nécessitent une chirurgie.

L'approche

De par sa formation spécialisée de docteur de premier cycle, le chiropraticien est habilité à diagnostiquer avec précision une entorse à la cheville. Il est en mesure de définir si votre douleur constitue un cas pouvant être amélioré par un programme de soins chiropratiques ou si vous devez être recommandé à un autre professionnel de la santé. Si la cause de vos douleurs est neuro-musculo-squelettique, votre chiropraticien est en mesure de vous aider. Par différentes techniques de thérapies manuelles, l'approche chiropratique visera à diminuer les douleurs et redonner la mobilité à l'articulation touchée. En abordant un tel problème avec une approche globale, le chiropraticien s'assure de réduire la douleur, de restaurer la biomécanique de la région et de prévenir la réapparition des épisodes douloureux. Le chiropraticien favorisera aussi la relaxation des muscles par du travail musculaire et des tissus mous. Enfin, votre docteur en chiropratique sera en mesure de vous proposer des recommandations qui auront un important rôle à jouer dans votre réhabilitation.

Références

- ¹ Balduini FC, Vegso JJ, Torg JS, et al. Management and rehabilitation of ligamentous injuries to the ankle. *Sports Med.* 1987 Sep-Oct;4(5):364-80.
- ² Colville MR. Surgical treatment of the unstable ankle. *J Am Acad Orthop Surg.* Nov-Dec 1998;6(6):368-77.
- ³ Berlet G, Anderson RB, Davis W. Chronic lateral ankle instability. *Foot Ankle Clin.* 1999;4:713-28.
- ⁴ <http://www.pediaos.fr/entorses-cheville.html>
- ⁵ http://myhealth.ucsd.edu/library/healthguide/enus/images/media/medical/hw/h9991457_003.jpg
- ⁶ Harrington KD. Degenerative arthritis of the ankle secondary to long-standing lateral ligament instability. *J Bone Joint Surg Am.* Apr 1979;61(3):354-61.
- ⁷ Keith W. Chan, M.D., Bryan C. Ding, M.D., and Kenneth J. Mroczek, M.D., Acute and Chronic Lateral Ankle Instability in the Athlete, *Bulletin of the NYU Hospital for Joint Disease* 2011; 69 (1):17-26.
- ⁸ Jarvinen MJ, Lehto MU. The effects of early mobilisation and immobilisation on the healing process following muscle injuries. *Sports Med.* Feb 1993;15(2):78-89.
- ⁹ Vaes P, Duquet W, Handelberg F, et al. Objective roentgenologic measurements of the influence of ankle braces on pathologic joint mobility. A comparison of 9 braces. *Acta Orthop Belg.* Jun 1998;64(2):201-9.